

Covid-19:

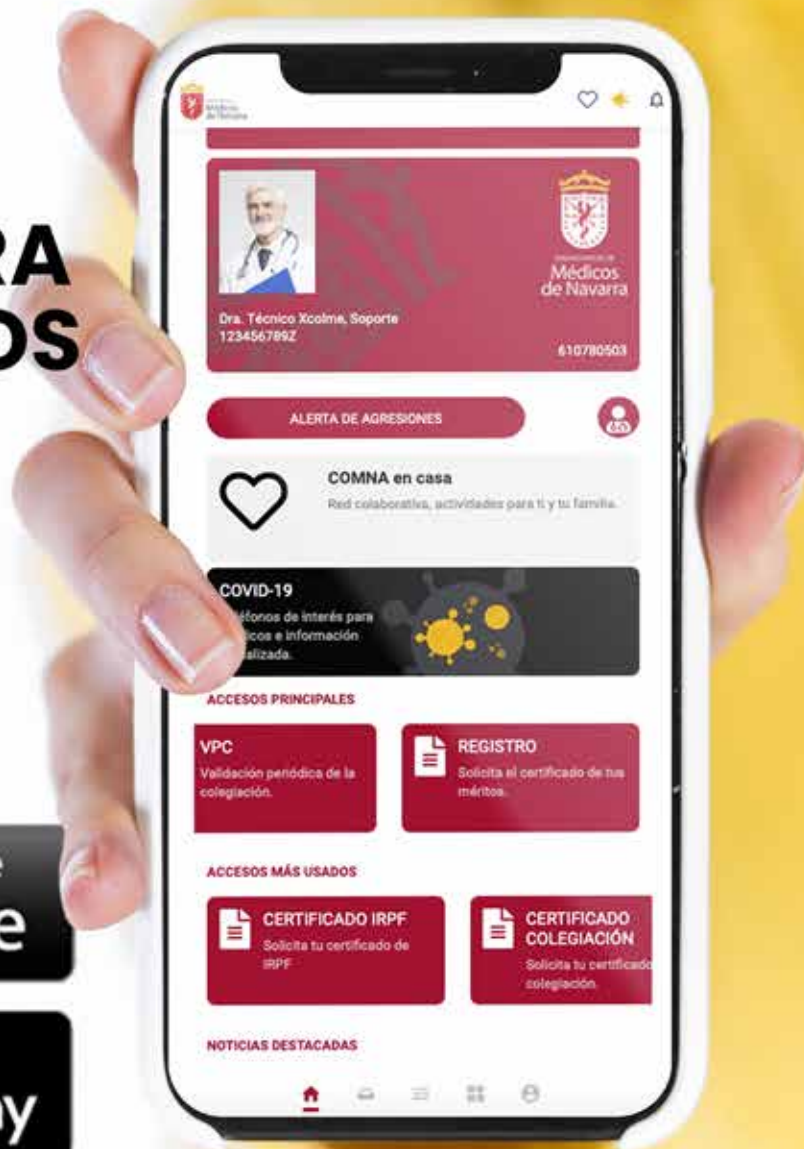
Consideraciones importantes sobre las vacunas

Renovación de la
Junta Directiva

Pandemias.
Una visión histórica



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



¿QUÉ TE OFRECE LA NUEVA APP?

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

CON LA TECNOLOGÍA



SUMARIO

Consejo de Redacción:

Rafael Teijeira, Tomás Rubio,
Carlos Beaumont, Julio Duart y
Susana Miranda.

Comisión Científica:

Laura Barriuso, M^a Victoria Güeto,
Oscar Lecea, Rebeca Hidalgo, Mar-
cos Lama, Carlos Panizo, Tomás
Rubio y Enrique Sáinz de Murieta.

Coordinación General:

Trini Díaz: trini@medena.es

Redacción y fotografía:

Trini Díaz.

Publicidad:

Tel: 948 22 60 93

Diseño y maquetación:

Gráficas Pamplona.

Redacción y Administración:

Avda. Baja Navarra, 47. Pamplona

Tel.: 948 22 60 93

Fax: 948 22 65 28

Correo-e: trini@medena.es

Soporte válido del Ministerio

de Sanidad:

SV-88014-R

Depósito Legal:

NA. 100-1988

La Revista "PANACEA" no
comparte necesariamente los
criterios de sus colaboradores en
los trabajos publicados en estas
páginas.

PRECIO:

6 Euros (IVA incluido)

En este número destacamos...



6

Nueva Junta Directiva:

Rafael Teijeira renueva en la
presidencia.



10

Documento Covid-19 y vacunas.

El Colegio llama a la vacunación.



14

Beca Senior 2020 para Pedro

Antonio De la Rosa, especialista en
Medicina Preventiva y Salud Pública.



16

Entregadas las **Becas MIR 2020** a

Daniel de Frutos y Carlos Bérniz.



28

La pandemia de gripe de 1918,

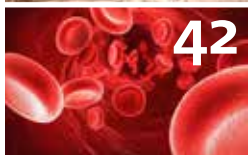
por José Javier Viñes.



36

De historias y epidemias,

por Juan Ramón Corpas Mauleón.



42

Anticoagulantes de acción

directa. Perspectiva práctica desde
Urgencias de Navarra,
por Anabel Bardón.



54

Tutorizando a los residentes de Medicina de Familia en pandemia,

por M^a Pilar Arroyo.



68

Reportaje:

La Medicina rural en la formación de
grado.



80

**Humanidades: Goya y los primeros
toreros-ventureros de Navarra y
entorno,**

por Javier Álvarez Caperochipi.

...y además:

- 3 Editorial.
- 18 Bienvenida virtual a los MIRs.
- 20 Asamblea General de colegiados. Código de Buenas Prácticas.
- 24 Ganadores del X Concurso de dibujos navideños.
- 26 Día del Médico Jubilado. Formación:
- 40 Anticoagulación.
- 50 Sociedades científicas: namFYC
- 58 Sociedades científicas: SEGM Navarra. Sociedades científicas:
- 60 Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría. Epidemiología y
- 64 Estadística, por Begoña Bermejo.
- 67 Clen College.
- 72 III Certamen de casos ético-deontológicos: Encerrados pero vivos.
- 76 Universidad.
- 78 Los microscopios de Cajal (1), por Carlos Panizo.
- 85 Libros.
- 88 Viajes: Arizkun, por Salvador Martín Cruz.
- 90 Anecdotario, por Iñaki Santiago.
- 93 Medalla de Oro de Navarra.



Síguenos en @MedenaColegio
para estar informado de la
actualidad colegial y profesional
www.colegiodemedicos.es

PSN Maxivida

No prescindas del seguro más importante de tu vida

Los acontecimientos del último año nos están enseñando el valor de las cosas que realmente nos importan: la salud propia y la de las personas que nos rodean, la necesidad de compartir momentos, celebraciones... en definitiva, a VIVIR plenamente.

Como sabemos que ya lo haces, ahora nos gustaría ayudarte a proteger a los tuyos pase lo que pase.

Con PSN Maxivida aseguras tu tranquilidad.

Ahora más protegidos

- ✓ Renta vitalicia en caso de Dependencia
- ✓ Cobertura ante enfermedades graves
- ✓ Servicio de gestoría (obtención de certificados, tramitación de pensiones e impuestos...)

Nueva etapa, nuevos retos

¡GRACIAS!

**Dr. Rafael
Teijeira
Álvarez,**
presidente del
Colegio de
Médicos de
Navarra.

Hace cuatro años escribía un editorial en el primer número de Panacea, en 2017, donde – además de desear que en 2017 se cumplieran todas vuestras expectativas en lo personal y en lo profesional– pedíamos que fuera un año lleno de felicidad, paz, prosperidad y solidaridad. Era el primer editorial tras la toma de posesión de la nueva Junta, el 19 de diciembre de 2016. Entonces, como ahora, tenemos nueva Junta y entonces, como ahora, ha habido cambios, compañeros que han dejado la Junta y otros que se han incorporado. De ello tenéis información en este número. El primer editorial del año siempre se espera que sea un repaso de lo pasado el año anterior y una declaración de intenciones o peticiones de futuro y creo que es bueno que así sea, pero me vais a permitir ampliar algo el horizonte.

Durante cuatro años hemos compartido en el Colegio –y digo el Colegio con intención– un proyecto. Un proyecto que nació a raíz de un plan estratégico en el que colaboraron en su elaboración muchas personas pero esencialmente la Junta, que junto con el equipo de gerencia y la asesoría jurídica, dedicó muchas horas a su estudio y desarrollo con propuestas constructivas. También las personas que trabajan en el Colegio y sus empresas han ido adaptando y colaborando en la progresiva aplicación del mismo. Pero el Colegio cuenta también con compañeros nuestros que simultáneamente contribuyen desinteresadamente a desarrollar actividades del Colegio en formación, comunicación, becas, etc... y que son imprescindibles para dar un mejor servicio a los colegiados. También los hay que dedican su tiempo a la atención a los colegiados en temas tan delicados como las agresiones, apoyados en este caso por los servicios jurídicos, y en el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) donde un grupo de profesionales de la salud mental ayudan a la recuperación de nuestros compañeros. A todos nuestro agradecimiento. Muchos seguirán con nosotros.

A los que han decidido cerrar esta etapa, además de agradecimiento, anunciarles que pensamos contar con ellos en nuevos proyectos y desearles lo mejor en el futuro, sabiendo que si lo hacen con la misma dedicación que han puesto en el Colegio, saldrá bien.

Y a los que se incorporan en esta nueva andadura transmitirles nuestro agradecimiento en público (ya lo hemos hecho en privado). Somos y son conscientes de que tenemos mucho trabajo por delante, pero también sabemos de su empuje e ilusión por lo que estamos seguros de que su incorporación será decisiva en los retos propuestos: seguir con la digitalización del Colegio, sin olvidar la atención y actividad presencial; apoyo a nuestros médicos más jóvenes y a los estudiantes de las facultades de Medicina de la UN y la UPNA; desarrollar nuevos servicios; y que el Colegio se fortalezca como lugar de debate amplio y plural de los temas que nos preocupan.

Termino con un recuerdo especial a las personas que han sufrido el devastador efecto de esta pandemia. Han muerto más de mil personas en nuestra Comunidad. Son miles los pacientes afectados, incluidos muchos sanitarios. Han fallecido más de 100 médicos en activo en España cuando escribo estas líneas. Y en estas circunstancias, los médicos siguen con su compromiso con la atención de sus pacientes, cansados, pero dando lo mejor que tienen.

Nuestro reconocimiento y agradecimiento a todos ellos.

Renovación de la Junta Directiva del Colegio de Médicos

Rafael Teijeira continúa en la presidencia cuatro años más.

La nueva Junta tomó posesión de sus cargos el pasado 25 de enero.



El Dr. Rafael Teijeira continuará como presidente del Colegio de Médicos de Navarra durante cuatro años más al frente de una nueva Junta Directiva que reforzará el plan estratégico del Colegio de Médicos y que tomó posesión de sus cargos el pasado 25 de

enero. En la actualidad, el Colegio de Médicos de Navarra representa a 4.390 colegiados y colegiadas.

La renovación de la Junta Directiva se ha realizado tras la celebración de elecciones tan solo para la Vocalía de Medicina Hospitalaria, único cargo

al que concurrieron dos candidatos. Según establecen los estatutos actualmente vigentes, el resto de los miembros de la nueva Junta Directiva han sido proclamados ganadores sin necesidad de celebrar elecciones al ser la única candidatura presentada.

PRESIDENCIA



El Dr. Rafael Teijeira Álvarez cuenta con una dilatada experiencia en responsabilidades colegiales. Ha sido vicepresidente de dicha institución durante cinco años (2010-2015) y anteriormente vocal de la Comisión de Ética, Deontología, Derecho Médico y Visado Colegial (2005-2010). Accedió a la presidencia en noviembre de 2015 y renovó su cargo en las elecciones celebradas en diciembre del 2016.

Es especialista en Medicina Legal y Forense y ha sido director del Instituto Navarro de Medicina Legal y Ciencias Forenses desde el año 2000 hasta que, en agosto de 2020, cesó voluntariamente. En la actualidad es Jefe del Servicio de Patología del Instituto Navarro de Medicina Legal y profesor asociado en las asignaturas de Medicina Legal y Deontología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.

COMITÉ DE DIRECCIÓN

Excepto **María Sanz**, que se incorpora al Comité de Dirección como tesorera, el resto de los cargos renuevan.

Forman el Comité de Dirección:

PRESIDENCIA: Rafael Teijeira Álvarez. Especialista en Medicina Legal y Forense.

VICEPRESIDENCIA:

Tomás Rubio Vela.

Especialista en Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN).



SECRETARÍA:

Julio Duart Clemente.

Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN).



VICESECRETARÍA:

Carlos Beaumont Caminos.

Médico de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN).



TESORERÍA:

María Sanz Gálvez.

Médico de Urgencias del Hospital Reina Sofía de Tudela.



COLEGIO DE MÉDICOS

VOCALÍAS

Continúan en los cargos que ya desempeñaban:



MEDICINA EXTRAHOSPITALARIA: **Fernando Artal Moneva.**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Barañain.



MEDICINA RURAL: **Juana Celay Rodrigo.**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y directora del Equipo de Atención Primaria de Auritz/Burguete.

Se incorporan a la Junta Directiva como vocales:

MEDICINA HOSPITALARIA:

Jesús Manuel Cires Bezanilla.

Especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital García Orcoyen de Estella.



MEDICINA LIBRE Y COLECTIVA:

Jesús Alfaro Adrián.

Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología y jefe del Servicio de Traumatología de la Clínica San Miguel.



MÉDICOS JUBILADOS:

Lluís Forga Llenas.

Especialista en Endocrinología y Nutrición.



MÉDICOS TUTORES:

Amaya Sola Galarza.

Especialista en Oncología Radioterápica del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN).



MÉDICOS EN FORMACIÓN:

Joaquín De Carlos Artajo.

MIR de Endocrinología y Nutrición del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN).



JUNTA COMARCAL DE TUDELA

La Junta Comarcal de Tudela ha renovado sus tres vocalías.

Continúa:



Jesús Javier Ayensa Calvo.

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Cascante. Y se incorporan:



Javier Óscar Dosantos Hernández.

Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Tudela Este.



Olga Sanz Asín.

Especialista en Obstetricia y Ginecología del Hospital Reina Sofía de Tudela.

AGRADECIMIENTOS

El presidente del Colegio de Médicos tuvo palabras de agradecimiento para los miembros de la Junta saliente por su dedicación y esfuerzo en momentos tan difíciles para la profesión. Dejan la Junta Directiva: **Susana Miranda Alcoz, María Sagaseta de Ilúrdoz Uranga, Carmen Martínez Velasco y Juan José Unzué Gaztelu.** En Tudela: **Luis Mendo, Ana María Herrero y Olena Guta.**

Alberto Lafuente, vicepresidente del Colegio hasta su traslado a La Rioja como director gerente del Servicio Riojano de Salud, participó también de forma telemática.

Toma de posesión de la nueva Junta Directiva. ▼

PLAN ESTRATÉGICO

La nueva Junta Directiva continuará con el plan estratégico (2018-2021) que ya plateaba la progresiva digitalización del Colegio de Médicos de Navarra y que se ha acelerado con la pandemia. En este sentido, profundizará en las herramientas telemáticas ya en marcha como la digitalización de los procesos administrativos; la App Colegio de Médicos de Navarra que permite al colegiado conectarse con un clic a cualquiera de los servicios digitales prestados y que ya han descargado más de 1.800 médicos; y la plataforma Congresos Colegio de Médicos para la organización de eventos virtuales y que cuenta con un sistema validado de acreditación online de actividades formativas.

Trabjará asimismo en fortalecer el Colegio como espacio de debate amplio y plural con la organización de Foros sobre temas que preocupan a los profesionales y a la sociedad, en la creación de alianzas y relaciones institucionales siempre desde el respeto y la independencia, en el desarrollo de la Oficina de Cooperación colegial y en cuestiones éticas y deontológicas relativas al ejercicio de la profesión.



Covid-19: Consideraciones importantes sobre la vacunación

El Colegio de Médicos llama a la vacunación e insta a recurrir a fuentes científicas fiables para resolver dudas.

El **Colegio Oficial de Médicos de Navarra (COMNA)**, en colaboración con sociedades científicas, ha elaborado el documento titulado **“Covid-19: Consideraciones importantes sobre la vacunación”** con el fin de ofrecer información “veraz y bien documentada” a la población, resolver las dudas más frecuentes y animar a la vacunación.

El documento subraya que “si queremos salir de esta crisis sanitaria, social, económica y psicológica debemos conseguir una inmunidad de grupo suficiente (en el 70-80% de la población) para evitar la transmisión comunitaria del virus. La manera más eficaz y segura para conseguirlo, a medio plazo, es la vacunación de la población”.

Asimismo da respuesta a algunas dudas, argumentando “que las vacunas son los medicamentos más seguros y que más vidas han salvado a lo largo de la historia; que es un hito disponer de vacunas seguras y eficaces frente a la covid-19, sin saltar ninguna etapa en su investigación, apenas un año después de que se haya secuenciado el genoma de este virus; que el procedimiento ha sido más rápido, pero no por ello menos seguro; que las vacunas basadas en ARN mensajero no interfieren ni alteran de ninguna manera nuestro ADN; y que los efectos adversos a medio plazo en otras vacunas de mARN no son significativos en la salud de las personas, no habiéndose demostrado que causen infertilidad, enfermedades autoinmunes o neoplasias”.

Desde el COMNA animamos a la población a que se vacune cuando sea invitada para ello por las autoridades sanitarias y a que recurran a fuentes científicas fiables para resolver sus dudas sobre la vacunación.

[ENLACE AL DOCUMENTO "Covid-19: Consideraciones importantes sobre la vacunación".](#)

◆ Este documento ha sido elaborado por la **Junta Directiva del Colegio Oficial de Médicos de Navarra**, en colaboración con los doctores **José Luis del Pozo** (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica-SEIMC y director del Área de Enfermedades Infecciosas y Servicio de Microbiología de la Clínica Universidad de Navarra) y **Judith Chamorro** (Sociedad Norte de Medicina Preventiva y Salud Pública-SOCINORTE y jefa del Servicio de Medicina Preventiva e Higiene Hospitalaria del Complejo Hospitalario de Navarra).

DOCUMENTO:

COVID-19: CONSIDERACIONES IMPORTANTES SOBRE LA VACUNACIÓN.

La covid-19 es un grave problema de salud pública con un impacto sin precedentes a nivel mundial. En diciembre, desde el Colegio Oficial de Médicos de Navarra (COMNA) decíamos que las vacunas estaban cerca, pero no tanto como para que podamos relajar las medidas preventivas disponibles (mascarillas, higiene, ventilación y distancia). Queremos hacer llegar a la población algunas consideraciones sobre las vacunas, ahora que se ha comenzado con la vacunación frente a la covid-19 en nuestro país.

¿Han demostrado las vacunas ser un medicamento eficaz a lo largo de la historia?

La principal causa de muerte a principios del siglo XIX eran las infecciones. Hoy en día, y gracias a las medidas de higiene, a los antibióticos y a la vacunación, ha sido posible prolongar la esperanza de vida y disminuir de manera notable la mortalidad asociada a causas infecciosas. De hecho, las vacunas son los medicamentos más seguros y que más vidas han salvado a lo largo de la historia. La inmunización es una de las intervenciones más costo-efectiva y con mejores resultados en salud. Los programas de vacunación son efectivos en controlar la propagación de ciertas infecciones y han conseguido erradicar, por ejemplo, la viruela tras campañas de inmunización masivas. Desafortunadamente, todavía en pleno siglo XXI, hay un gran número de niños en el mundo que todavía no tienen acceso a las vacunas esenciales que se incluyen en nuestros calendarios de vacunación.

¿Y qué ocurre con las vacunas frente a la covid-19? ¿Estamos bien informados?

Estamos recibiendo continuamente información detallada, actualizada al instante, tanto de la evolución de la pandemia como de la fabricación de las vacunas, que no siempre es fácil interpretar y, por tanto, es importante disponer de fuentes fiables, científicas y seguras. Sabemos que si queremos salir de esta crisis sanitaria, social, económica y psicológica debemos conseguir una inmunidad de grupo suficiente (en el 70-80% de la población) para evitar la transmisión comunitaria del virus. La manera más eficaz y segura para conseguirlo, a medio plazo, es la vacunación de la población. No lograrlo nos llevará a repetir la historia que hemos vivido en 2020.

Los profesionales sanitarios que han estado y están en primera línea de esta pandemia, ven sufrir y morir a pacientes con covid-19 y a sus compañeros romperse física y emocionalmente, no pueden aceptar que la desinformación acerca de la vacuna pueda llevar a que la población no se adhiera correctamente a esta herramienta eficaz de control de la infección. Como médicos debemos hacer un ejercicio de responsabilidad científica y de compromiso con la sociedad para transmitir información veraz y bien documentada a la población. Debemos tomar decisiones de vacunación fundamentadas en evidencia y generar confianza en la población para así conseguir altas coberturas de vacunación.

¿Por qué las vacunas han llegado tan pronto?

Actualmente hay más de 250 ensayos clínicos registrados en el mundo de vacunas frente a la covid-19. El 21 de diciembre de 2020, la Agencia Europea del Medicamento (AEM) aprobaba la primera vacuna frente a SARS-CoV-2, después de pasar todos los filtros reguladores de las agencias evaluadoras independientes. El hecho de que se haya producido esta evaluación en un tiempo récord deberíamos verlo como un éxito de la comunidad científica más que como un problema.

En el año 2020 se han movilizado recursos como nunca se había hecho en la historia, financiando la investigación y la producción de millones de dosis en un tiempo récord. Realmente es un hito en la historia disponer de vacunas seguras y eficaces frente a la covid-19, sin saltar ninguna etapa en su investigación, apenas un año después de que se haya secuenciado el genoma de este virus. Esto ha sido posible gracias al trabajo continuo e intenso de muchos profesionales que han conseguido, en un plazo más breve del habitual, cumplir con todas las normas internacionales exigibles de las agencias reguladoras. La rapidez en el desarrollo puede generar desconfianza si no se conoce como han sido los pasos que se ha dado en su fabricación. Toda la información está disponible, puede ser conocida por la comunidad científica y ha habido transparencia en todo momento. El procedimiento ha sido más rápido, pero no por ello menos seguro.

¿Se ha seguido el procedimiento habitual para testar su seguridad?

La primera vacuna que ha llegado a España, que se llama Comirnaty (Pfizer BioNtech), ha demostrado en ensayos clínicos ser segura y eficaz. En el mes de diciembre de 2020 se publicaron, en la revista científica New England Journal of Medicine, los resultados completos de los ensayos de fase III de esta vacuna, en los que se confirmó que tenía una eficacia del 95% y ofrecía unas condiciones adecuadas de seguridad. En este ensayo recibieron la vacuna 21.000 pacientes y otros 21.000 un placebo. A este respecto se debe señalar que en los ensayos clínicos de muchos de los fármacos que habitualmente consumimos (antibióticos, antineoplásicos y otros) se incluyen apenas unos cientos de pacientes antes de que se comercialicen, si bien es verdad que a las vacunas (al ir dirigidas a población sana) se les exigen mayores garantías de seguridad. Los datos detallados de la eficacia y del seguimiento de seguridad de estos pacientes están disponibles para todo el mundo y en ningún caso se han ocultado.

Del mismo modo, se han publicado ensayos clínicos en otras prestigiosas revistas científicas sobre la eficacia y seguridad de otras vacunas frente a la covid-19, como la de MODERNA, de manera que los riesgos asociados a la vacunación poblacional son bien conocidos y, con criterio general, leves.

¿Estas vacunas basadas en ARN mensajero alteran nuestro genoma (nuestro ADN)?

Estas vacunas se basan en administrar un fragmento de material genético del virus (mARN) recubierto con una esfera de lípidos (grasa) que codifica la proteína fundamental del virus, la proteína S, que es la glicoproteína de su envoltura y que actúa como la llave que se une al receptor de la célula. Este fragmento de material genético no se integra en nuestro genoma, sino que se une a una partícula que no está en el núcleo de la célula (los ribosomas) y se degrada una vez que ha sintetizado la proteína del virus. Esta vacuna, por tanto, no interfiere ni altera de ninguna manera nuestro ADN.

Debemos tener en cuenta que cuando un paciente sufre una infección por cualquier virus, cientos de miles de copias de su material genético entran en contacto con nuestras células y, en el caso de los coronavirus humanos, ni siquiera tras la infección natural se producen inserciones en nuestro genoma.

Si bien el desarrollo de la vacuna ha sido rápido, la serie de investigaciones que han llevado a este tipo de formulación han sido muy extensas. Ciertamente es la primera vez que se utiliza una vacuna de ARN mensajero en el ser humano para una enfermedad infecciosa (lo cual lejos de ser un problema es un enorme avance científico en el campo de la vacunación), pero existe un conocimiento amplio respecto a sus mecanismos de acción en ensayos con animales. Vacunas similares, desarrolladas por la misma compañía, se llevan probando en ensayos clínicos en pacientes con cáncer durante al menos tres años sin observar complicaciones importantes.

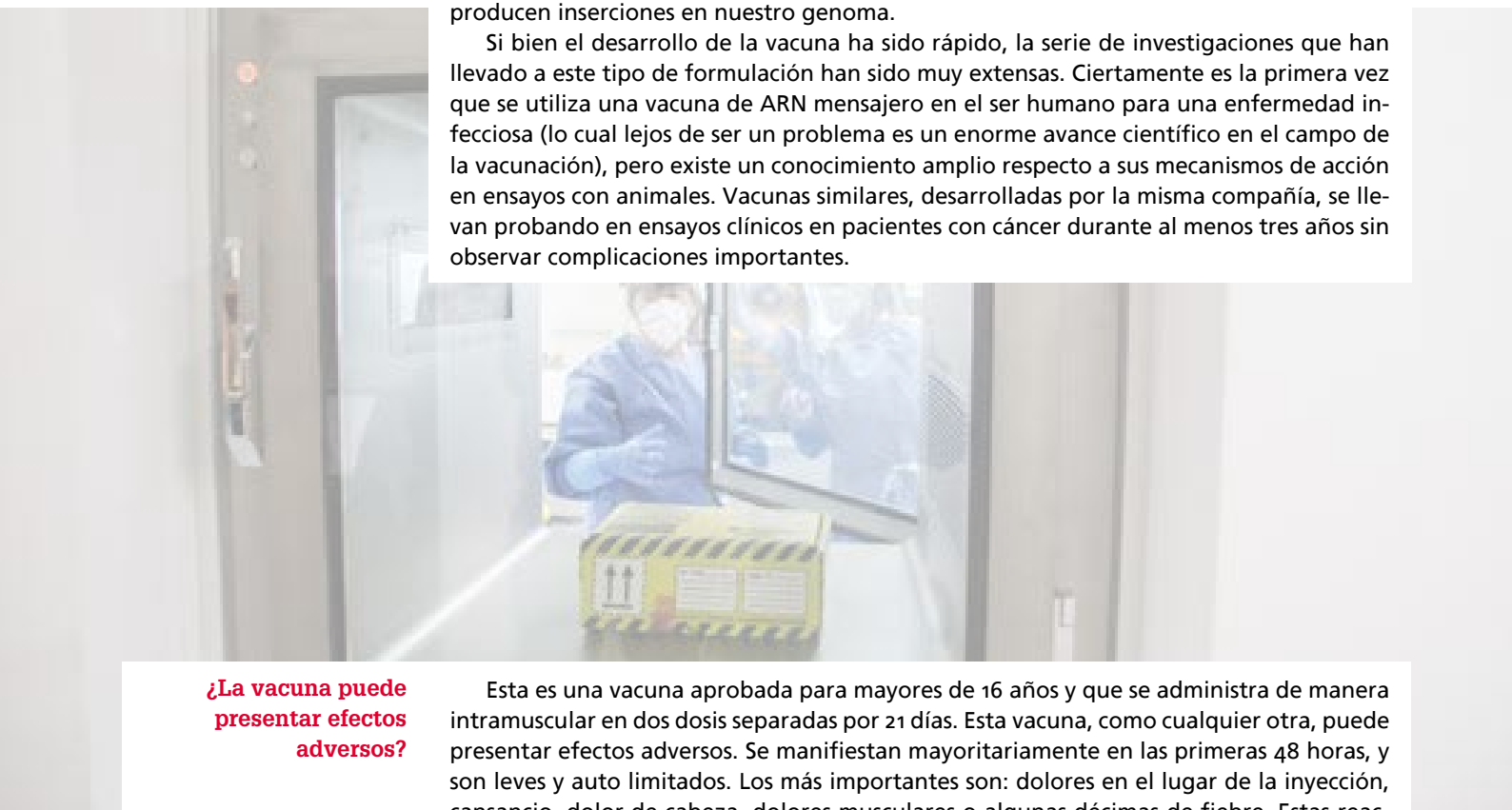
¿La vacuna puede presentar efectos adversos?

Esta es una vacuna aprobada para mayores de 16 años y que se administra de manera intramuscular en dos dosis separadas por 21 días. Esta vacuna, como cualquier otra, puede presentar efectos adversos. Se manifiestan mayoritariamente en las primeras 48 horas, y son leves y auto limitados. Los más importantes son: dolores en el lugar de la inyección, cansancio, dolor de cabeza, dolores musculares o algunas décimas de fiebre. Estas reacciones son más frecuentes después de administrar la segunda dosis.

Toda persona a la que se le ofrezca la vacunación deberá ser informada de los datos de eficacia y seguridad y de los efectos secundarios de la misma, como en cualquier acto vacunal. La vacuna debe estar indicada por un médico y la persona debe prestar su consentimiento previamente a ser vacunada. El consentimiento verbal es suficiente, salvo en pacientes en los que su capacidad para consentir esté limitada.

Los efectos adversos a medio plazo en otras vacunas de mARN no son significativos en la salud de las personas, no habiéndose demostrado que causen infertilidad, enfermedades autoinmunes o neoplasias.

Como en todo medicamento, una vez comercializado existe un procedimiento de farmacovigilancia para el seguimiento, que incluye la notificación de efectos adversos tanto a corto como a más largo plazo (a día de hoy hay más de 5 millones de personas vacunadas, notificándose y registrándose los efectos de la vacuna en ellos). Este procedimiento es una garantía más sobre su seguridad.



Pedro Antonio de la Rosa, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, gana la Beca Senior 2020

Completará su formación postdoctoral en la Universidad de Harvard (EEUU)

La Fundación Colegio de Médicos de Navarra ha otorgado la Beca Senior 2020, en su novena edición, a Pedro Antonio de la Rosa Fernández-Pacheco, doctor en Medicina Preventiva y Salud Pública e investigador en el proyecto Educación de la Afectividad y Sexualidad Humana del Instituto Cultura y Sociedad (ICS) de la Universidad de Navarra.

La Beca Senior, dotada con 2.500 euros, le permitirá financiar parte de su formación postdoctoral en el equipo de The Human Flourishing Program (Programa Florecimiento Humano) del Instituto de Ciencias Sociales Cuantitativas de Harvard (EEUU). De hecho, ya ha comenzado a trabajar a distancia en el análisis de dos bases de datos de la Universidad de Harvard desde el Instituto Cultura y Sociedad de la Universidad de Navarra, a la espera de que se abran las fronteras americanas a investigadores jóvenes. Su objetivo es formarse en las metodologías “outcome-wide” y Big Data.

“Actualmente -explica- he sido admitido como investigador postdoctoral en Harvard como parte del equipo The Human Flourishing Program (THFP), aunque estoy trabajando a distancia debido al cierre de fronteras. A partir de enero, realizaré los trámites necesarios con la idea de unirme presencialmente al equipo. Mi estancia finalizará el 31 de agosto. La Beca Senior me ayudará a cubrir los costes del viaje y la estancia en Boston”.



▲ Pedro Antonio de la Rosa, ganador de la Beca.

Epidemiología para el diseño de políticas sanitarias

De la Rosa subraya que el equipo THFP de la Universidad de Harvard lidera un modelo pionero para la realización de estudios epidemiológicos con el enfoque *outcome-wide*. “Tradicionalmente, la investigación de la relación entre los determinantes de la salud y sus consecuencias se ha realizado mediante estudios *expos-re-wide*, que analizan la posible asociación de varias exposiciones con una enfermedad. Su mayor inconveniente es que su utilidad se limita a la demostración de la presencia o no de relación de una exposición de interés con el desenlace estudiado, dejando fuera de consideración otros posibles desenlaces de interés que deberán estudiarse en futuros estudios para los que se emplearán diferentes muestras y modelos, por lo que su comparabilidad es limitada y dificulta la toma de decisiones sanitarias”.

Para solventar estos inconvenientes, el equipo de la Universidad de Harvard ha propuesto un modelo con el enfoque *outcome-wide*. “Lo novedoso de esta propuesta radica en que permite estudiar el efecto de una exposición en varios desenlaces a la vez, lo que acelera la consecución de resultados a distintos niveles como el sanitario, el económico, social, etc. De esta manera, se facilita la elaboración de políticas sanitarias al

BECA SENIOR 2020 – COLEGIO DE MÉDICOS

tener en cuenta el impacto que una medida puede causar en distintos aspectos de la salud física, psíquica y social de la población. Por ejemplo, podría medirse las distintas consecuencias de las diferentes formas de confinamiento durante la pandemia en la salud en un solo estudio”.

En concreto, el objetivo de su estancia en la Universidad de Harvard es la realización de estudios *outcome-wide* para analizar el impacto sociosanitario que producen diversas variables relacionadas con la educación de los adolescentes y el aprendizaje de metodologías Big Data (análisis de textos, machine learning, web scrapping, etc.). “A mi regreso de Harvard, aplicaré las metodologías aprendidas para analizar los datos del Proyecto Your-Lifedel ICS sobre estilos de vida y relaciones personales de adolescentes escolarizados, en el que participan múltiples colegios navarros. Espero ser capaz de contribuir de manera rápida a la investigación en salud de Navarra con estas técnicas”, concluye el ganador de la Beca Senior 2020.

Curriculum

Pedro Antonio de la Rosa Fernández-Pacheco (Ciudad Real, 1987) es licenciado en Medicina por la Universidad de Navarra y máster en Salud Pública por la Universidad Alcalá de Henares. Realizó la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública en la Comunidad Foral y posteriormente se doctoró en Medicina Aplicada y Biomedicina por la Universidad de Navarra. En la actualidad es investigador postdoctoral en el proyecto Educación de la Afectividad y Sexualidad Humana del Instituto Cultura y Sociedad de la Universidad de Navarra.

Tres candidaturas

La Beca Senior de la Fundación Colegio de Médicos de Navarra se convoca anualmente (esta es su novena edición) con el fin de “complementar la formación, el aprendizaje de nuevas técnicas y procedimientos, el inicio o el desarrollo de trabajos y de líneas de investigación, que supongan un beneficio potencial para la sanidad en Navarra”. En el acto de entrega de la Beca, Rafael Teijiera destacó que la COVID-19 y el cierre de fronteras hacen especialmente complicada la realización de proyectos fuera de nuestras fronteras, “pero aún así este Colegio ha querido continuar ofreciendo la posibilidad de completar la formación de nuestros médicos navarros porque es una garantía de calidad para la ciudadanía navarra”.

En esta novena edición se han presentado tres candidaturas, dos de la Clínica Universidad de Navarra y una del Servicio Navarro de Salud-Atención Primaria. En el año 2019 fueron 7. Los destinos propuestos han sido el Hospital de Cruces de Bilbao, el Hospital Bichat de París y la Universidad de Harvard (EEUU).



El presidente del Colegio de Médicos, Rafael Teijiera, entregó la Beca.



Becas MIR 2020 para Daniel de Frutos y Carlos Bérniz

París y Munich, los destinos elegidos.



La Fundación del Colegio de Médicos de Navarra, con el patrocinio de Laboratorios Cinfa, ha concedido las Becas Dr. Ignacio Landecheo de apoyo a la formación MIR 2020, a Daniel de Frutos Marcos y a Carlos Bérniz Laborda.

Cada uno de ellos recibirá 3.000 euros para financiar sus estancias formativas en el Hospital Lariboisière de París y en el München Klinik Bogenhausen de Múnich (Alemania) respectivamente.

Entregaron las Becas Rafael Teixeira, presidente del Colegio de Médicos de Navarra y Enrique Ordieres, presidente de Laboratorios Cinfa. El acto contó, además, con la presencia del Dr. Manuel Landecheo, hermano del que fuera vicepresidente del Colegio y que da nombre a las Becas.

Neurocirugía de base de cráneo en el Hospital Lariboisière de París

Daniel de Frutos Marcos es residente de Neurocirugía en el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN). La beca financiará su estancia formativa en el Área de Neurocirugía de Base de Cráneo del Hospital Lariboisière de París con el objetivo de conocer las técnicas quirúrgicas más avanzadas en este campo, asistir a cirugías de muy alta complejidad con neurocirujanos de reconocido prestigio mundial y ampliar su experiencia en la toma de decisiones de determinadas patologías o indicaciones quirúrgicas.

A su vuelta podrá aportar prácticas clínicas novedosas, que permitirán aumentar el peso de la Neurocirugía de base de cráneo en el CHN y un mejor manejo de los pacientes. "Debido a su alta complejidad –explica Daniel de Frutos– la cirugía de base de cráneo se derivaba a otros centros o bien se limitaban al máximo sus indicaciones quirúrgicas. Actualmente, se está cambiando esta tendencia en el Servicio de Neurocirugía del

CHN debido fundamentalmente a la formación recibida por algunos adjuntos del servicio en centros de reconocido prestigio. La rotación propuesta busca continuar con esta ampliación de indicaciones en nuestro Servicio".

La programación de tumores de alta complejidad es una de las tareas más difíciles de gestionar "porque requiere la coordinación de muchos servicios: Neurocirugía, Anestesiología, Neurofisiología, UCI, Enfermería...", explica el ganador de la Beca 2020. "Es muy importante que todos ellos tengan la mayor predisposición y estén preparados para que la cirugía y los cuidados postoperatorios sean óptimos".

Esta rotación permitirá a Daniel de Frutos conocer de primera mano cómo se trabaja en otros hospitales y si existe un protocolo de actuación ante este tipo de cirugías para, a su vuelta, poder implementar mejoras.

El Servicio de Neurocirugía del Hospital Lariboisière en París es un centro de referencia en Francia, al

que llegan pacientes procedentes de toda Europa y parte de África. Allí, el profesor Froelich lidera un equipo (integrado por 11 neurocirujanos y 6 residentes) de reconocido prestigio internacional en el manejo de tumores intracraneales y patologías vasculares complejas. Atiende emergencias neuroquirúrgicas las 24 horas del día, realiza entre 1.300 y 1.400 cirugías al año y cuenta con un quirófano equipado con las herramientas quirúrgicas más modernas, un escáner intraoperatorio de última generación y un laboratorio de cirugía experimental dedicado al desarrollo de nuevas técnicas neuroquirúrgicas. "Para una formación adecuada en cirugías de tal complejidad –concluye Daniel de Frutos– es necesario un volumen asistencial muy grande, del que muy pocos centros disponen en todo el mundo. Considero que el Hôpital Lariboisière es un lugar óptimo, donde podré adquirir los conocimientos necesarios para una correcta labor asistencial en patología tumoral de base de cráneo".



Cirugía reconstructiva en el Hospital Munchen Klinik Bogenhausen de Munich

Carlos Bérniz Laborda es residente de quinto año en el Departamento de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora de la Clínica Universidad de Navarra. Gran parte de su aprendizaje práctico, teórico y quirúrgico se ha orientado a la cirugía reconstructiva en el contexto traumático y oncológico, con especial atención por las secuelas que afectan a las extremidades y al rostro. La Beca MIR la destinará a la financiación de su estancia en el Hospital Munchen Klinik Bogenhausen de Munich (Alemania) con el Dr. Milomir Ninkovic.

Su principal objetivo en Alemania es desarrollar un protocolo de alotrasplante para el tratamiento de amputaciones y secuelas traumáticas complejas en miembro superior, en función de la edad y características del paciente. Estudiará, además, los tratamientos de inmunosupresión empleados en el hospital alemán para definir pautas farmacológicas extrapolables y aplicables en Navarra. Finalmente, su estancia le permitirá establecer relaciones para iniciar estudios multicéntricos en cirugía reconstructiva y continuar su formación en cirugía reparadora de alta complejidad.

Carlos Bérniz explica que, en cirugía reconstructiva de alto nivel, las técnicas basadas en alotrasplantes son actualmente una de las opciones más sofisticadas para el tratamiento de secuelas o traumas complejos. "Cuando la reconstrucción con

tejidos propios del paciente no es suficiente, un donante cadáver puede ser la única opción. Este tipo de intervenciones requieren un equipo quirúrgico altamente cualificado y acostumbrado a tratar casos de complejidad máxima. Exigen, además, un exquisito control a través de un equipo médico multidisciplinar que maximice la viabilidad de los tejidos reconstruidos sin comprometer inmunológicamente al paciente".

Con el Dr. Ninkovic podrá estudiar la evidencia más reciente en cuanto a inmunosupresión y manejo del paciente receptor de donante cadáver a partir de los casos y protocolos que su equipo maneja, elaborando una pauta farmacológica que permitirá su aplicación a los pacientes navarros.

El Dr. Milomir Ninkovic, que realizó uno de los primeros trasplantes de mano bilaterales en Europa, es un referente mundial en cirugía plástica reparadora. El Servicio de Cirugía Reconstructiva de la Munchen Klinik Bogenhausen, que actualmente dirige, realiza más de 3.000 cirugías al año y maneja una media de 7.000 pacientes extrahospitalarios. "Esta estancia –subraya Carlos Bérniz– supondrá un punto de inflexión en mi carrera profesional al poder trabajar en uno de los centros con mayor volumen de cirugía reconstructiva en Europa y uno de los más experimentados en alotrasplantes para reconstrucción de miembro superior".

En el acto de entrega de las becas: Manuel Landecho, Carlos Bérniz, Rafael Teijeira, Daniel de Frutos y Enrique Ordieres.

17 proyectos optaron a las becas

Desde su creación, las Becas han permitido la estancia formativa de 23 Médicos Internos Residentes de Navarra en centros de EEUU, Inglaterra, Canadá, Japón, Francia e Italia, entre otros destinos elegidos.

En esta decimotercera edición se han presentado 17 solicitudes (12 en 2019 y 14 en 2018). En el acto de entrega de las becas, el Dr. Teijeira destacó que el interés de nuestros médicos más jóvenes por querer adquirir una formación de máxima calidad se mantiene también en estos difíciles momentos. "Es una buena noticia para nuestra sanidad porque el esfuerzo hoy de nuestros MIRs mejorará la calidad de la asistencia a nuestros pacientes".

De los 17 candidatos presentados, 10 fueron de la Clínica Universidad de Navarra, 5 del Complejo Hospitalario de Navarra y 2 del Hospital Reina Sofía de Tudela.

Bienvenida virtual a los MIRes del 2020



Debido a la pandemia, el Colegio de Médicos de Navarra no pudo recibir presencialmente a los nuevos médicos internos residentes, que el pasado mes de septiembre se incorporaron al sistema de salud navarro. En su lugar, creó un espacio web de bienvenida virtual en el que Rafael Teijeira, presidente del COMNA, explica en un video qué les ofrece el Colegio.

Se incluyen además otros contenidos de interés a los que se puede acceder desde la página web del Colegio.

En el vídeo, Rafael Teijeira subraya –dirigiéndose a los nuevos MIRes– que “habéis comenzado vuestro periodo de formación y aprendizaje en la sanidad Navarra en unos momentos muy especiales y difíciles para la profesión. Hoy más que nunca queremos que sintáis el Colegio de Médicos más cerca y que sea un espacio de apoyo y ayuda para cubrir vuestras demandas y necesidades. Tendremos ocasión de ofrecer una visita presencial de nuestra sede, ahora también vuestra, y conocer de primera mano los servicios que os ofrece este Colegio; pero mientras no sea posible, os dedicamos este espacio virtual”.

En la web se incluye: el video de bienvenida del Presidente ¿Qué os ofrece vuestro Colegio?, un video institucional del Colegio de Médicos de Navarra, la posibilidad de leer y descargar el libro la “Responsabilidad de los residentes de Ciencias de la Salud, tutores y especialistas”, editado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) en colaboración con Mutual Médica.

Ofrece, además, información sobre el curso “El MIR: marco legal y responsabilidad”, impartido por la Fundación para la Formación de la OMC y sobre cómo formar parte de la Fundación para la Protección Social de la OMC (FPSOMC) #FamiliaMédica.

**Intervención ▲
del presidente
del Colegio de
Médicos en
la bienvenida
virtual a los
MIRes.**

 **Vídeo de bienvenida del presidente**

 **Vídeo institucional del Colegio de Médicos**

LIBRO:
La responsabilidad de los residentes

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) ha editado, en colaboración con Mutual Médica, una nueva edición del libro "Responsabilidad de los residentes de Ciencias de la Salud, tutores y especialistas" que se ha convertido en una herramienta que ayuda a proporcionar una mayor seguridad jurídica en el ejercicio profesional.

El autor Dr. Francisco Moreno Madrid, pediatra del Hospital Clínico San Cecilio de Granada y tutor de residentes, subraya que "las publicaciones sobre los aspectos docentes del MIR son muy numerosas y de gran calidad. Sobre responsabilidad médica en general existen cientos de aportaciones en forma de libros y artículos y una jurisprudencia razonablemente consolidada. Sin embargo, sobre la responsabilidad específica del MIR la literatura es muy escasa. La jurisprudencia es también escasa y con frecuencia contradictoria".

Portada del libro. ►



ENLACES

[Entrevista con el autor.](#)

[Leer y Descargar el libro.](#)

El Colegio de Médicos de Navarra y su Fundación se regirán por un Código de Buenas Prácticas

Los colegiados aprobaron por votación telemática la gestión económica

Los órganos de gobierno del Colegio Oficial de Médicos de Navarra y su Fundación se regirán por un Código de Buenas Prácticas, aprobado el pasado 4 de noviembre por la Asamblea General de colegiados y en vigor desde entonces.

Se trata de una herramienta que ayudará al “mejor

cumplimiento de sus fines de la forma más profesional, ética, eficaz y eficiente posible”.

En la Asamblea General, celebrada de forma telemática, la colegiación navarra aprobó por unanimidad el Código de Buenas Prácticas, la cuentas del 2019 y los presupuestos del 2020, que se han caracterizado por una

“gestión económica austera, eficiente y auditada”, recalcó el Dr. Rafael Teijeira.

Durante el año 2019, la situación económica del Colegio de Médicos se ha estabilizado, logrando no generar deuda con la OMC/Fundación y la reducción de la misma con entidades financieras.



ASAMBLEA GENERAL DE COLEGIADOS

Principios y valores éticos

La finalidad del Código de Buenas Prácticas es fijar los principios y valores que deben presidir la actuación de los órganos de gobierno del Colegio y su Fundación "con el fin de procurar un comportamiento profesional ético y responsable en el desempeño de su actividad, a la vez que recoger el compromiso de ambas entidades con los principios de ética corporativa y de transparencia". La Comisión de Deontología del Colegio se encargará de velar por su cumplimiento.

El Código se aplica a las personas que desempeñan cargos en los órganos de gobierno (es decir, a la Junta Directiva del Colegio y

patronos de la Fundación) y tiene por objeto establecer las pautas generales que deben regir su conducta en la relación entre los diferentes órganos, con su personal y con los médicos colegiados.

Los principios y valores éticos, que constituyen la base sobre la que se asienta su actividad, son los siguientes: integridad como actuación ética, honrada y de buena fe; respeto a la legalidad, derechos humanos y valores éticos; y respeto a las personas, evitando cualquier tipo de acoso, intimidación, abuso o falta de respeto, siendo intolerables cualquier tipo de agresión física o verbal. "En el caso de que se pro-

duzca alguna situación de este tipo -puntualiza el Código- el Colegio y la Fundación tomarán las medidas oportunas y apropiadas, incluidas medidas disciplinarias". Añade que "toda notificación de acoso o discriminación será objeto de una investigación rápida y en profundidad, manteniendo en todo caso la máxima confidencialidad".

El Código hace también referencia a la "no discriminación, igualdad de trato y equidad" en la relación con los colegiados y a "la diligencia, cortesía, respeto y amabilidad" en sus relaciones con las personas a las que deban atender en función de sus responsabilidades.

Los colegiados pudieron participar, intervenir y votar telemáticamente.



ASAMBLEA GENERAL DE COLEGIADOS

Julio Duart, Rafael Teijeira y Juanjo Unzué en la Asamblea General de colegiados. Parte de la Junta Directiva presentó sus informes de forma telemática.

La calidad como base del crecimiento

El Código obliga a la “responsabilidad y prudencia” en las actuaciones, lo que se traducirá en el seguimiento escrupuloso de los procedimientos internos establecidos; a la transparencia e imparcialidad en la toma de decisiones; a la “igualdad de oportunidades, desarrollo profesional y no discriminación” en el acceso al trabajo y su promoción; y a la potenciación de la “innovación y la eficiencia de los procesos con el fin de dar el mejor servicio a los colegiados y beneficiarios de la Fundación”, considerando la calidad como base del crecimiento.

Establece que la imagen y reputación corporativa es uno de los activos más valiosos para preservar la confianza de los colegiados, empleados y de la sociedad en general, “por lo que los miembros de los órganos de gobierno deberán comportarse conforme al principio de lealtad institucional, velando por el buen funcionamiento de la institución”. Tendrán, además, que evitar cualquier conducta que pueda perjudicar la reputación o afectar negativamente a los intereses de la institución.

Independencia y confidencialidad

El Código obliga asimismo a la independencia y confidencialidad. “Ni el Colegio ni la Fundación –explícita– aceptarán aportaciones económicas de terceros que puedan condicionar el cumplimiento de sus objetivos, valores y principios, o el cumplimiento de sus fines fundacionales, o cuyo origen sea ilícito”. Se permitirá la colaboración con las empresas de la industria farmacéutica, “siempre que quede absolutamente salvaguardada la independencia”.

En cuanto al deber de confidencialidad respecto a los hechos, datos e informaciones conocidos con motivo u ocasión del ejercicio de sus competencias, que extiende al personal y colaboradores, subraya que “la recopilación, custodia, utilización y actualización de esta información respetará escrupulosamente la normativa sobre protección de datos y contará con las debidas garantías administrativas y judiciales”, especialmente cuando se trate de datos de carácter personal como listas de distribución o similares.

Transparencia y rendición de cuentas

El Colegio y la Fundación consideran la transparencia en la información como un principio básico que debe regir su actuación. “Por ello, y sin perjuicio de las obligaciones legales que sean aplicables, se garantizará la difusión de información clara y precisa sobre sus fines, sus servicios, sus actividades, y la forma en que aplica sus recursos, para garantizar que los colegiados sean conscientes de su papel y prime la igualdad de oportunidades en el acceso a los mismos”.

Ambas entidades harán públicos, a través de sus páginas web, sus Estatutos, el Código de Buenas Prácticas, la composición de sus órganos de gobierno y gestión, sus cuentas anuales, su memoria de actividades, así como cualquier otra información que se considere relevante.





COLEGIO OFICIAL DE
Médicos
de Navarra



Control, planificación y optimización de recursos

El Código exige la elaboración de un Plan Estratégico (vigente actualmente el de 2018-2021) del que se informará a la Asamblea General de colegiados sobre el seguimiento de indicadores clave y “el desarrollo de sus fines, proyectos y actividades presentes sin comprometer la capacidad a futuro de la organización, por lo que su actividad y gestión interna impulsarán la eficiencia económica”.

También incluye el principio de eficacia y celeridad, de forma que “todo escrito dirigido a los órganos de gobierno por parte de los colegiados a quienes sirve, se conteste en forma, y que la respuesta se adopte en un plazo razonable, sin demoras”. Son también objeto de regulación los conflictos de intereses, las incompatibilidades y la política de regalos, las comisiones o retribuciones de terceros, el respeto al medio ambiente y la protección de datos.

¿Qué incluye el Código de Buenas Prácticas?

Consta de 4 capítulos y 27 artículos que regulan: su ámbito de aplicación; los principios y valores éticos generales; el cumplimiento de la legislación aplicable y de la normativa interna; la independencia; la confidencialidad; la transparencia y rendiciones de cuentas; el control, planificación y optimización de recursos; la no discriminación, igualdad de trato y equidad; la elemental cortesía y amabilidad de trato; el principio de eficacia y celeridad; las relaciones internas: empleados; la contratación de familiares; los conflictos de intereses; las incompatibilidades; la política de regalos, comisiones o retribuciones de terceros; la veracidad de la información; la relación con causa judicial; el uso de bienes y servicios; la violencia y acoso; el respeto por el medio ambiente; la política de protección de datos; el órgano encargado del cumplimiento; el canal de denuncias de irregularidades; la aprobación y modificación del Código; su difusión; su seguimiento y revisión; y su entrada en vigor.

Acceder al Código de Buenas Prácticas

Toda la documentación e informes de la Asamblea General de Colegiados pueden consultarse en el Portal de Transparencia de la página web del Colegio de Médicos.



INAKI ETAYO Y MAIALEN REDIN GANAN EL X CONCURSO DE DIBUJOS NAVIDENOS

En retransmisión por zoom, Rafael Tejeira dio a conocer los ganadores del X Concurso de dibujos navideños.

En la categoría de los más pequeños (de 4 a 8 años), el premio (un patinete) fue para Iñaki Etayo Blanco. En la categoría de los mayores (de 9 a 12 años) recibió el premio (una bicicleta) Maialen Redín Anteché. La elección de los dibujos ganadores la realizó el pintor pamplonés Juan José Aquerreta, que desde hace años colabora con el Colegio en este entrañable acto navideño.

En esta décima edición se presentaron 64 dibujos, una cifra récord con respecto a años anteriores. Se hizo una exposición virtual en la página web del Colegio.

Algunos de los participantes en el Concurso, entre los que se ▼ sortearon regalos.

ENTREGA DE PREMIOS

La proclamación de los premios y el sorteo de dos estuches de dibujos entre los participantes se realizó desde la sede del Colegio de Médicos por zoom.

A pesar de la distancia, el presidente Rafael Tejeira interactuó con los ganadores y conversó con ellos. Las palabras de los pequeños por videoconferencia aportaron el tono alegre y cercano que siempre ha caracterizado este evento y que otros años ha reunido a hijos y nietos de colegiados en la sede. Todos los participantes recibieron una felicitación navideña con su dibujo y libros digitales, regalo de Glen College.

Los dos trabajos ganadores fueron la felicitación navideña enviada por el Colegio en el 2020.



VER DIBUJOS PRESENTADOS



Dibujo ganador de Iñaki Etayo.



Dibujo ganador de Maialen Redín.



Rafael Teijeira en la entrega de premios telemática.

Homenaje a 80 jubilados y 42 colegiados honoríficos

Los actos se retransmitieron por streaming

El Colegio de Médicos de Navarra rindió homenaje a los 80 médicos y médicas que se han jubilado en Navarra durante el año 2020 con la celebración online de los actos que anualmente organiza la Vocalía de Médicos Jubilados formada, en la actualidad, por 776 médicos (529 hombres y 247 mujeres), que representan el 17,6% de los 4.390 colegiados en Navarra.

También el Colegio de Médicos honró a los 42 colegiados honoríficos que durante el 2020 cumplieron los 70 años.

Tanto las insignias colegiales como los diplomas se enviaron este año a sus domicilios.

Los actos de homenaje comenzaron el 14 de diciembre con una misa en recuerdo de los 22 médicos fallecidos que se retransmitió por streaming desde la parroquia San Miguel de Pamplona y contó con la participación del Coro del Colegio de Médicos de Navarra.

También por streaming se celebró el acto académico "Pandemias. Una visión histórica" con los doctores José Javier Viñes Rueda y Juan Ramón Corpas Mauleón.



José Javier Viñes Rueda y Juan Ramón Corpas Mauleón en el acto académico sobre "Pandemias. Una visión histórica", que se retransmitió por streaming.



Rafael Teijeira, Juanjo Unzué, Juan Ramón Corpas y José Javier Viñes en el Día del Jubilado.

Intervención del presidente del Colegio dando la bienvenida online a los colegiados jubilados. ►



Los 80 profesionales que se jubilaron en el 2020 fueron:

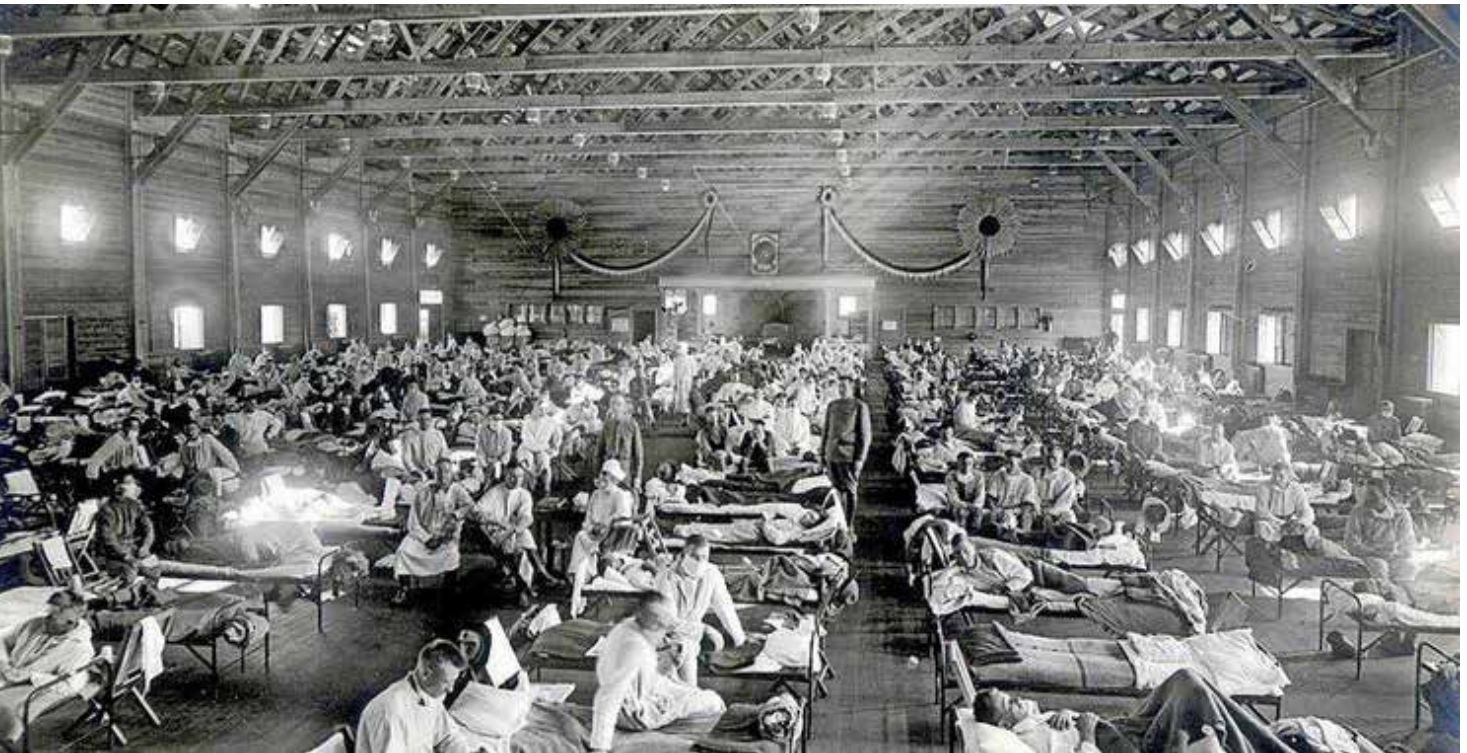
- María Pilar Alegría Vázquez,
- José Luis Alonso Martínez,
- María Del Ángel Altarriba Freire,
- Valentín Alzina De Aguilar,
- Ana Isabel Aramburu Lizaso,
- María Antonia Ardanaz Aldave,
- Liliana Artieda Pellejero,
- Teresa Ayuso Blanco,
- José Ramón Azanza Perea,
- Félix Ángel Bárcena Amigo,
- Ana María Beltrán Cornago,
- Clemente Bernués Gambarte,
- Rafael Caballero Harriet,
- María Pilar Cía Lecumberri,
- Helena Cía Zabaleta,
- Mario Javier De Miguel Velasco,
- Beatriz Del Olmo Huici,
- Félix Del Río Arranz,
- Alfredo Díaz Saenz De Urturi,
- Javier María Echagüe Uriz,
- Martín Javier Echevarria Lus,
- José Manuel Eciolaza Carballo,
- María Concepción Elizalde Pellise,
- María Erlanz Abad,
- Pedro María Esquiroz Ayesa,
- José Alfredo Estefanía Flaño,
- Vicente Estremera Urabayen,
- María Iziar Ezpeleta Iraizoz,
- Carmelo Ezquerro Alonso,
- Lluís Forga Llenas,
- María Jesús Garrido Machiñena,
- María Teresa Gómara Urdiain,
- María Teresa González Herraiz,
- María Victoria Goñi Yanguas,
- José Antonio Heras Galindo,
- José Luis Hernández Lizoain,
- José Javier Hueto Pérez De Heredia,
- Camino Imízcoz Zubigaray,
- José Antonio Inchauspe Aróstegui,
- Margarita Iraburu Elizondo,
- María Jesús Iribarren Nuin,

- José Luis Irizar Ortega,
- Mariano Miguel Lacarra López,
- Francisco Lacruz Bescos,
- Roberto Landa Olleta,
- María Dolores Lezáun Burgui,
- Ángel María Lizarraga Lezáun,
- María Antonia López Alonso,
- Irene Madariaga Arnaiz,
- María Eugenia Martínez Lozano,
- María Teresa Martínez Pérez,
- José Ángel Napal Goizueta,
- María Isabel Navarro Viñuales,
- Santiago Ostiz Zubieta,
- Pedro Pardo Pérez,
- José Javier Pérez Dettoma,
- Pedro Quesada Jiménez,
- Antonio Quetglas Pont,
- María Cruz Razquin Bozal,
- Rosa María Rodríguez Erdozáin,
- María Milagros Ruiz Martínez,
- María Isabel Ruíz Puertas,
- Jesús Sainz De Pablo,
- Ángel Luis Sampérez Legarre,
- José Antonio Sánchez Equiza,
- Félix Sánchez-Valverde Visus,
- Juan Ignacio Sanz Arroyo,
- Julio Ramón Sierralturriaga,
- Mykola Tinchuk,
- María Esther Torrellas Sesma,
- Miren Aránzazu Urbieta Echezarreta,
- María Covadonga Ventura Real,
- Fernando Zalacain Nicolay,
- Natividad Zubeldía Díez,
- María Concepción Arregui Zamorano,
- Alicia Zubieta Garciandia,
- Juan Luis Fernández Rodríguez,
- José Ramón Ramos Martínez,
- Hugo Alfredo Palacios Feria,
- Miguel Ángel Pinillos Echeverría.

Los 42 colegiados/as honoríficos en el 2020:

- Jesús Ágreda Sádaba,
- Marcelo Aldaz Berruezo,
- Antonio Arín Letamendia,
- José Javier Azcona Gonzaga,
- José María Bordas Rivas,
- María Jesús Burusco Paternáin,
- Juana María Caballín Yarnoz,
- José Domingo Cabrera Ortega,
- Jesús Javier Calavia Lacarra,
- Luis Miguel Castillo Bazo,
- María Asunción Cayuela Ansa,
- José Domingo Conde Cortes,
- Juan Francisco Cuadra Piernavieja,
- Jean Louis Etienne Douenne,
- Óscar Aurelio Fernández Hidalgo,
- Patxi Xabier Garaioa Aizkorbe,
- Miguel Ángel Imízcoz Zubigaray,
- Javier Jiménez Guerrero,
- José Ignacio Laínez Moliner,
- Carlos Lázaro Fernández,
- Luis María Lorenzana Rayón,
- Francisco Javier Martínez De Lecea y Placer,
- José Manuel Murie Carrillo De Albornoz,
- María Sagrario Oteiza Aldasoro,
- Enrique Pastrana Montero,
- Ángel María Pereda García,
- Encarnación Pérez Equiza,
- Carmen Pinillos Sanz De Galdeano,
- Gerardo Purón Agost,
- Francisco Rodríguez Insausti,
- Fernando Rodríguez Saiz,
- María Blanca Roncal Azanza,
- José Andrés Ruiz Abad,
- Montserrat Ruiz Fernández,
- Miguel Ángel Saiz Calleja,
- Pablo Sánchez-Valverde Visus,
- Mercedes Santamaría Martínez,
- Carlos Sarmiento Gómez,
- Jesús María Rafael Sola Arilla,
- Juan Ramón Valenti Nin,
- Juan José Valerdi Álvarez,
- Rosa María Vega Gómez.

LA PANDEMIA DE GRIPE DE 1918



◆ **José Javier Viñes Rueda.**
Profesor Titular de Universidad de Medicina Preventiva y Salud Pública.

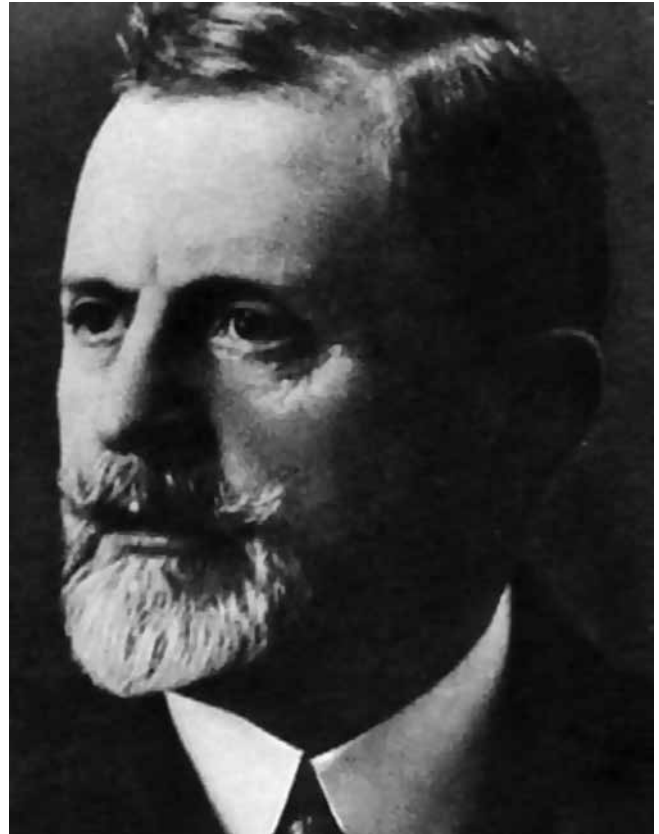
Según datos oficiales publicados por el Instituto de Salud Carlos III, fueron registrados 147.000 muertos con diagnóstico de gripe en España durante la pandemia de 1918, pero se estiman hasta 269.000 fallecidos contando con las muertes de procesos asociados a la gripe. Las estadísticas de morbilidad son poco fiables, sin embargo se estima una letalidad por cada 100 enfermos superior a 30 fallecidos. Una medida de la catástrofe humana nos da la anécdota que mi padre, José Viñes Ibarrola, me contaba, de aquel año, en el que él estudiaba en la Facultad de Medicina de Madrid: “se cerraron las clases por la gripe y cuando volvimos más de un tercio de compañeros ya no estaban”. La epidemia afectó de manera especial a edades entre 20 y 50 años, en menor grado a infantes y no consta una sobre mortalidad en mayores de 55 años. Se achaca al hecho de haber padecido éstos un brote gripal anterior en el siglo XIX por el mismo virus.

LA EPIDEMIA DE GRIPE EN PAMPLONA

A finales de mayo de 1918 el Sr. Alcalde, don Javier Arraiza, ante las alarmantes noticias que llegaban de Madrid, dio un Bando "llamando a la calma" y estimulando al cumplimiento de las Ordenanzas Municipales de Higiene. Se desconocía cuál fuera la causa cierta, ni la transmisión de esta enfermedad respiratoria, llamada trancazo en castellano, influenza del frío en Italia y gripe por los franceses; y se creía por los médicos más avanzados que científicamente era debida a una bacteria: el "Hemophilus influenzae". El Inspector Provincial de Navarra, don Manuel Jimeno Egúrbide dio instrucciones a la población de higiene general, aseo personal, desinfección de cuadras, de viviendas y otras estancias de convivencia humana, haciendo hincapié en la higiene personal, la alimentación sana, el lavado de manos y de vida ordenada: "absteniéndose de todo vicio y abusos, especialmente lo relacionado con Baco y Venus y con las promiscuidades inherentes a las representaciones de estos dioses de la gentilidad". Me recuerda este consejo a los del médico Juan Sorapán de Rieros quien en su tratado "*Medicina Española contenida en proverbios vulgares de nuestra lengua*", editado en 1616, daba el consejo para evitar el mal gálico: "Dieta mangueta y ocho ñudos a la bragueta".

A comienzos del siglo XX no existía organización sanitaria alguna. La Instrucción General de Sanidad de 1903 había creado la figura de los Inspectores Provinciales de Sanidad, de acceso entre doctores por oposición, que en Navarra la ocupó en 1906 Jimeno Egúrbide que no disponía de medios técnicos alguno. Subsistían, desde la Ley General de Sanidad de 1855, los Subdelegados de Sanidad, por distritos, y los médicos titulares ocupados de la beneficencia municipal. En el ámbito asistencial solo existía el Hospital Provincial, en la actualidad Museo de Navarra, dedicado a enfermos de beneficencia e indigentes, y el Hospital Militar en la Cuesta de Santo Domingo. La asistencia médica quedaba confiada a los médicos generales en los domicilios de los enfermos.

Fue durante la epidemia cuando llega la noticia de que el Instituto Pasteur en Tetuán había identificado en las secreciones respiratorias un "virus filtrable". Nueva clase en la taxonomía microbiana. También se daba por cierto que era una enfermedad producida por contacto, aunque la transmisión por gotitas al toser y estornudar ya la había propuesto Flüge en 1897 y luego confirmado por Wells en 1920, sin embargo la doctrina todavía no estaba reconocida ni asentada. La única medida coercitiva del Gobierno a través del Gobernador fue la obligación de declarar los



Manuel Jimeno Egúrbide, ▲
Inspector y Jefe de Sanidad
entre 1904-1924,

casos de enfermedad y la certificación de la muerte. No parece cierto lo que cuenta el historiador Rico Abello: "Las primeras repercusiones sociales se observaban en la primavera verano de 1918, ante los sanfermines navarros; y aunque Pamplona ya estaba invadida el Gobernador y Alcalde imponen silencio a los médicos para poder celebrar las fiestas patronales prolongar el veraneo o conseguir afluencia ferial". Noticia que parece falsa aunque coincide con los datos estadísticos de mortalidad como luego comentaré, por ser contraria a la orden del Gobernador de declarar todos los casos, llevando el Ayuntamiento un Libro de Enfermedades Infecciosas y, además, los muertos se anotaban en el Registro Civil bajo tutela judicial.

PANDEMIAS

LA ASISTENCIA A LOS ENFERMOS



Caricatura de la gripe.

La asistencia fue realizada por los médicos de beneficencia y generales de la ciudad subiendo escaleras a domicilio. La mayor carga asistencial, según consta en el libro de declaraciones del Archivo Municipal, la llevaron los doctores Huder, Lazcano, Alfonso, y en menor medida Ferrer, Ambrosio Goñi, Gortari, Jimeno Gimeno y Galán. No se planteó organizar un hospital lazareto, ni pabellones especiales como en la epidemia de cólera de 1885.

El Ayuntamiento tomó una serie de medidas:

- Nombró a un médico a su cargo, don Manuel Pardo, para hacer las guardias por la noche por 1.100 pesetas y dar descanso a los médicos de la ciudad, tanto de Beneficencia como particulares;
- Dispuso de coches para las visitas de los médicos de Beneficencia;
- Obligó a la comunicación inmediata de los óbitos y el traslado rápido al cementerio;
- Encargó cajas mortuorias para los difuntos pobres y
- Prohibió los acompañamientos a los muertos a Berichitos, y la entrada de público al cementerio en Todos los Santos para evitar aglomeraciones y contagios.

No faltó la confianza en los santos por lo que el Ayuntamiento aprobó hacer rogativas a San Fermín y que se procesionara la efigie de Las Cinco Llagas como se hiciera en la epidemia de peste de 1599, pero esta vez con los votos en contra de un concejal republicano y otro socialista. No se da cuenta si se celebró un Te Deum al finalizar la epidemia.

LA EPIDEMIA EN CIFRAS

La enfermedad se presentó en dos olas epidémicas. Entre mayo y junio la primera, cesando las muertes el 5 de julio, y la segunda entre septiembre a diciembre. Los fallecimientos continuaron, 26 en total, entre enero y junio de 1919, de manera esporádica. No se consideró que hubiera tercera ola. El virus se aisló en 1933; en los años 60 ya se ensayaron vacunas y hasta los años 80 no se extendió la práctica vacunal a personas en riesgo. Ni se habló de epidemia de gripe hasta la pandemia de 1957 conocida como gripe asiática o en 1968 la pandemia de Hong Kong; en ambos casos con mutaciones virales respecto a la de 1918.

LA MORTALIDAD

El 15 de Junio 1918 se certifica el primer fallecido por gripe en Pamplona. Se registraron 20 fallecidos hasta el día 5 de julio, fecha del último óbito de la ola de primavera. Las Fiestas de San Fermín se celebraron, pero se suspendió la feria de ganado. Durante el verano desapareció la epidemia hasta el 17 de septiembre cuando fallece una persona que da inicio a la ola epidémica de otoño (septiembre, octubre y noviembre) que dejó oficialmente un balance total de 221 muertos. Sin embargo, la cifra fue mayor ya que si recontamos en el Libro de Defunciones municipal, los diagnósticos relacionados con la gripe aumentan en 152 más, pudiendo dar una cifra más aproximada en 373 muertos por gripe en 1918 en Pamplona, de un total por todas las causas de 809 en el año. **El 47% de los fallecidos en 1918 lo fueron por gripe.**

La tasa bruta de mortalidad por gripe fue de 12,11 por 1.000 pamploneses. Más de la mitad se produjeron en edades entre 20 y 50 años. Ello puede explicar que la epidemia fue mortífera en los Cuarteles y en el Manicomio, mientras que la Casa de Misericordia quedó indemne.

LA MORBILIDAD

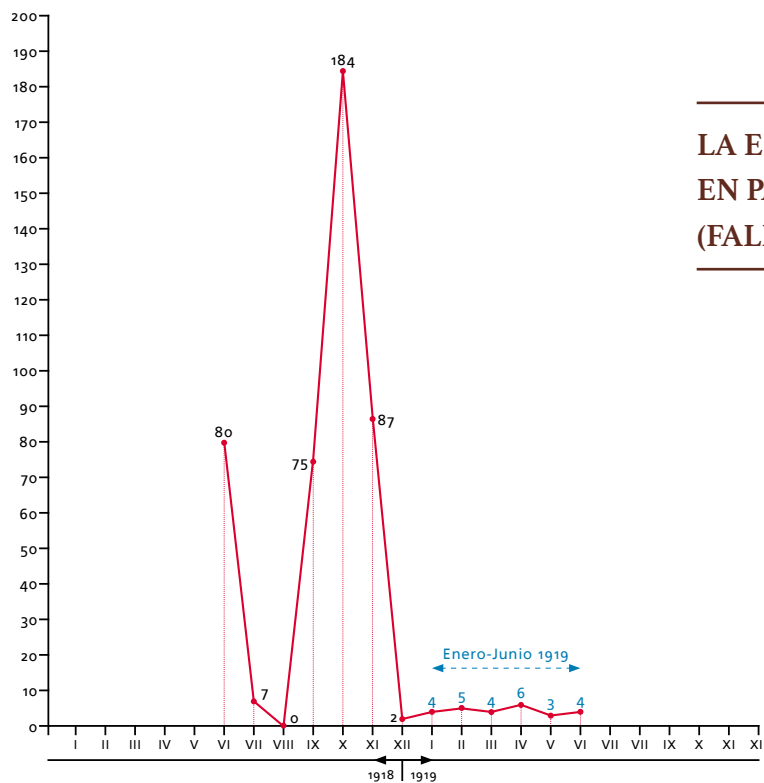
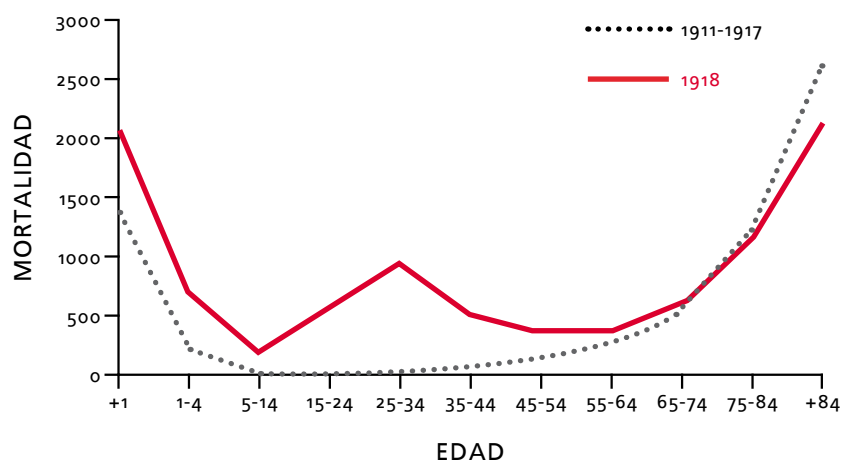
El Gobernador ordenó declarar los casos de enfermedad y el municipio cumplió llevando la Estadística de Enfermedades Infecciosas. Contrajeron la enfermedad en la ola de primavera (mayo-junio) 61 casos; en la de otoño (septiembre, octubre, noviembre) 392 y 24 casos más entre enero y mayo de 1919.

La Junta Municipal de Sanidad al fin de la epidemia da la cifra de 662 casos, 175 más que el libro de la Estadística de Enfermedades Infecciosas, llegando la Tasa de Incidencia Acumulada a 21,5 por mil habitantes. Parece escasa respecto a la mortalidad. Ello se explica porque, así como los muertos pasaban indefectiblemente a las estadísticas, los casos de enfermedad leve o asintomáticos no entraban en las estadísticas, ni el médico era llamado, por lo que la morbilidad queda siempre subestimada.

LA LETALIDAD

Sometidas las cifras a revisión y dado que la Junta de Sanidad Municipal de Pamplona en su informe final registró una cifra de 662 enfermos y el número de los fallecidos por gripe fue de 373, la tasa de letalidad alcanza al 58,11. Como la cifra de invadidos es más difícil de estimar y fue sin duda muy superior a la reconocida, no es aventurado dar una cifra de letalidad que pudo oscilar entre el 35 y el 50 por 100 enfermos conocidos.

GRIFE 1918. DISTRIBUCIÓN POR EDAD



LA EPIDEMIA DE GRIFE EN PAMPLONA 1918-1919 (FALLECIDOS)

PANDEMIAS

ESTADO DEL CONOCIMIENTO DE LA GRIPE EN 1920

Acabada la epidemia, el Inspector General don Manuel Martín Salazar remitió un "Folleto" a los gobernadores e inspectores provinciales de sanidad en 1920 sobre la Epidemia pasada con la información resumen de los acontecimientos y dando las instrucciones pertinentes para el futuro. El número oficial de fallecidos en España en la primera ola epidémica entre enero-agosto fue de 9.614 fallecidos; y en la segunda ola, de septiembre a diciembre, fallecieron 134.262: En total 153.886. A ello hay que añadir la sobre mortalidad cuya estimación más probable fue sobre 270.000 fallecidos. El comportamiento de las dos olas fue similar en el tiempo a las de Pamplona. El indicado "Folleto", que he localizado en el Archivo Municipal de Pamplona, da cuenta de los siguientes aspectos y averiguaciones que la epidemia dejaba tras de sí como enseñanza.

EL ORIGEN

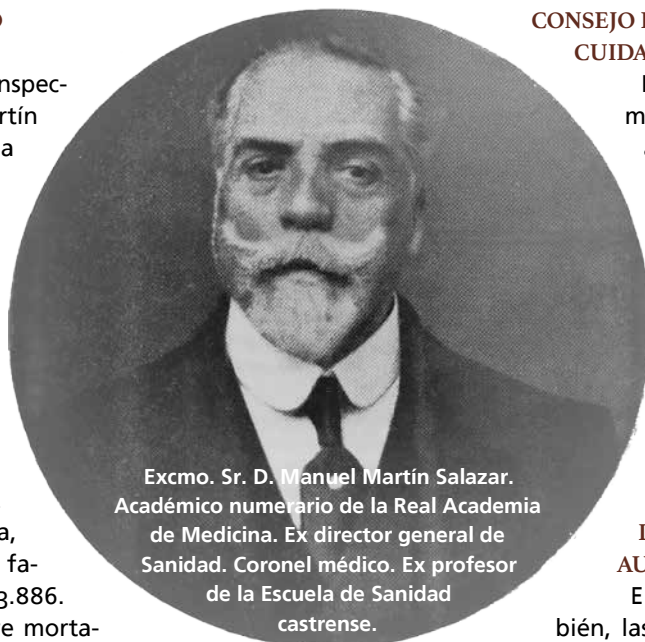
Se reconoce por primera vez en 1920 de manera oficial la etiología viral y se asientan dos axiomas definitivos: el periodo de incubación se estimó entre 24-48 horas y empíricamente se comprobó que producía inmunidad en los afectados.

EL CONTAGIO

Se atribuyó al contacto de enfermos a sanos a través de las "secreciones respiratorias por gotitas que se expanden 1 metro al hablar y 2,5 metros al toser y estornudar", por lo que recomienda acercarse a los enfermos con mascarilla.

LA PROFILAXIS GENERAL

Desde entonces quedó establecida: evitar aglomeraciones, ventilación de espacios cerrados, alimentación adecuada, gargarismos preventivos con desinfectantes y caretas protectoras para la asistencia a los enfermos. Da el "Folleto" divulgativo las instrucciones para la fabricación individual de mascarillas que cubran boca y nariz: doblar dos veces una tela de gasa de longitud de 11 cm y acoplar cintas para atar al cuello por detrás.



Excmo. Sr. D. Manuel Martín Salazar.
Académico numerario de la Real Academia de Medicina. Ex director general de Sanidad. Coronel médico. Ex profesor de la Escuela de Sanidad castrense.

CONSEJO PARA EL CUIDADO AL ENFERMO

La persona que se sienta enferma debe abandonar el trabajo y aislarse en cama; avisar al médico; no es necesario desinfectar la habitación, es suficiente la ventilación. Los cuidadores deben usar pantallas protectoras (mascarillas); el lavado de manos debe de ser frecuente. Evitar aglomeraciones, y toser sobre un pañuelo y no escupir en lugares no autorizados [1].

LAS MEDIDAS PARA LAS AUTORIDADES SANITARIAS

El inspector General da, también, las instrucciones oportunas a las autoridades, tanto sanitarias como políticas sobre cómo actuar de manera autónoma provincial en un régimen liberal. Lo prioritario es "realizar acciones de educación sanitaria instruyendo a la población". Se decretó la gripe como "enfermedad de declaración obligatoria" para todos los médicos bajo sanciones económicas, "la obligatoriedad de aislar a los enfermos" y de proteger a los sanos y cuidadores (contactos).

En cuanto al **cierre** de centros como escuelas, cines y teatros debería valorarse según lugar y circunstancia: "cuando la epidemia sea, intensa", evitando con ello no sólo el colapso económico y de actividad sino los graves perjuicios económicos de ellos derivados y, también, la limitación de las libertades. Nunca se planteó aislamiento de personas sanas (confinamiento), ni cierres perimetrales o de fronteras (cordones sanitarios), ni limitación de actividades ni de circulación de bienes y personas.

A la salida de la epidemia, que coincidió con el fin de la primera guerra mundial, se produjo una explosión de alegría y de bienestar y progreso económico, intelectual y científico; fueron los alegres años 20 hasta la depresión del año 1929.

[1] Hoy en día en 2021 parece un anacronismo antihigiénico lo de "no escupir en lugares no adecuados" pero hay que recordar que la escupidera era tenida como elemento de higiene para que no se escupiera en el suelo, dado el hábito social en ciertas clases sociales y la verdadera endemia de la época: la tuberculosis, cuyo bacilo "arropado" en el esputo se mantenía largos periodos con capacidad infectante. El escupir en el suelo es práctica desterrada por la educación, pero hay conatos de reintroducción por algunas personas sin educación, herederas de nuestra pretérita cultura.

DOS EPIDEMIAS ENTRE DOS SIGLOS

LA GRIPE DE HACE UN SIGLO MATÓ A 12 DE CADA 1.000 PERSONAS EN PAMPLONA; LA MORTALIDAD DE COVID-19 ES, HASTA ENERO, DE 1,6: SIETE VECES MENOR.

Aún a costa de salirnos de la historia resulta obligado hacer, en este momento de comienzo de año, una comparación entre la gripe de 1918 y la Covid de 2020 por tratarse ambas pandemias de enfermedades que afectan al aparato broncopulmonar y comparten un mismo mecanismo de transmisión por vía respiratoria. Para interpretar los datos disponibles de ambas epidemias es necesario tener en cuenta las diferencias sociales, técnicas, organizativas, dotaciones sanitarias, cobertura social y sanitaria, y estructura demográfica de la misma sociedad; y de manera especial la distinta organización política: liberal entonces e intervencionista ahora. Bien distinto con 100 años de diferencia. Quien lea estas consideraciones podrá entender, por sí mismo, antes de un análisis histórico en el futuro, las diferencias y similitudes de ambas epidemias.

La gripe de 1918 dejó una mortalidad en Pamplona de 12 por cada 1.000 personas en tanto que la Covid-19 ha sido, hasta enero de 2021, de 1,6 por 1.000: siete veces menor. Esta gran diferencia se debe, fundamentalmente, a la red de asistencia sanitaria que hoy tiene Navarra, frente a la situación precaria en 1918: 52 centros de salud en Atención Primaria, red hospitalaria extendida por la provincia, transporte sanitario eficaz, servicios de urgencia permanentes, unidades de cuidados intensivos, equipamientos técnicos, arsenal terapéutico de sostenimiento distribuidos por todo el territorio y asistencia médica universal a las personas. Este efecto se evidencia, también, en la tasa de letalidad que en la gripe de 1918 se estima entre 30 y 50 cada 100 enfermos y en la epidemia de Covid-19 ha sido, por el momento en Navarra, de 2,2 por 100 enfermos; veinte veces menor. La diferencia entre ambas pandemias, todavía será mayor si se hace ajuste de la tasa por edad, ya que el envejecimiento de la población ha dado un plus a la mortalidad, considerando además que la Covid-19 ha afectado a los mayores de edad.



Edición del Diario madrileño "El Sol". 25 de mayo de 1918.



PANDEMIAS

En un análisis de la incidencia acumulada, la Covid-19 se presenta, sin embargo, en sentido contrario, con mayor extensión, mayor transmisibilidad mayor incidencia con tasa de 42 por 1.000 frente a 21 de la gripe de 1918. Ello se debe al mayor número de diagnósticos precisos exhaustivos y declarados en 2020, a la búsqueda de casos entre los contactos de los enfermos, a la vigilancia epidemiológica y al rastreo de todos los casos en lugar de dejar a la enfermedad expresarse de modo natural como lo fue en 1918; de tal manera que, en 2020, los casos asintomáticos y los leves o inaparentes saltan a las estadísticas como casos clínicos que las alimentan y sobredimensionan. Tal es el empeño de la búsqueda, que solo el 5% de las personas "contactos estrechos", a los que se investigan como posibles contagios, resultan PCR positivo.

Ambas enfermedades se han presentado en dos olas epidémicas: la de primavera de baja difusión y corta en el tiempo, y la de otoño de mayor intensidad y extensión, respetando el verano: el mismo perfil epidémico. Sin embargo, muy diferentes en cuanto a contagiosidad y gravedad en periodos equivalentes. De la gripe del 18 disponemos datos de mortalidad de Pamplona en ambas olas, manteniendo una alta letalidad. En el caso de la Covid sorprende la distinta letalidad entre las dos olas: en términos generales en España fue de 8,2 en primavera y 1,2 en otoño. Ello no se puede asociar a un cambio de la virulencia sino al mayor número de diagnósticos en búsqueda activa,

la mayoría banales, y la mejor preparación asistencial en la segunda ola. En conclusión: ha sido la intervención del potente sistema sanitario, de salud pública y asistencial, el que ha dado perfil diferenciado a la epidemia respecto a la gripe de 1918, tanto en incidencia, mortalidad y letalidad, en beneficio de los ciudadanos.

La última diferencia de este análisis es que la epidemia de gripe 1918 discurrió sobre la población de manera natural sin mayores obstáculos. A la vez que se extendía la infección se generaba simultáneamente una inmunidad colectiva o poblacional, hasta la desaparición de la circulación del virus del que nunca más se supo, si bien, brotes por el virus de la gripe de 1918 (H1 N1) se detectaron en 1930, 1976 y 1977, sin que se extendiera epidémicamente.

En la Covid-19 esto no es posible. La intervención de los poderes públicos, con la limitación de movimientos y libertades individuales y colectivas, ha interrumpido el desarrollo espontáneo del virus y de la inmunidad colectiva natural, pero no su desaparición, retrasando con cada interrupción (cuarentenas, confinamiento, cordones sanitarios y cierre de actividades) la evolución natural epidémica, prolongando su presencia con olas o brotes, ya que el virus no se somete a ninguna intervención política. Este retraso en su extinción solo será superado si la vacunación, ya iniciada, es efectiva y se consigue la inmunidad colectiva o poblacional de manera artificial cuanto antes. Por mi parte solo me queda esperar a que me convoquen.

	GRUPE 1918	COVID-19 2020
POBLACIÓN (Habitantes)	30.779	209.090
Mayores de 65 años	1.452	44.950
Porcentaje de población	4,50%	21,50%
NUMERO DE CASOS	662	*12.583
FALLECIDOS	373	**330
Tasa I.A. por 1.000	21,5	43,4
Tasa Mortalidad por 1.000	12,11	1,6
Tasa de letalidad por 100 enfermos (Sobre datos contrastados)	58,11	2,6
(Estimado)	30-50	

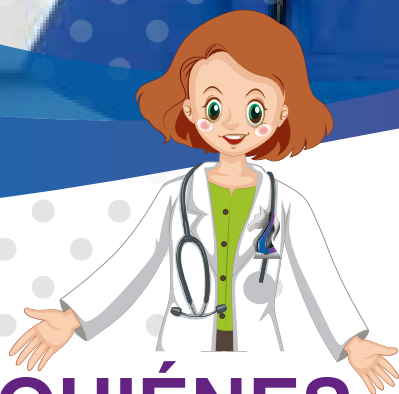
COMPARATIVA ENTRE LA EPIDEMIA DE GRIPE DE 1918 Y LOS DATOS DE LA COVID-19

* A 10 de enero de 2020.

** Estimados.

¡Al contratar con
Nosotros!

*Aplica condiciones



¿QUIÉNES SOMOS?

Somos un equipo formado no solo por los objetivos en común sino por la confianza y el valor entre nuestros miembros.

Te ayudamos a optimizar costes a tu empresa ofreciendote los mejores servicios y productos para que complementes tus actividades comerciales y emprendedoras.

SERVICIOS Y PRODUCTOS



TELECOMUNICACIONES

- Te ofrecemos el mejor servicio
- Trabajamos con todos los operadores



ENERGÍA / GAS

- Las mejores tarifas y descuentos
- Paneles solares



SEGURIDAD

- Instalaciones técnicas y especiales
- Equipamiento de alta seguridad



MARKETING / WEB

- Desarrollo de estrategias
- Captación de nuevos clientes



PURIFICADOR DE AIRE

- Elimina bacterias y virus (Coronavirus)
- Producto Certificado
- Control Inteligente

Nuevo



Contáctanos y siguenos:

☎ 933 82 37 46 ☎ 699 26 24 79  Lecsom  lecsomconsultoria  ConsultoriaLecsom

✉ info@lecsom.com

📍 Paseo Sant Gervasi 79 local 6 Bis 08022 Barcelona

WWW.LECSOM.COM

DE HISTORIAS Y EPIDEMIAS



◆ **Juan Ramón Corpas Mauleón.**
Médico y escritor.

“Se puede vivir sin recordar, pero es imposible vivir sin olvidar”, escribió Nietzsche. Por eso intentamos borrar los recuerdos dolorosos. Y así vivimos en el envanecimiento de que la modernidad nos inmuniza contra el pasado, que somos mejores, más sabios que quienes nos precedieron. Ya ha denunciado el filósofo azagrés Gregorio Luri que “confiamos más en lo nuevo que en lo bueno”.

Para no olvidar, es conveniente hacer un repaso a las crónicas de algunas de las plagas que ha padecido la gran familia humana, la memoria de aquellas epidemias y sus desolaciones: Tucídides narra la peste que asoló Atenas durante la guerra del Peloponeso en la que, según dijo, “la gente parecía haber perdido su compás moral”. Existen relatos de la Peste Negra de 1348, la más devastadora de la historia, que se llevó por delante a más de la mitad de la población europea, de la peste de Milán, en 1630, de la gran peste de 1664 en Londres..., hasta de la epidemia de la llamada Gripe Española.

En todas se reconoce el mismo patrón de conducta en las autoridades: La respuesta inicial al brote consiste siempre en negarlo: “no creo que haya en España más de unos pocos casos...”. Lo que evoca el silencio inicial sobre el brote de Wuhan, o cómo en 1918 se ocultó la presencia de gripe entre los soldados contendientes durante la primavera, y sólo se admitió su existencia cuando España alertó de la epidemia en mayo, en Madrid. El 4 de marzo de 1918, Albert Gitchell, cocinero en el campo militar de Fort Riley, en Kansas, cayó enfermo: fiebre alta, pulso muy rápido, respiración dificultosa, cianosis... Enseguida hubo centenares de soldados enfermos con los mismos síntomas. Fue en abril cuando contingentes militares norteamericanos acudieron a Europa para intervenir en la guerra, y con ellos el virus que se propagó de manera vertiginosa por toda Francia. Pero la noticia se divulgó cuando en mayo enfermó el rey de España Alfonso XIII junto con el presidente del gobierno y buena parte de los ministros. Algo que nos acerca al segundo punto: Significar que el origen procede de otros lugares, distantes y extraños. En el caso citado, de España. En el actual, de China. Ya Tucídides destaca que la peste de Atenas llegó de lejos: de Etiopía, de Egipto.

El tercero lo describe bien Daniel Defoe: En 1664 las autoridades de Londres, para que el número de fallecimientos por la peste pareciera menor, inscribieron otras enfermedades como causas de defunción. Nos recuerda los recuentos inverosímiles en China, o la discrepancia de cifras que todavía vivimos en nuestro país, en cuyo recuento aparecen o desaparecen decenas de miles de fallecidos, según el día o el narrador, hasta llevarnos a la más absoluta desorientación.

Busto de Tucídides. El busto original se conserva en Holkham Hall en Norfolk (RU).



NADA NUEVO BAJO EL SOL

Un cuarto testimonio, que tal vez suene familiar, lo refiere Tadino sobre la conducta del gobernador de Milán en la peste de 1630, quien, a pesar de la evidencias, no anuló las celebraciones previstas para el cumpleaños del príncipe. Y solo se dio por enterado de la gravedad de la epidemia una vez pasado dicho cumpleaños.

El quinto, es el que trata de quitarle importancia: "El fallecido es un paciente pluripatológico, y, por añadidura, anciano". Lo que nos lleva al sexto: Estigmatizar y abandonar a su suerte a un colectivo. Marco Aurelio señaló a los cristianos como causantes de la Viruela Antonina. En otras épocas se acusó a leprosos, gitanos, judíos... Para esta ocasión se ha singularizado a las residencias de mayores, a las que se ha infamado y descuidado, desamparado y condenado al aislamiento y la indefensión. Uno de los aspectos más repugnantes vividos en nuestro país es la indiferencia con la que se ha aludido al fallecimiento masivo de ancianos durante la epidemia, como si el hecho de tener setenta u ochenta años fuera una justificación para dejarles morir.

A este respecto, son estremecedoras las palabras del ministro de Ciencia, Pedro Duque, cuando afirmó que la Covid 19 mata solo "a los españoles en tiempo de descuento".



*Danza de la Muerte en la Capilla ▲
del Cristo del castillo de Javier.*

**“VIVIMOS EN EL
ENVANECIMIENTO DE QUE LA
MODERNIDAD NOS INMUNIZA
CONTRA EL PASADO, QUE SOMOS
MEJORES, MÁS SABIOS QUE
QUIENES NOS PRECEDIERON”**

PANDEMIAS

POCO HEMOS APRENDIDO

Nuestra sociedad, supuestamente desarrollada y con un sistema de salud tan extraordinario, se ha enfrentado a un test inesperado. Y el resultado no podía haber sido peor. Ha habido y hay todavía que afrontar esta dolorosa situación con pocos medios, con decenas de miles de mayores que han contraído la enfermedad condenados a la soledad, a la impotencia, al desvalimiento.... Muchos que vivirán con secuelas severas, otros muchos que han fallecido.

PREVALECE UNA SENSACIÓN DE DESENCANTO Y PERPLEJIDAD

Nos sentíamos tan fuertes, tan seguros. Como ha escrito un notable filósofo: "volábamos barato y comprábamos en Zara... pensábamos en algoritmos y nos olvidábamos de la biología". Y sin embargo, a pesar de ello, es conveniente considerar cómo, una vez más, la medicina, la ciencia, ha cumplido su papel.

Siempre lo ha hecho.

En la gran Peste Negra, en tanto que la población europea se encomendaba a la protección de San Roque, los médicos observaron una singular discriminación gremial de la epidemia: los sastres eran afectados con enorme frecuencia, en tanto que esto no ocurría con los herreros. De tan anecdótica situación, los galenos del siglo XIV dedujeron que los tejidos estaban relacionados con la propagación de la enfermedad, y así era, la urdimbre de lanas y linos servía como reservorio ideal para las pulgas, vector que transmitía desde las ratas a los humanos ese ser invisible cuya existencia no se iba a conocer hasta 1894, y que sería bautizado como *Yersinia pestis* en 1970, en evocación de uno de sus descubridores: el médico bacteriólogo suizo Alexandre Yersin. Así pues, por orden de aquellos físicos medievales, junto a otras medidas, se incineraron ropas de cama y de vestir, se sacudieron sobre las hogueras infinidad de prendas, y se obligó a desprenderse de su ropa a viajeros y peregrinos a la entrada de las ciudades, donde quedaban sometidos a un aislamiento temporal.



*Pintura del Encuentro
de los Tres Caballeros,
en el coro de la
basílica de Santa
María de Ujué.*

TAMPOCO LOS PRODUCTOS HIDROALCOHÓLICOS SON UN DESCUBRIMIENTO DE AHORA

En las pestes europeas de los siglos XVI y XVII fue conducta común rociar con soluciones hidroalcohólicas perfumadas a los enfermos, así como darles friegas en los miembros afectados y asperjar con dichas soluciones el perímetro de las casas, manzanas o barrios más aquejadas por la dolencia. Tuvo singular éxito la empleada para tal fin en la ciudad alemana de Colonia, la afamada "Agua de Colonia" que desde el siglo XVIII ha dado nombre a todas las utilizadas en cosmética.

Así fue también con los llamados EPI (Equipo de Protección Individual) de otros siglos, que tan familiares nos resultan por las imágenes de los grabados del tiempo del Barroco y la Ilustración: Esos grandes levitones que vestían los doctores, junto con largos guantes de gamuza y una careta provista de un extenso pico de ave en el que se embutían manojos de hierbas aromáticas para hacer de barrera contra el efecto aerosol.

Y qué decir del remedio definitivo contra el poder letal de la viruela, que mató al menos a trescientos millones de personas solo en el siglo XX hasta la implantación universal de la vacuna. La vacuna, entonces y hoy el mejor y más barato sistema terapéutico.

Como se ve, **no hemos cambiado tanto**. Creíamos tener los instrumentos para afrontar cualquier problema y, al igual que en las pestes antiguas, la conducta ha sido el confinamiento masivo; los cierres, antes de murallas, hoy de perímetros urbanos o fronteras regionales, provinciales o nacionales. Tal como entonces, se ha extendido la desconfianza hacia los foráneos; en la época de las grandes pestes se achacaba a los peregrinos jacobeos la transmisión de los miasmas infectivos, y como viajeros peligrosos eran tratados, segregados, encerrados hasta cumplir la cuarentena, o expulsados de las poblaciones.

Pero todo hay que decirlo, **la profesión médica ha sido una vez más el escudo defensivo de la sociedad**, recordemos la cantidad de profesionales de la salud infectados. Aunque tal vez no hayan sido los EPI de hoy mejores que los de entonces, ni más eficaces los geles hidroalcohólicos. Como en las pestes antiguas vivimos con la esperanza de que buena parte de la población superviviente se inmune de forma natural o que empiece a hacerlo por medio

de las vacunas que la ciencia médica ha sintetizado con una inaudita rapidez.

Pero que no sea esa la única expectativa. Los tratadistas coinciden en el resurgir que se vive tras las grandes epidemias: La plaga que asoló el imperio bizantino en tiempos de Justiniano y Teodora abrió paso al primer esplendor el Islam, favorecido por la caída demográfica y el abandono territorial de numerosas comunidades cristianas; posiblemente sin ello no hubiera sido posible el brillo de Damasco, Bagdad, Córdoba.

Durante la gran peste bubónica, se escribió el Decamerón que anunciaba ya la llegada de un tiempo nuevo: el

Renacimiento; es notable observar cómo durante el transcurso de la epidemia se divulgaron ciertos motivos iconográficos a modo de conjuro contra la enfermedad: las Danzas de la Muerte, que tanto desarrollo vivirían más tarde, en los siglos del barroco tanto en España como en Hispanoamérica; y el Encuentro de los Tres Caballeros, esos tres caballeros jóvenes, en la flor de la vida, que coinciden con tres cadáveres ecuestres que dicen a los primeros. "vosotros sois lo que nosotros fuimos, nosotros somos lo que vosotros seréis". Representaciones que, pintadas al fresco, llenaron los muros de catedrales y palacios, iglesias y monasterios durante décadas, y que pasada la peste fueron arrancadas, destruidas, arrasadas como un mal recuerdo, porque, como he dicho al principio, necesitamos olvidar.

En Navarra tenemos la fortuna de conservar un soberbio fresco de Danza de la Muerte, gótica, en la Capilla del Cristo del castillo de Javier, y una pintura del Encuentro de los Tres Caballeros, también gótica, en el coro de la basílica de Santa María de Ujué, raros y valiosos ejemplares de los poquísimos que sobrevivieron a la destrucción.

Y en fin, por no alargarme, concluyo evocando las epidemias del siglo XVII y XVIII que trajeron como secuela la sociedad industrial, la Ilustración, la caída del antiguo régimen, el capitalismo, las libertades...

Vivimos por tanto ahora un tiempo a la vez de dolor y de esperanza. En esa esperanza confío, y sé que todos lo hacemos, de que tras las fiestas de Navidad, acaso las más tristes que hemos vivido colectivamente, podamos ir poco a poco retornando a la ilusión.

A la alegría.

A la vida.

“LOS TRATADISTAS COINCIDEN EN EL RESURGIR QUE SE VIVE TRAS LAS GRANDES EPIDEMIAS”

Actualización clínica en anticoagulación: Cardiología y Urgencias

Profesionales del ámbito de la Cardiología y la Urgencia han impartido seminarios de actualización clínica online, a través de la plataforma de formación del Colegio de Médicos de Navarra, con el fin de mejorar la competencia, unificar criterios y dar pautas de actuación clínica en la atención a pacientes con tratamiento anticoagulante.

En la sesión sobre anticoagulación en Cardiología, moderada por **Nahikari Salterain** de la Clínica Universidad de Navarra, participaron los cardiólogos **Óscar Alcalde** y **Pablo Bazal** del Complejo Hospitalario de Navarra y **Juan José Gavira** de la Clínica Universidad de Navarra.

ANTICOAGULACIÓN Y ANTIAGREGACIÓN EN TRIPLE TERAPIA

Pablo Bazal Chacón de la Unidad de Hemodinámica y Cardiología intervencionista del Complejo Hospitalario de Navarra explicó que "el tratamiento antitrombótico en los pacientes con fibrilación auricular (FA), en el contexto de un intervencionismo coronario percutáneo (ICP) o un síndrome coronario agudo (SCA), implica la combinación de tratamiento antiagregante y anticoagulante. Por un lado, el doble tratamiento antiagregante, tras el implante de un stent, disminuye la probabilidad de trombosis del mismo y, por otro, el tratamiento anticoagulante ha demostrado ser superior al tratamiento antiagregante aislado en la prevención de accidentes cerebrovasculares o embolia sistémica en estos pacientes". Sin embargo, subrayó el Dr. Bazal, "la prevención en la aparición de eventos tromboembólicos que se consigue con la triple terapia antitrombótica (TAT) presenta como contrapartida un exceso de riesgo de sangrado. Por ello, es fundamental establecer la mejor estrategia antitrombótica posible para nuestros pacientes, seleccionando los fármacos con mayor garantía de seguridad y disminuyendo al máximo el tiempo de exposición a TAT".



QUÉ DICEN LOS ESTUDIOS Y QUÉ ESTAMOS HACIENDO

En la última década han surgido diferentes ensayos clínicos aleatorizados que comparan la TAT con doble terapia antirombótica (DAT) en pacientes con FA que precisan de tratamiento antiagregante (ICP o SCA). El primer ensayo clínico comparó DAT frente a TAT conwarfarina (WOEST), y posteriormente fueron apareciendo sus homólogos con los anticoagulantes de acción directa, primero con Rivaroxaban (PIONEER) y posteriormente con Dabigatrán (RE-DUAL), Apixabán (AUGUSTUS) y finalmente con Edoxabán (ENTRUST). El Dr. Bazal destacó que "estos ensayos tienen en común que son estudios de seguridad, es decir se centran en la comprobación de una reducción de eventos hemorrágicos y no presenta potencia suficiente para encontrar diferencias en términos de eficacia. La idea que subyace a todos ellos es que la DAT es más segura que la TAT, y en concreto, cuando esta se compone de un inhibidor de la P2Y12 (clopidogrel) y un anticoagulante de acción directa".

La Dra. Nahikari Salterain moderó la mesa sobre anticoagulación en
▼ Cardiología.



El Dr. Pablo Bazal durante su intervención, en la que abordó la anticoagulación y antiagregación en triple terapia. ▲

RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Las recomendaciones de las guías de práctica clínica se han ido adaptando a la creciente evidencia publicada, en concreto, reduciendo progresivamente la duración de la TAT. "De tal forma –añadió el Dr. Bazal– que en las últimas guías de la Sociedad Europea de Cardiología publicadas este año (tanto de síndrome coronario agudo sin elevación de ST como de FA) recomiendan mantener la triple terapia exclusivamente durante el tiempo de ingreso. Tras un periodo corto de TAT se recomienda continuar con DAT con clopidogrel y un anticoagulante de acción directa durante 6 meses, en caso de revascularización en el contexto de un síndrome coronario crónico, o 12 meses en el síndrome coronario agudo, pudiendo reducir a 6 meses si existe un elevado riesgo hemorrágico. Tras el tiempo de DAT, la recomendación es continuar con anticoagulación simple de forma indefinida".

El cardiólogo concluyó que "se confirma la tendencia a restringir progresivamente el tratamiento antiagregante agresivo, primando la seguridad del paciente sin penalizar la prevención de eventos isquémicos".

PERSPECTIVA PRÁCTICA DESDE URGENCIAS

En el seminario sobre "Anticoagulantes de acción directa, perspectiva práctica desde Urgencias de Navarra", moderada por el presidente de SEMES-Navarra Iñaki Santiago, intervinieron como docentes: Alfonso Martín Martínez, coordinador del Grupo Arritmias Cardíacas de SEMES, que dio pautas para el manejo del paciente anticoagulado; Mercedes Varona, Jefa de Sección del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Basurto y vocal del grupo de arritmias de SEMES, que habló sobre el anciano anticoagulado; y Anabel Bardón del Servicio de Urgencias del CHN y responsable de la Sección de Enfermedades Tromboembólicas de SEMES-Navarra que expuso la situación en Navarra.

Anticoagulantes de acción directa

Perspectiva práctica desde Urgencias de Navarra.

● **Anabel Bardón Ranz.**

Responsable de la Sección de Enfermedades Tromboembólicas de SEMES Navarra y médico de urgencias en el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN).

Durante décadas la anticoagulación oral es el tratamiento y prevención de la enfermedad tromboembólica venosa, que agrupa la trombosis venosa profunda y la embolia pulmonar; de la prevención del ICTUS en pacientes con fibrilación auricular; y de la prevención de embolia y trombosis en pacientes portadores de válvulas cardíacas.

Este tratamiento se realiza habitualmente con antivitamina K (AVK), cuyo uso es complejo y requiere controles periódicos. La aparición de los nuevos anticoagulantes orales de acción directa (ACOD), como el inhibidor directo de la trombina dabigatrán etexilato (Pradaxa®) en el 2008 [1,2], los inhibidores directos del factor X activado (FXa) rivaroxabán (Xarelto®) [6,7] y apixabán (Eliquis®) [3,4] y edoxabán (Lixiana®) en el 2015 [10,11], aportan ventajas en su administración al ser a dosis fijas y no requerir monitoreo. Esto último ha supuesto un aumento de su uso en la época de la pandemia covid-19, al limitar el número de consultas que se deben hacer para su control y presentar menos interacciones con los fármacos utilizados en el tratamiento de la propia infección.

Hay que tener en cuenta que la fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca más frecuente y se calcula que afecta a un 1-2% de la población [1,2]. Su prevalencia se incrementa con la edad, de modo que se estima que la padece un 8,5% de la población española mayor de 60 años [3]. La FA confiere a los pacientes que la padecen un riesgo de ictus y embolia sistémica superior en 5 veces al de la población general. Se estima que 1 de cada 5 ictus isquémicos está asociado a la presencia de FA, por lo que uno de los pilares del tratamiento son los anticoagulantes. La utilización de los ACOD se asocia con beneficios e inconvenientes respecto del uso de AVK, que han sido y son materia de amplia discusión en las evaluaciones de las agencias reguladoras.

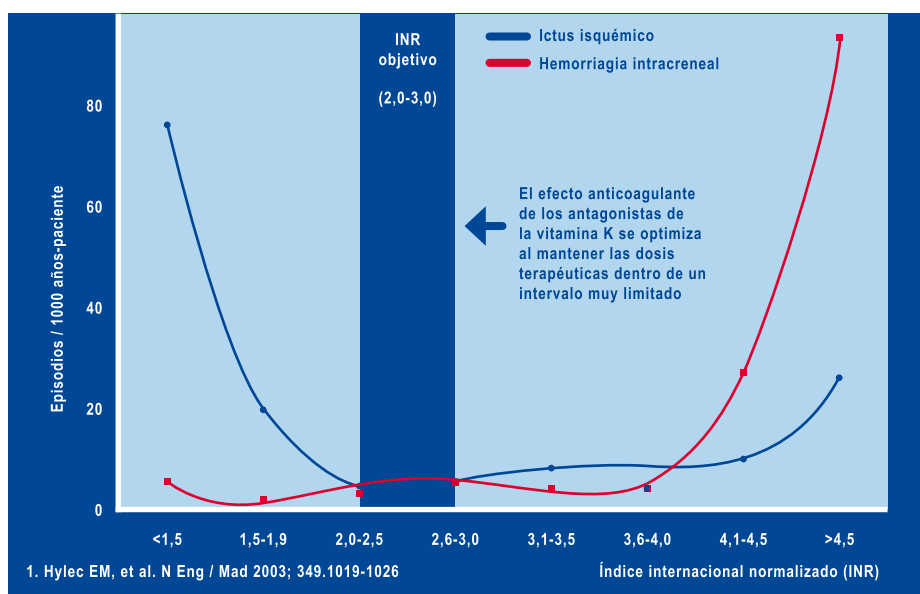
¿Cuándo usarlos?

La Agencia Española del Medicamento publicó, el 24 de septiembre de 2012, el primer Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) sobre los ACOD (entonces denominados NACO) y desde entonces se han publicado actualizaciones de este documento sobre su uso en la fibrilación auricular no valvular. El último es el IPT del 2016, que actualmente es el que está en vigor y considera que puede ser financiado el uso de los ACOD en los siguientes seis supuestos:

- 1- Pacientes con hipersensibilidad conocida o con contraindicación específica al uso de acenocumarol o warfarina.
- 2- Pacientes con antecedentes de hemorragia intracraneal (HIC) (excepto durante la fase aguda) en los que se valore que los beneficios de la anticoagulación superan el riesgo hemorrágico.
- 3- Pacientes con ictus isquémico que presenten criterios clínicos y de neuroimagen de alto riesgo de HIC, definido como la combinación de HAS-BLED ≥ 3 y al menos uno de los siguientes: leucoaraiosis grado III-IV [25] y/o micro sangrados corticales múltiples [26]. Los ACOD podrían representar un beneficio en comparación con AVK en estos pacientes debido a su menor potencial para inducir HIC.
- 4- Pacientes en tratamiento con AVK que sufren episodios tromboembólicos arteriales graves, a pesar de un buen control de INR. Entre otras opciones terapéuticas, los ACOD podrían representar una alternativa en estos pacientes.
- 5- Pacientes que han iniciado tratamiento con AVK en los que no es posible mantener un control de INR dentro de rango (2-3), a pesar de un buen cumplimiento terapéutico. Se considerará que el control de INR es subóptimo cuando el porcentaje de tiempo en rango terapéutico (TRT) sea inferior al 65% (calculado por el método

de Rosendaal). En los casos en los que este método no esté disponible, se considerará que el control de INR es subóptimo cuando el porcentaje de valores de INR dentro de rango terapéutico (TRT directo) sea inferior al 60%. En cualquiera de los supuestos, el periodo de valoración es de al menos los últimos 6 meses, excluyendo los INR del primer mes (en caso de ajuste inicial de dosis) o periodos de cambio debidos a intervenciones quirúrgicas o dentales u otros procedimientos invasivos, etc., que conlleven la modificación de la pauta de AVK.

- 6- Imposibilidad de acceso al control de INR convencional.



Desde el punto de vista de los servicios de urgencias estos son fundamentales tanto en la detección de la de la fibrilación auricular (FA) e inicio de anticoagulación [13], como en los casos en los que con el uso de anticoagulantes presentan eventos adversos hemorrágicos o trombóticos (muchos por mal control de INR).

Todo ello supone un reto: conocer bien los fármacos, sus indicaciones y los efectos secundarios para prescribir anticoagulación cuando sea necesario y la más adecuada.

DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

Estratificación del riesgo embólico

Llevamos varios años en que el protocolo de FA está implantado y es de uso habitual, de manera que se instaura tratamiento para el control de la frecuencia, en algunos casos control del ritmo, y de forma pareja se evalúa la necesidad de inicio de trombopprofilaxis. Aún así, se estima que todavía existe un 25% de los pacientes en los que está indicada la trombopprofilaxis que siguen sin anticoagulación.

Para ello es necesario realizar sistemáticamente la estratificación del riesgo embólico (esquema CHA₂DS₂-VASc) y hemorrágico (escala HAS-BLED) de todos los pacientes. De manera que pacientes que tengan un CHA₂DS₂-VASc si son varones > o igual a 2 y las mujeres > o igual 3 deben iniciar anticoagulación con nivel de evidencia IA (Guía de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) 2016), incluso se debe considerar en pacientes con valor de 1 varones y 2 mujeres evidencia IIA (últimas recomendaciones de la ESC 2020).

CHA ₂ DS ₂ VAS _c SCORE		Puntaje
C	Falla Cardíaca Congestiva: Clínica de Falla Cardíaca, evidencia objetiva de disfunción del ventrículo izquierdo (VI) moderada o severa, o miocardiopatía hipertrófica.	1
H	Hipertensión: o con tratamiento antihipertensivo	1
A	75 años o más	2
D	Diabetes Melitus: Tratamiento con hipoglicemiantes orales y/o insulina o glicemia en ayunas >125 mg/dl (7mmol/L)	1
S	Stroke: ecv isquémico previo, Accidente Isquémico Transitorio, o tromboembolismo	2
V	Enfermedad Vascolar: Enfermedad coronaria significativa, infarto de miocardio previo, enfermedad arterial periférica, placa aortica	1
A	65 a 74 años	1
Sc	Sexo Femenino	1
PUNTAJE MÁXIMO		9

FACTORES DE RIESGO		Puntaje
H	Hipertensión no controlada: PAS >160 mmHg	1
A	Función Renal y Hepática: Diálisis, TRasplante, Cr>200umol/L, cirrosis, bilirrubinas>2 límite superior, Transaminasas >3 límite superior	1 punto por cada una
S	Stroke: stroke previo isquémico o hemorrágico	2
B	Sangrado (historia o predisposición) hemorragia previa mayor, anemia, trombocitopenia	1
L	Lábil INR: TTR <20% en pacientes con AVK	2
E	Edad: >65 años	1
D	Drogas o exceso de alcohol: uso concomitante de antiplaquetarios o AINES, y/o uso semanal excesivo de alcohol	1 punto por cada una
PUNTAJE MÁXIMO		9

PAS: Presión arterial sistólica, **Cr:** creatinina, **AVK:** antagonistas de vitamina K

Simultáneamente el riesgo hemorrágico si es ≥ 3 se considera de alto riesgo y, aunque no contraindica la anticoagulación, sí que implica valoración riesgo/beneficio, seguimiento más cercano e intentar corregir los factores modificables.

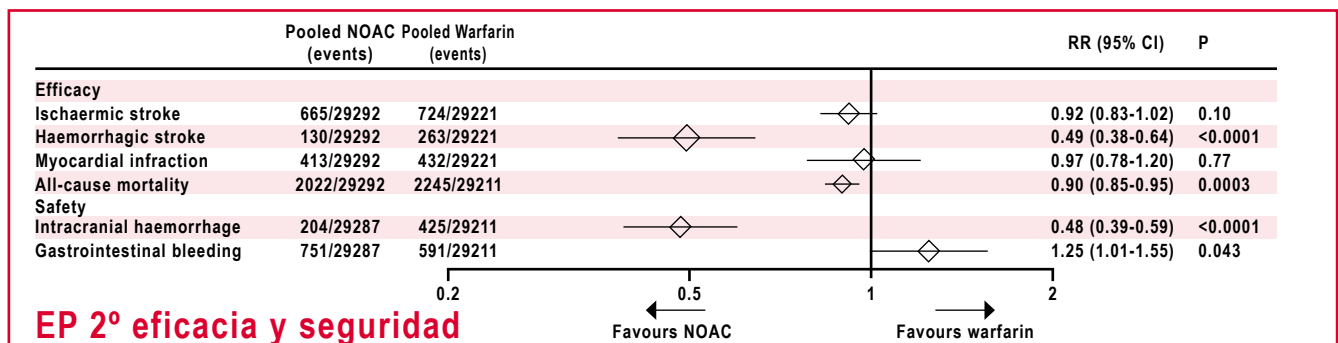
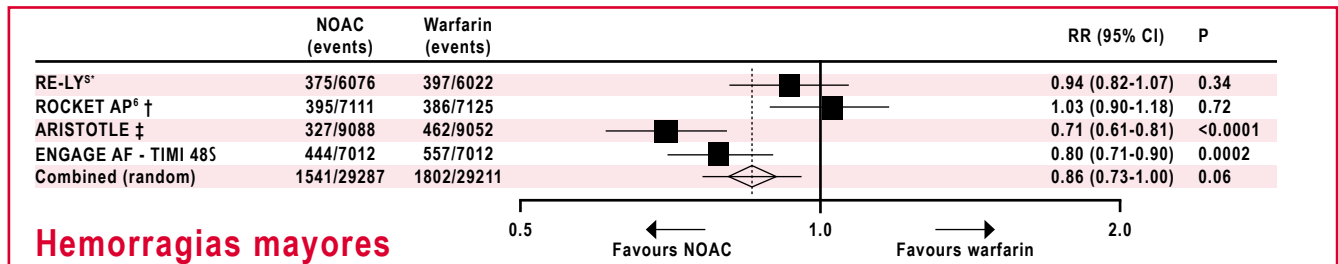
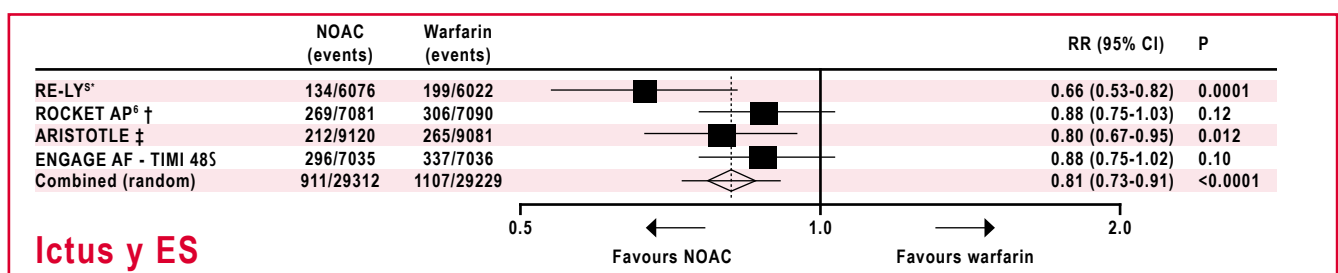
De manera habitual se inicia la anticoagulación, solapando el uso de heparinas a dosis terapéuticas y el comienzo del antivitamin K, que en nuestro medio es acenocumarol y se remite a su centro de salud y/o Hematología para control del INR.

Un metaanálisis de los cuatro ensayos pivótales de los ACOD (RE-LY, ROCKET-AF, ARISTOTLE y ENGAGE) mostró que, en comparación con la Warfarina, las dosis estándar de

ACOD eran más efectivas y seguras. Los datos observacionales posteriores a la comercialización sobre la eficacia y seguridad de dabigatrán, rivaroxabán, apixabán y edoxabán frente a Warfarina muestran una coherencia general con el respectivo metaanálisis (T4).

Lo cierto es que, como conocemos de la guía de la SEC/ESC y varias sociedades científicas avaladas por dichos estudios que cada vez ponen más en valor y de forma "preferible" el uso de los ACOD, los podemos prescribir. De hecho, cada vez más pacientes nos preguntan por "esas nuevas pastillas que no necesitan control"; pero el IPT, a día de hoy, limita su financiación a unos supuestos que hemos subrayado anteriormente.

(T4): Metaanálisis de los 4 ensayos pivótales con ACOD en FANV



Lancet 2014;383:955-62



Pacientes anticoagulados que acuden a urgencias

Por otra parte, en nuestro día a día nos encontramos con muchos pacientes anticoagulados que acuden en ocasiones por eventos tromboticos, pero en la mayoría de los casos por hemorragias menores (epistaxis, gingivorragias, hematuria...) o que son o pueden ser potencialmente graves (hemorragias digestivas, hemorragia intracraneal, etc.). Nuestra actuación consiste simultáneamente en saber el estado de anticoagulación con un INR y, por supuesto, en yugular la misma –bien sea con mediadas locales (epistaxis) o más invasivas (endoscopia en el caso de hemorragia digestiva)– y revertir además el efecto del anti vitamina k (hemorragia intracraneal) para lo que disponemos de la vitamina k y el complejo protombinico.

Ocurre que la medida del INR es como una foto del estado de la anticoagulación y, muchas veces, descuidamos revisar el tiempo en rango terapéutico (TRT) que es un vídeo de cómo ha estado durante los últimos meses (sería como la glucemia y la hemoglobina glicosilada en la diabetes). De manera que, igual que ante una cifra de glucemia alterada miraremos la glicosilada, aquí también deberíamos revisar el TRT; de esta forma, nos hacemos a la idea de cómo esta anticoagulados.

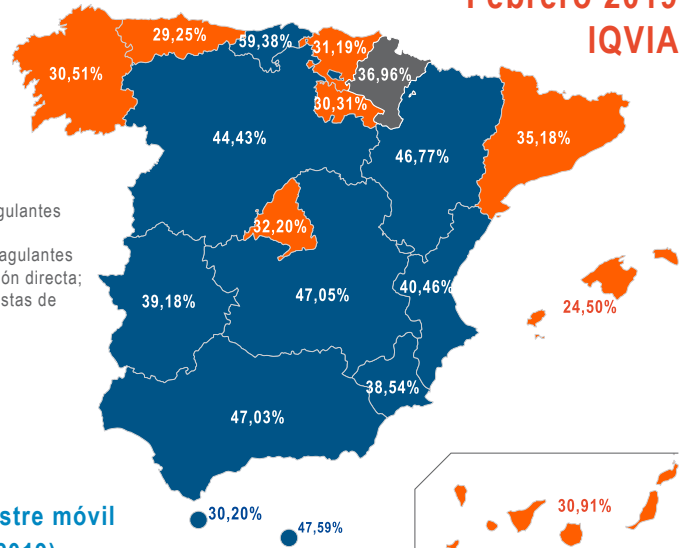
Sabemos que INR fuera de rango se observan en hasta un 60% de los pacientes atendidos en urgencias y que varios estudios dan valores de TRT <65% hasta en un 50%, tanto en Atención Primaria como en especializada (estudio Fantasía).

TRT inferiores a 65% nos tienen que poner en alerta y hacernos reflexionar que no estamos obteniendo el nivel de protección adecuado frente al ICTUS, que era nuestro objetivo, y además estamos aumentado el riesgo hemorrágico. Por lo que debemos sopesar el cambio a un ACOD y, en esta situación, podemos solicitar visado de inspección por estar dentro de los supuestos. Para ello, hay que intentar facilitar o eliminar las actuales barreras administrativas.

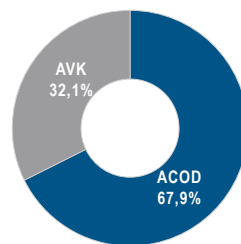
La utilización de los ACOD a nivel nacional dista mucho de su uso con respeto a Europa.

Penetración ACOD vs. ACO (DoT) Febrero 2019 IQVIA

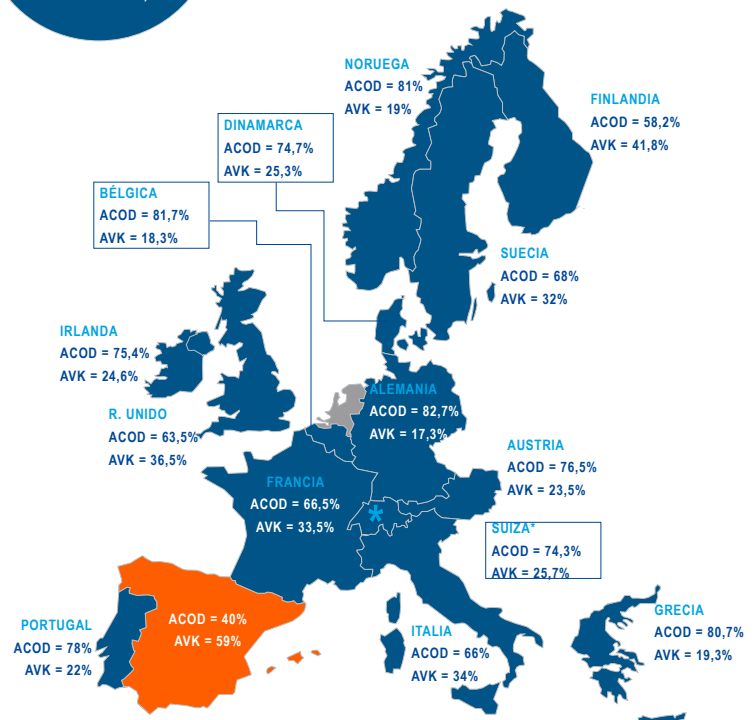
ACO: anticoagulantes orales;
ACOD: anticoagulantes orales de acción directa;
AVL: antagonistas de vitamina K



Cuatrimestre móvil (febrero 2019)



EUROPA



El ACOD a escoger será individualizado, teniendo en cuenta las particularidades de cada uno, que se muestran en esta tabla de forma resumida.

	DOSIS	AJUSTE DE DOSIS	CUÁNDO
Dabigatrán	150mg/12h	110mg/12h	≥ 80 a Acr 30-49, Contraindicado con Acr<30 75-79 a + Riesgo Hemorrágico alto Gastritis, RGE, esofagitis.. Tto con verapamilo
Rivaroxabán	20mg/24h	15mg/24h	Acr 15-49 ml/min
Apixabán	5mg/12h	2,5mg/12h	Acr 15-29 ml/min 2 o + de: ≥ 80 años, peso ≤ 60kg, Creat>1,5
Edoxabán	60mg/24h	30mg/24h	Acr 15-50 ml/min Peso ≤ 60kg Tto con cilosporina, eritromicina, ketoconazol

Extraído de la Guía del 2020 de la Sociedad Europea de Cardiología.

Otro aspecto importante es que cuando pacientes anticoagulados deben ser sometidos a procedimientos invasivos o cirugía durante su estancia en urgencias, estamos más habituados al manejo de los antivitamina k y su antídotos (vitamina k y complejo protombínico), pero no nos sentimos seguros en cuanto a los ACOD. Hay que saber que tienen un inicio y un final de acción rápidos y que en el caso de hemorragia grave, solo en algunos casos, va a ser necesario el empleo de un antídoto. Actualmente ya hay uno aprobado para su uso en la práctica clínica (idarucizumab para dabigatrán) y en breve estará disponible el antídoto para rivaroxabán, apixabán y edoxaban (andexanet alfa). Para su manejo tenemos una guía de consenso de todas las sociedades científicas, que se publicó en el 2018 y que está recogida en la bibliografía.

“Todavía existe un 25% de los pacientes en los que está indicada la tromboprolaxis que siguen sin anticoagulación”

El papel del médico de Urgencias

“Los médicos de urgencias debemos ser punta de lanza para prescribir anticoagulación cuando esté recomendado y detectar pacientes que estén fuera de rango terapéutico”

Los médicos de urgencias debemos ser punta de lanza para prescribir anticoagulación cuando así esté recomendado y detectar pacientes que estén fuera de rango terapéutico, y no seguir la inercia de mantener el tratamiento.

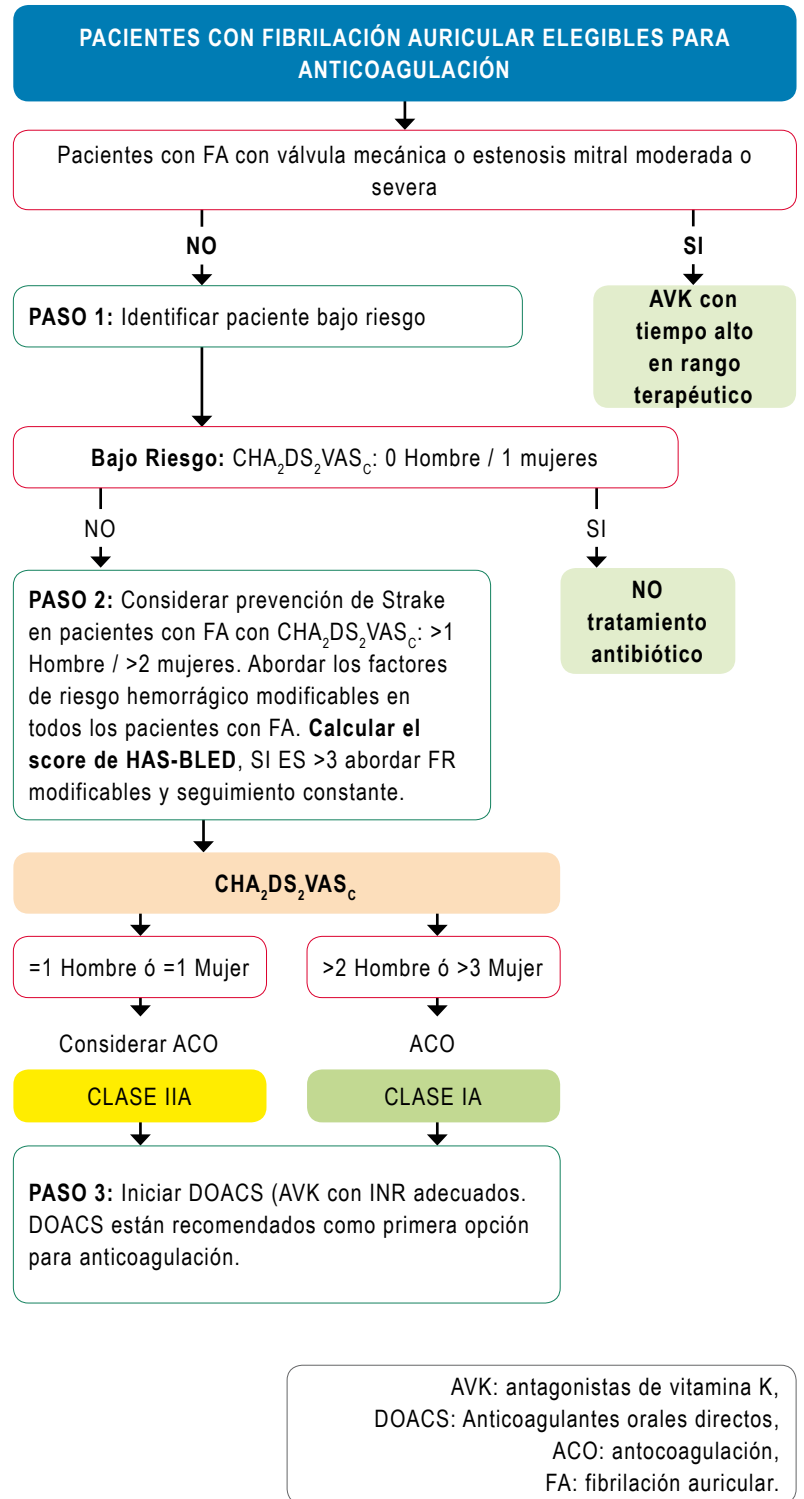
Debemos contribuir, junto con Atención Primaria y los especialistas (hematología, cardiología, medicina interna, etc.), a modificar el tratamiento a un ACOD si es que así está indicado; que no nos frene el miedo, puesto que el hecho de no hacerlo también supone un riesgo no desdeñable para nuestros pacientes sin conseguir la protección y provocando efectos deletéreos.

Por supuesto, para ello la formación es un pilar fundamental con el fin de conocer estos nuevos fármacos, su indicación y manejo.

Dada la evidencia convincente sobre los ACOD, los pacientes con FA deben ser informados de esta opción, estén o no dentro de la financiación, como también debe ocurrir con la enfermedad tromboembólica venosa en la que, a pesar de no estar dentro de financiación, sí existe indicación y cada vez más evidencia.

Estoy segura que estos tiempos de pandemia están suponiendo un empujón en el uso de los ACOD y entre todos los profesionales conseguiremos la optimización del tratamiento anticoagulante en un futuro próximo.

ANTICOAGULACIÓN: LA GUÍA DE LOS 3 PASOS



Extraído de la Guía del 2020 de la Sociedad Europea de Cardiología.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Pradaxa® Ficha Técnica. Disponible en: www.aemps.gob.es (CIMA).
2. Xarelto® Ficha Técnica. Disponible en: www.aemps.gob.es (CIMA).
3. Eliquis® Ficha Técnica. Disponible en: www.aemps.gob.es (CIMA).
4. Lixiana ® Ficha Técnica. Disponible en: www.aemps.gob.es (CIMA).
5. Informe de posicionamiento terapéutico UT/V5/21112016. Criterios y recomendaciones generales para el uso de los anticoagulantes orales directos (ACOD) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/criterios-anticoagulantes-orales.pdf>
6. Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, et al. 2012 Focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. *Eur Heart J.* 2012; 33: 2719-47.
7. January CT, Wann LS, Alpert JS, et al. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol.* 2014;64:e1-76.
8. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración con la EACTS Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular Desarrollada con la colaboración especial de la European Heart Rhythm Association (EHRA) de la ESC Aprobada por la European Stroke Organisation (ESO).
9. Comparación de la eficacia y seguridad de nuevos anticoagulantes orales con warfarina en pacientes con fibrilación auricular: un metaanálisis de ensayos aleatorizados. *Lancet* ,2014, mar 15 383(9921) 955-62.
10. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation (European Heart Journal 2020- doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612).
11. Perioperative and Periprocedural Management of Antithrombotic Therapy: Consensus Document of SEC, SEDAR, SEACV, SECTCV, AEC, SECPRE, SEPD, SEGO, SEHH, SETH, SEMERGEN, SEMFYC, SEMG, SEMICYUC, SEMI, SEMES, SEPAR, SENECA, SEO, SEPA, SERVEI, SECOT and AEU. *Rev Esp. Cardiología*,2018 71(7) 553-564.
12. Extended anticoagulation for VTE: a systematic review and meta-analysis, *Chest*, 2019, 155: 1199-121.

Premiada la investigación sobre pacientes itinerantes en el albergue municipal

Más de 100 profesionales en la edición virtual de las Jornadas de formación



***Dra. Maitane Tainta,
presidenta de namFYC.***

La Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria (namFYC) celebró sus XVI Jornadas Formativas, de manera virtual, a través de la plataforma de formación acreditada del Colegio de Médicos de Navarra durante los días 19 y 20 de noviembre.

Más de 100 profesionales de la Atención Primaria siguieron las Jornadas online que incluyó cuatro seminarios: Guía Terapéutica de Atención Primaria de la semFYC, por el Dr. Rafael Bartolomé; Tutorizando a los residentes en pandemia: tiempo de reinventarse, por la Dra. M^a Pilar Arroyo; Radiología del Tórax en Atención Primaria: Del paciente a la imagen, por la Dra. M^a José Redín y Habilidades de comunicación en consultas telefónicas, por la Dra. Ana Carmen San Martín.

En la clausura, también por video conferencia, participaron la consejera de Salud, Santos Induráin; el presidente del Colegio de Médicos, Rafael Teijeira; y la presidenta de namFYC, Maitane Tainta.

En su intervención, el Dr. Teijeira destacó el esfuerzo de sociedades científicas y profesionales por seguir formándose aún en pandemia y subrayó que “el Colegio de Médicos también ha tenido que innovar para seguir

prestando apoyo a la formación, en esta ocasión a través de su plataforma online de formación acreditada para dar continuidad a la formación de nuestros profesionales”.

Subrayó que es tiempo de reinventarse, pero también de poner en valor el papel de la Atención Primaria, “que está haciendo una importante labor en la contención del virus, a veces, poco reconocida. Y es tiempo de exigir respuestas urgentes a las necesidades demandadas”.

Por su parte, Maitane Tainta destacó que la covid-19 nos ha cambiado la forma de vivir y de hacer Medicina y resaltó el sobreesfuerzo de los profesionales que “casi sin preparación y sin medios, se han visto obligados a reorganizar y modificar estructuras y tiempos. La pandemia ha dejado una Medicina de Familia más fría de lo que nos gustaría”. Añadió que “el desgaste físico y psicológico está llevando a que profesionales, hasta ahora motivados y entregados, abandonen la consulta. El esfuerzo realizado está siendo poco valorado por los pacientes e incluso por otros compañeros de la Medicina y eso es lo que más duele”.

La Dra. Ana Carmen San Martín en el seminario sobre "Habilidades de comunicación en consultas telefónicas".



Objetivo de Salud:
mejorar la accesibilidad y recuperar presencialidad

En la clausura de las Jornadas, la consejera de Salud, Santos Induráin, destacó que "la Atención Primaria (AP) durante la pandemia es, ha sido y será el dique de contención, gracias a la gran cantidad de acciones que diariamente se han hecho y se hacen desde los Centros de Salud y Consultorios locales. Los profesionales de AP, sanitarios y no sanitarios, han trabajado intensamente y han demostrado su versatilidad y polivalencia sobradamente".

La consejera subrayó la apuesta del Gobierno de Navarra por dotar a la AP de mayor presupuesto, lograr un incremento de profesionales, pero también mejorar la accesibilidad y recuperar presencialidad. "En los presupuestos de este año hay un incremento relevante en la partida de AP" y seguiremos trabajando en lograr, entre todos, la reordenación de las estructuras, las normas y los procedimientos necesarios, para poder acometer con garantías una adecuada atención y lograr la satisfacción y orgullo de todos vosotros".

Recalcó que fortalecer la Atención Primaria de Salud era ya un objetivo estratégico al inicio de legislatura y "en ello estábamos cuando llegó el mayor reto sanitario y social al que nos hemos enfrentado". Adelantó que "en el plazo de tiempo más breve posible" y con la participación de sociedades científicas, colegios profesionales, sindicatos y usuarios principalmente, realizaremos "un análisis de situación de los problemas existentes, junto con un Plan de acción para superarlos y concretar la apuesta por la AP en la presente legislatura".

Consecuencias de la
pandemia en Primaria

La pandemia por SARS-CoV-2 ha obligado a la reorganización de la AP y la adopción de medidas como la implementación y uso de nuevas herramientas comunicativas o el teletrabajo. La consejera destacó que "en la mayor parte de los centros, se ha producido una mayor unión y una reinención de los equipos de Primaria. Los profesionales han buscado estrategias para poder dar atención a sus pacientes, entre las que caben destacar: cambios en los horarios de apertura de los centros de salud, adaptación de las tareas y lugares de trabajo, toma de decisiones compartidas y adaptación a los nuevos protocolos con cambios frecuentes".

En relación con las necesidades generadas por la pandemia, la gerencia de AP –subrayó Santos Induráin– ha llevado a cabo varias actuaciones: adecuación de espacios arquitectónicos; incorporación de más profesionales: enfermeras, administrativos.; aumento de canales en las centralitas; dotación de teléfonos móviles y de vehículos en las Zonas Básicas donde hay Puntos de Atención Continuada y Urgente (PAC), entre otras.

Se refirió a las consecuencias negativas que están generando algunos cambios y, en concreto, resaltó que "aunque se ha recuperado una parte de la actividad presencial y de visitas domiciliarias, hay gran variabilidad entre centros y profesionales. Esta situación ha provocado insatisfacción de una parte de la población, presumiblemente la de mayor edad y más vulnerable".

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

*La consejera de Salud,
Santos Induráin,
clausuró las Jornadas.*



Una Guía Terapéutica para una asistencia de calidad

Navarra es una de las ocho comunidades autónomas que ha implantado la Guía Terapéutica de Atención Primaria de la semFYC, en su versión electrónica integrada en el programa de historia clínica de AP (Atenea).

Rafael Bartolomé, médico de Familia en el Centro de Salud de Rochapea y miembro del Comité Editorial de la guía terapéutica de semFYC, repasó su uso con casos clínicos prácticos en uno de los seminarios.

Explicó que la Guía Terapéutica (GT) tiene como objetivo proporcionar información sanitaria científica, objetiva, completa y actualizada. Está orientada a conseguir una

asistencia terapéutica de calidad, basada en la mejor selección de medicamentos, según las evidencias disponibles. "Siete ediciones y su extraordinaria implantación en todo el territorio nacional avalan su rigor científico, siendo un libro ampliamente consultado por los médicos de familia, debido a su utilidad en la práctica clínica diaria", destacó el Dr. Bartolomé.

"La GT alcanza su máxima expresión -resaltó- cuando está integrada en la historia clínica. Abarca más de 400 problemas de salud y ante un diagnóstico propone, de forma no intrusiva, diferentes opciones terapéuticas. Sin duda alguna, esto consigue reducir la variabilidad y mejora, en todos los sentidos, la calidad de la prescripción".



*Rafael Bartolomé
y Javier Bartolomé
(moderador) en el
seminario sobre
Guía Terapéutica
de Atención
Primaria de la
semFYC.*

Premio de investigación para profesionales del Centro de Salud de San Juan.

Las Jornadas dedicaron dos sesiones para la defensa de los 36 casos clínicos y los 3 trabajos de investigación que se presentaron, un dato de especial relevancia en tiempos en los que la investigación ha quedado relegada por la urgencia de la pandemia.

El premio de investigación se concedió al estudio de las características médico-sociales en pacientes itinerantes (de corta estancia) alojados en el albergue municipal de Pamplona, realizado por profesionales del Centro de Salud de San Juan (Pamplona).

El estudio observacional premiado ha sido realizado por Claudia Viniegra Novoa, Diego Gil Martín, Blanca Sastrústegui Alzugaray, Ane Erdozain Larrañaga, Andrea Larrañaga Elizalde y Nahia Arraiza Gulina. La recogida de datos se realizó a través de encuestas cerradas desde octubre del 2019 hasta marzo de 2020 (ambos inclusive). Se atendieron 25 pacientes (un 88% fueron hombres) y con una edad media de 42,76 años.

En cuanto a la nacionalidad, la mayoría de los pacientes eran españoles (56%), de Marruecos (12%), de Venezuela (8%) y Argelia (8%), y en menor medida de Ecuador, Colombia, Portugal y Senegal. El 88% tenían cobertura sanitaria.

Dificultades en más de la mitad de las consultas

El número de pacientes atendidos fue bajo, según destacan las conclusiones del estudio, pero más de la mitad de las consultas (un 52%) fueron consideradas difíciles, principalmente por la falta de seguimiento posterior (en un 29,5% de los pacientes) y por la barrera cultural (en un 17,7%). Otros motivos de dificultad, aunque en menor porcentaje, fueron la existencia de patología mental concomitante, la relación con el médico de familia, la dificultad de acceso a la atención especializada, la barrera idiomática, el cumplimiento terapéutico y el desconocimiento de la Atención Primaria.

En la mayoría, la causa de la consulta fue social (en el 72% de los casos), sobre todo por solicitud de medicación (43,3%) o por informe de prórroga (13,3%).

Los motivos de consulta por patología fueron de causa genitourinaria (20%), cardiopulmonar (17,1%) e infecciosa (14,3%), principalmente. En menor porcentaje y de mayor a menor incidencia: digestiva, musculoesquelética, dermatológica, salud mental, higiénica y neurológica.

Los autores de la investigación subrayan que "hacen falta más estudios para mejorar la atención a estos colectivos".

La Dra. Isabel Ezpeleta muestra el diploma.

A continuación, entrega el premio.



Tutorizando a los residentes de Medicina de Familia en pandemia

◆ **Por la Dra. M^a Pilar Arroyo.**

Médico de Familia.
Centro de Salud de Huarte.

“Se necesitan dos piedras para hacer fuego”.

Louisa May Alcott.

Cuando hablamos de tutoría nos referimos a formación en actitudes y habilidades de los médicos residentes, basada en un aprendizaje activo, con supervisión y retroalimentación por parte de su tutor.

Esta actividad, que asumimos *en proximidad con*, nos la ha modificado la pandemia que obliga al distanciamiento, que nos limita espacios comunes de análisis y reflexión en la formación. También sabemos que el cerebro trabaja mejor en positivo y que el estrés dificulta el aprendizaje.

Desde esas premisas, en vista de la definición previa, nos planteamos como objetivos: revisar los aspectos del feedback docente en Medicina Familiar y Comunitaria y valorar alternativas posibles en nuestra tarea asistencial e instructiva ante los condicionantes que la pandemia covid-19 está suponiendo y todo ello en base a la revisión de la teoría docente al respecto y opiniones de otros foros/autores.

En este sentido, conviene recordar que *“la Medicina de Familia tiene un contenido clínico y también pesa la relación médico-paciente”* (I. McWhinney) y a la hora de formar al Médico de Familia son importantes otros aspectos y valores (Figura 1). Así, el objetivo docente se sitúa en “adelgazar la frontera existente entre los elevados conocimientos teóricos del MIR y la capacidad para aplicarlos ante el paciente”. En definitiva: capacitación.

De acuerdo al Programa de la Especialidad (POE) existen **entrevistas estructuradas** para ayudar al residente en momentos críticos; para evaluar su plan formativo individual; para realizar una valoración reflexiva de los dominios explícitos en los programas de las diferentes especialidades.

Y conviene recordar que el adulto aprende:

- Por **imitación**: Lo que hace/lo que dice/cómo lo dice.
- Por **inmersión** en el tema que interesa junto al docente.
- Por **contraste**: tus conocimientos versus criterios científicos/de autoridad, pero la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) no aporta guías personalizadas al paciente concreto.

Francisc Borrell^{1,2} nos recuerda el concepto de **pensamiento crítico**, dentro de una actitud profesional de aprendizaje continuo: someter nuestro proceso cognitivo a una metodología y unos estándares consensuados por la comunidad de expertos para mejorar la calidad del proceso. Destaca la importancia del “supervisor de tareas” personal. Integrar actitud de revisión y rectificación de nuestras consultas *“aporta valor al paciente y prestigia al profesional de Atención Primaria”*.

Feedback Docente:

“Es un proceso formativo y continuo, que presenta la información sin enjuiciar, para ayudar al que aprende a construir un conjunto de habilidades y comportamientos básicos” y que tiene como objetivo guiar al residente para conseguir los objetivos formativos. Siempre basado en el **respeto** y la **empatía**, aceptando a la persona tal y como es.

Para que ese feedback sea eficaz, el tutor se esfuerza por enseñar y transmite entusiasmo y como criterios^{3,4} debemos tener en cuenta que sea:

- Oportuno, a tiempo, inmediato...
- Concreto: sobre algo sucedido;
- Claro, específico (un aspecto en particular);
- Respetuoso con la autoestima del aprendiz;
- Suficiente, constructivo;
- Centrado en las necesidades del que aprende.

Cuándo realizarlo:

Cualquier oportunidad es buena para orientar casos problema, atentos a su necesidad: en el café, descanso, en los avisos, tras una sesión clínica/un trabajo, tras el pase de visita, incidente crítico (*).

Interesa destacar los pasos básicos del feedback docente (Tabla 1).

Tabla 1
PASOS FEEDBACK DOCENTE

1) AUTOEVALUACIÓN (favoreciendo la autorreflexión).

2) PRIMERO LO POSITIVO.

3) DESPUÉS LO MEJORABLE: buscando alternativas.

4) PLAN DE MEJORA a establecer y formular.

Y SIEMPRE con EMPATÍA Y RESPETO

(* *Concepto de Incidente Crítico*: Aquellos sucesos de la práctica cotidiana (extraídos de la propia experiencia) que nos impactan o sorprenden (por su buen o mal curso) y que motivan o provocan pensamiento (reflexión). Algunos ejemplos: error clínico de diagnóstico o tratamiento; RAM inesperadas; presentación atípica de una patología habitual grave; conflictos en la relación asistencial; cuestiones éticas en determinada intervención, etc.

Cómo se realiza:

- Tutor y residente realizan una actividad formativa individualizada.
- Revisan las posibles causas (falta de tiempo, presión asistencial, retraso en consulta, demanda múltiple, prejuicios o problemas previos con el paciente, ignorancia de algún dato).
- Valoración de las medidas correctoras del caso (buscar opciones y alternativas posibles, incluido apoyo bibliográfico).
- Definir cómo debería haber sido el proceso correcto de la toma de decisiones. Cómo debería haberse desarrollado la consulta.
- Elaboración de una reflexión aplicable a otros casos.
- Informe. Se puede incluir en la evaluación anual del residente.
- Finalmente, cabe realizar una sesión formativa con el Equipo de Atención Primaria para que aporten otras ideas y soluciones, ampliando la actividad docente a otros residentes.

Tabla 2
PUNTOS DE INTERÉS EN EL INCIDENTE CRÍTICO

El entrenamiento en análisis de incidentes críticos aplicado a la Medicina permite una formación continua desde el pregrado a la jubilación.

Permite detectar necesidades de formación clínica, comunicación y bioética.

El informe de autorreflexión o la reflexión grupal contextualiza experiencias laborales difíciles, facilitando la adquisición de habilidades y aptitudes, y la adopción de medidas organizacionales correctoras.

Útil como elemento reflexivo y evaluativo.

Formar en tiempos de pandemia

Centrándonos en la formación en tiempos de pandemia, Russell et al.⁶ comentan la experiencia previa en pandemias en diferentes momentos y lugares del mundo y cómo se planteó la necesidad de adaptación del sistema de cuidados y de aprendizaje tanto para los profesionales en activo como para el personal de formación, implementando innovaciones educativas y, de otro, Villén y compañeras⁷ exponen su experiencia con la *Medicina como Deporte de Equipo*. Los dos autores comentan la posibilidad de equipos de trabajo mayores (por ejemplo, salidas a domicilio por parejas: enfermera/MIR, 2 MIR, MF y MIR), uso de tecnología virtual para la enseñanza y comunicación del equipo, grabación de las llamadas telefónicas (con permiso) y colaboración con actividades de la comunidad, con especial atención a los pacientes más frágiles o dependientes menos accesibles en las consultas.

Ambos reclaman: espacios para cuidar a los cuidadores.

En la misma línea, en el reciente Congreso de semFYC en Valencia, tanto Unidades Docentes como Médicos Residentes se hacían eco de la necesidad de mejorar en tiempo, dedicación y formación de los docentes, de ampliar formatos con actividad virtual y más allá de los tutores designados. También reclamaban dejar de ser mano de obra barata en el sistema.

Salud digital y telemedicina

De acuerdo a lo anterior, se perfila la incorporación de la llamada "*medicina sin fonendo*" (M. Lalanda) y así como venimos haciendo en nuestra comunicación entre profesionales, se perfila y potencia a mayores esta actividad con los pacientes, para su monitorización y seguimiento a distancia (confidencialidad). No sustituye a la actividad presencial, pero la complementa y debe adaptarse, situándola en: *espacio* (agenda flexible), *tiempo* (sincrónica o asincrónica) y *persona* (cuidando de no desfavorecer a los más vulnerables). En este sentido debemos prestar atención a la confidencialidad y valorar atributos y riesgos de cada tipo de consulta: individual / en comunidad / presencial / domiciliaria / no presencia / telemática / email / videollamada⁸.

En definitiva, es un área de trabajo y formación a incorporar en nuestra tarea y, en ella, tutores y residentes debemos aprender y crecer.

La Tabla 3 ofrece conclusiones como síntesis de lo comentado y sugerencias en una tarea que la crisis de la pandemia viral ha venido a reconocer y valorar, y que está precisando apoyos y renovación.

La Dra. M^a Pilar Arroyo en el Seminario impartido en las Jornadas de namFYC. ▶

“La asistencia sanitaria solo será mejor si cada generación aporta lo mejor de sí misma. ¡Bienvenidos a uno de los oficios más antiguos, gratificantes y necesarios del mundo!”

J.L. Agud⁹.

Tabla 3
CONCLUSIONES-TUTORIZANDO EN PANDEMIA

- Espacios colaborativos docentes, propiciados desde las mismas Unidades Docentes.
- Colaboración en Docencia/Tutoría en sesiones para todos los MIR de un EAP (incluir EIR) y posibilidad de ampliar grupo de escucha/formación.
- Revisar listados de pacientes pluripatológicos/polimedicados/frágiles y crónicos para valorar su situación y la toma de decisiones (UBA ampliada).
- TIEMPO y ESPACIO en agendas de tutores y residentes (grabación/simulación/incidentes críticos...).
- Recoger experiencias con la comunidad y potenciarlas.
- Apoyo emocional (potenciando capacidad de control y adaptación).

SOCIEDADES CIENTÍFICAS



▼ Viñeta de Mónica Lalanda.



BIBLIOGRAFÍA

1. Borrell i Carrió F. Pensamiento crítico en los grados de ciencias de la salud. La importancia de educar en la percepción como vía para que el estudiante adquiera criterio. FOLIA HUMANISITICA. Revista de Salud, ciencias sociales y humanidades. 2018; 11 (febrero-marzo).
2. Borrell-Carrió F, Hernández-Clemente JC. Reflexión en la práctica clínica. RevClinEsp 2014; 214(2):94-100.
3. Rodríguez Salvador JJ, Arboniés Ortiz JC. El feedback como herramienta docente en la formación clínica 1ª parte. EducMed 2018;19(2): 120-124.
4. Rodríguez Salvador JJ, Arboniés Ortiz JC. El feedback como herramienta docente en la formación clínica 2ª parte. EducMed 2018; 19(3): 166-171.
5. Saura Llamas J. El incidente crítico. Un método para aprender y mejorar. Ponencia-Taller XVIII Congreso de Entrevista Clínica y Comunicación. Cartagena 2017.
6. Russell S, Ahuja N, Patel A et al. Equilibrando la atención al paciente y la formación de residentes en una pandemia. Doctutor 2020; julio.
7. Villén Jiménez A, Fraile Pascua I, Sánchez Mariscal D. El reto de la formación en tiempos de COVID-19. AMF (Muro de expresión)2020; 16 (7).
8. Peguero E. Confesiones durante una pandemia (parte 2). AMF 2020; 6.
9. Agud JL. Brújula para médicos noveles. RevClinEsp 2010; 210(5):237-242.

LIBROS

- Neighbour R. La consulta interior. Traduc española: JJ Rodríguez Salvador. semFYC 1998.
- Ruíz Moral R. Educación Médica. Manual práctico para médicos. Ed Panamericana 2009.
- Saura Llamas J. Manual de herramientas docentes para el tutor. EdicMediprint 2006.



V Encuentro SEMG Navarra

Vacunación en el adulto, covid, asma y EPOC



Dr. Manuel Mozota, presidente de la Sociedad Navarra de Médicos Generales y de Familia (SEMG Navarra).

▼ Dra. Isabel Jimeno, responsable del Grupo de Vacunas de la SEMG.



A pesar de las dificultades derivadas de la pandemia de coronavirus, el V Encuentro SEMG Navarra se celebró de forma semipresencial y con un notable éxito de seguimiento online por parte de numerosos médicos que pudieron actualizar sus conocimientos en materias como vacunas, coronavirus, asma y EPOC. Se celebró en el Colegio de Médicos de Navarra el 28 de octubre.

El Dr. Manuel Mozota, presidente de la Sociedad Navarra de Médicos Generales y de Familia, abrió el Encuentro afirmando que la SEMG Navarra envió a finales de septiembre una [carta donde insta al Gobierno de Navarra \[1\]](#) a vacunar contra el neumococo con la vacuna de la conjugada 13 valente, sobre todo, en pacientes de riesgo, mayores de 65 años, institucionalizados y profesionales sanitarios.

Precisamente, la Dra. Isabel Jimeno, responsable del Grupo de Vacunas de la SEMG, habló sobre la vacunación en el adulto y subrayó que el riesgo de neumonía neumocócica se multiplica entre un 3,8 y un 5,1 en el adulto con enfermedad cardíaca crónica. Del mismo modo, las enfermedades crónicas aumentan el riesgo de hospitalización por neumonía neumocócica; en concreto, la tasa de mortalidad a 10 años aumenta un 32,2%. “Un paciente con patología crónica y enfermedad neumocócica presenta mayor gravedad de eventos, empeorando su calidad de vida y con un mayor impacto económico”, advirtió Jimeno.

La coinfección bacteriana es otro problema que tenemos ahora con la pandemia de SARS-COV2 y con la gripe. El patógeno más frecuente en la coinfección bacteriana en pacientes infectados con gripe o coronavirus es el neumococo, de ahí la importancia de vacunarse del neumococo. Según la OMS, la vacunación del neumococo no es efectiva para no adquirir la COVID-19, pero aconseja vacunar a toda población de riesgo para evitar complicaciones.

[1] [Enlace a la carta:](#)



La Dra. Ana Mur habló del pasado, presente y futuro de la covid-19.

PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA COVID-19

La Dra. Ana Mur, médico de Atención Primaria, habló durante el V Encuentro SEMG Navarra del pasado, presente y futuro de la covid-19. Se informó de que en esta enfermedad hay tres fases: la inicial con síntomas leves, la pulmonar que provoca dificultad respiratoria e hipoxemia y la tercera, que es la inflamatoria y coagulopatía que es la más grave.

Se pusieron sobre la mesa las técnicas de diagnóstico como el PCR, que tiene falsos negativos y donde hay que poner especial énfasis en la realización de la muestra y en su procesamiento. Otra segunda técnica es la de detección de anticuerpos Ig M y Ig G. También está la detección precoz de antígenos que mejora el diagnóstico precoz y, por último, tests más específicos como el ELISA.

A nivel respiratorio, presenta una insuficiencia respiratoria hipoxémica, distrés agudo, inflamación, trombosis y fibrosis. Cardiológicamente presenta palpitaciones, arritmias, fibrilación auricular, síndrome coronario agudo y muerte súbita. Afortunadamente, parece que los tratamientos antivirales y el desarrollo de la vacuna nos plantean un horizonte esperanzador para el tratamiento y prevención de la enfermedad.

“El coronavirus está poniendo a los trabajadores al límite tanto a nivel físico como emocional teniendo cuestiones éticas que se deben resolver, pero la rapidez con la que nos han venido estos hechos hace que tengamos todavía muchas cuestiones pendientes”, según la doctora Mur. Cabe recordar que la Atención Primaria es el nivel asistencial donde más médicos han fallecido proporcionalmente.

ASMA Y EPOC

El Dr. Javier Campano, neumólogo del Complejo Hospitalario de Navarra, informó del infradiagnóstico del asma, siendo un problema importante para el control de los síntomas y porque el retraso del diagnóstico empeora la evolución de la enfermedad. El asma es una enfermedad inflamatoria crónica heterogénea, en la que debemos mantener un control de síntomas para prevenir las exacerbaciones, mejorar la función pulmonar y la calidad de vida del paciente.

Los ACO son asmáticos más sintomáticos y más exacerbados, lo que hace que tengan un mayor deterioro de la función pulmonar y de su calidad de vida, hay que tener especial cuidado en el exceso de utilización del SABA que es un dato de mal pronóstico, según el experto.

Para finalizar, el Dr. Javier Villuela, neumólogo del Complejo Hospitalario de Navarra, habló de la **EPOC una enfermedad común prevenible y tratable**, con una limitación del flujo aéreo, por exposición de partículas nocivas, siendo la más frecuente el tabaquismo. Su prevalencia es muy alta, llegando a los 210 millones en el mundo a pesar que hay un infradiagnóstico, sobre todo en mujeres, siendo la cuarta causa de mortalidad en el mundo.

El diagnóstico fundamental se realiza mediante la espirometría, donde se objetiva una obstrucción crónica con un cociente FEV/CVF menor del 0,7. El tratamiento es evitar la partícula nociva (dejar de fumar), se recomienda en general la doble broncodilatación a una doble terapia con corticoides ya que aumenta el riesgo de neumonía, aunque tenemos que individualizar el tratamiento a cada paciente EPOC. Se recomendó valorar la triple terapia en pacientes severos ya que puede producir una reducción de las exacerbaciones y tener un factor protector respecto a la mortalidad.



EUSKAL HERRIKO
PEDIATRIA
ELKARTEA

SOCIEDAD
VASCO-NAVARRA
DE PEDIATRÍA
(SVNP)

Niños con patología crónica compleja en Navarra: un nuevo modelo asistencial

Más de 100 profesionales siguieron la mesa redonda sobre “Atención personalizada pediátrica: más allá de la atención hospitalaria”, organizada por la Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría, a través de la plataforma de formación online del Colegio de Médicos de Navarra y celebrada el pasado 11 de noviembre. Participaron como ponentes profesionales con amplia experiencia en el tema.

La Dra. Nuria Clerigué, vocal de la Junta de la SVNP, Jefa de Sección de Urgencias de Pediatría del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) y moderadora del evento, resume lo más destacable de la reunión.



▲ Sergio Aguilera y Nuria Clerigué (moderadora).

LA UNIDAD DE PATOLOGÍA CRÓNICA COMPLEJA PEDIÁTRICA DEL CHN

Comenzó la mesa redonda con la Dra. Elena Aznal, especialista en Gastroenterología, Metabolismo y Nutrición pediátrica y coordinadora de la Unidad de Patología Crónica Compleja de la Infancia (UPCCI) del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) e Itziar Peñas, enfermera de enlace de Pediatría de dicha Unidad. Destacaron que en las últimas décadas estamos asistiendo a un cambio epidemiológico en relación a las patologías prevalentes en la edad pediátrica y a una mejora en la supervivencia en niños con patologías graves. Todo ello conlleva un aumento en la complejidad y cronicidad de las mismas, y un incremento significativo de pacientes con patología crónica compleja. Este escenario ha llevado a implantar en Navarra la Estrategia de Atención Integrada al Paciente Crónico y Pluripatológico, acorde al Plan de Salud de Navarra 2014-2020. En octubre de 2017 se constituyó un Grupo de Trabajo para desarrollar la implantación de dicha Estrategia en la Infancia y posteriormente, en junio de 2019, se puso en marcha la Unidad de Patología Crónica Compleja Pediátrica.

Explicaron que los niños con patología crónica compleja presentan múltiples problemas crónicos, que afectan a varios sistemas y producen limitaciones funcionales graves, lo que conlleva una elevada necesidad de cuidados, un gran impacto en las familias en cuanto al tiempo dedicado al cuidado, una dependencia de tecnología o la necesidad de tratamientos complejos y alto consumo de recursos sanitarios. Se trata de una población emergente que, por ejemplo, en Estados Unidos afecta a menos del 1% de los niños, aunque representan el 10% del total de los ingresos e implica la utilización del 90% de los dispositivos tecnológicos utilizados en Pediatría.

Tras la presentación de este tipo de pacientes, **Mar Astiz**, trabajadora social de la Unidad, subrayó que se trata de niños y familias en situación de vulnerabilidad, que precisan una valoración de discapacidad y dependencia así como un amplio soporte social, emocional y médico. Refirió que es necesario un abordaje integral del niño, en el seno de su familia y de su comunidad. Ofreció una visión sobre cuáles son los factores de vulnerabilidad y riesgo social. Además, comentó el modo en el que realiza la valoración, el diagnóstico de necesidades sociales y la planificación de los objetivos, tratando de mantener un nexo con Trabajo Social de Atención Primaria.

La Dra. Elena Aznal subrayó que el valor añadido de esta Unidad es la valoración integral del niño. La coordinación se lleva a cabo por la pediatra de referencia y la enfermera de enlace, y en el seguimiento de estos pacientes intervienen también las Secciones de Neuropediatría, Neumología, Gastroenterología, así como y otras especialidades pediátricas que también tienen un papel primordial. Además, la atención integral es interdisciplinar y cuenta con la participación de otras especialidades no pediátricas como Psicología Clínica, Trabajo Social, Nutrición-Dietética, Cirugía Pediátrica, Rehabilitación y Traumatología Infantil, entre otras. En el ámbito sanitario extrahospitalario, profesionales de Pediatría, Enfermería y Trabajo social de Atención Primaria son fundamentales en el seguimiento de estos niños.

Los objetivos que se plantean desde esta Unidad son la planificación del tratamiento y la coordinación entre las diferentes subespecialidades. En este proceso es fundamental el acompañamiento a las familias desde el diagnóstico de la enfermedad y, en los casos que así lo

*Elena Aznal, Itziar Peñas,
Mar Astiz y Nuria Clerigué.*



requieran, también en el fallecimiento y en el duelo. Uno de los principales objetivos es el establecimiento de planes de actuación en aquellos pacientes con enfermedades irreversibles con el fin de mejorar la calidad asistencial.

Explicó que, desde el punto de vista digestivo, las afecciones más frecuentemente observadas en estos pacientes son disfagia, estreñimiento, sialorrea, náuseas y vómitos, anorexia y reflujo gastroesofágico. A todos los pacientes de la Estrategia se les realiza una valoración nutricional por parte del Servicio de Dietética, que hace una adecuada calibración de la dieta y emite las recomendaciones nutricionales. Algunos de estos pacientes precisarán en su seguimiento soporte nutricional enteral o parenteral a través de sondas de alimentación, gastrostomías o catéteres centrales.

Destacó el fuerte contenido emocional relacionado con la alimentación en estos niños. Se trata de uno de los vínculos más estrechos en la relación padre/madre-hijo/hija, por lo que el tránsito de la alimentación oral a la alimentación por sonda o gastrostomía ha de realizarse con suma delicadeza y comprensión, ya que supone en muchos casos la ruptura de este vínculo.

Itziar Peñas, enfermera de enlace, ofreció datos sobre el alcance de esta población. En la Comunidad Foral de Navarra, la población infantil (de 0 a 19 años) a 1 de enero de 2020 se estima en 136.059 niños. De éstos, y en base a la prevalencia estimada, entre 135 y 216 padecen una enfermedad amenazante o limitante para la vida. El 30% lo constituyen los pacientes con cáncer y el 70% restante presentan otras patologías. En el periodo comprendido entre junio de 2019 a octubre de 2020, se valoraron en la Unidad de Patología Crónica Compleja del CHN un total de 150 niños, de los cuales cumplen la definición de paciente pediátrico médicamente complejo un 56%.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ABORDAJE DESDE LA NEUROLOGÍA Y NEUMOLOGÍA

El **Dr. Sergio Aguilera**, neuropediatra del CHN, destacó que más del 90% de los niños incluidos en la Estrategia presentan patología neurológica que se corresponde con un perfil amplio de enfermedades, entre las que se incluyen: enfermedades heredo-degenerativas o metabólicas, malformaciones cerebrales, síndromes genéticos con discapacidad severa, daño cerebral adquirido, enfermedades neuromusculares, parálisis cerebral infantil, encefalopatías sin filiar y lesiones medulares. En este sentido, la valoración neurológica del niño en cuanto a los trastornos motores y del tono muscular, la epilepsia, las alteraciones del sueño y las alteraciones de conducta o irritabilidad, resulta fundamental.

Además, resaltó que es esencial que el entorno sanitario se coordine con los educadores y con los terapeutas del paciente en sus diversas etapas de la vida, desde el equipo del Servicio de Atención Temprana (0-3 años) hasta los educadores y terapeutas de los centros educativos (a partir de los 3 años), que son coordinados a su vez por el Centro de Recursos Especiales de Navarra (CREENA).

La **Dra. Natividad Viguria**, neumopediatra del CHN, señaló que en épocas pasadas la complejidad en el manejo de estos niños implicaba que tuviesen que permanecer en el hospital durante largos periodos de su vida. En contraste, en las últimas décadas se ha producido un movimiento

de estos pacientes desde la atención hospitalaria a la atención domiciliaria. Esto ha mejorado la calidad de vida del niño y su familia, ha transformado su asistencia médica y, además, ha disminuido el coste sanitario. Destacó que se observa una tendencia cada vez mayor en la utilización de dispositivos tecnológicos médicos en el hogar, fundamentalmente para soporte respiratorio (traqueotomía) y soporte digestivo (gastrostomía). Este uso, cada vez más frecuente, ha precisado que estos dispositivos hayan sido adaptados a los niños más pequeños.

Indicó que los principales problemas respiratorios incluyen aspiración pulmonar y neumonías recurrentes (por disfagia de origen neurológico), tos ineficaz, trastornos respiratorios asociados al sueño e insuficiencia respiratoria por fallo de la bomba ventilatoria, que puede progresar y precisar la utilización de dispositivos médicos en domicilio como la ventilación no invasiva, el aspirador de secreciones y el asistente mecánico de tos. Por ello, se precisa la formación de la familia en el manejo de los mismos y la capacitación para la resolución de las principales complicaciones que puedan surgir como forma de garantizar la seguridad del niño. Otro aspecto señalado es que, siendo la escolarización un derecho fundamental para la integración en la escuela, es necesaria la formación del cuidador y del profesorado.

Participantes en la mesa redonda.



HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

El Dr. Jesús Sánchez, coordinador de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) del Hospital de Universitario de Cruces, explicó cómo la Hospitalización a Domicilio Pediátrica se ha convertido en una excelente alternativa a la hospitalización convencional, que es capaz de dispensar asistencia de rango hospitalario en el domicilio del paciente, cuando éste ya no precisa de la infraestructura hospitalaria pero sí vigilancia activa y asistencia compleja. Para esta función se sirve de su domicilio como lugar en el que se realiza la actividad asistencial y se llevan a cabo las terapias y cuidados necesarios, convirtiéndolo así en un arma terapéutica. Todo esto permite permanecer en su domicilio a enfermos con patologías tanto crónicas como agudas, rodeados de sus familiares y en su entorno, sin dejar de recibir la atención especializada que precisan.

En su segunda ponencia, Jesús Sánchez abordó el tema de los Cuidados Paliativos en el Paciente Pediátrico (CPP) de una forma serena, clara, fruto de una profunda reflexión. El enfoque paliativo, definido cómo la atención al paciente, que acepta la irreversibilidad del proceso que padece y la probabilidad de muerte como acontecimiento vital, sin privarle de lo que sea necesario para estar bien, se resume en una atención holística.

Los CPP reúnen una serie de características, como son: 1) Tratar de proporcionar cuidados de confort (que sean aplicables desde las primeras fases de la enfermedad) junto a otras terapias y en todos los escenarios de atención (Primaria, Hospital, Domicilio, Centros de día). 2) Deben incluir a los pacientes y a sus familias en la toma de decisiones. 3) Para llevarlos a cabo es necesario un equipo que trabaje de forma interdisciplinar, utilizando los recursos disponibles en la comunidad.

Los CPP pretenden conseguir la atención integral centrada en el niño y su familia y han de englobar las dimensiones física, social, psicológica y espiritual, con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de vida de todos ellos en la medida de lo posible, y promocionando su autonomía mediante una atención continuada e individualizada. Tenemos que recordar que "proporcionar CPP es agregar VIDA a los años del niño o niña y no sólo años a su vida".

Su charla finalizó con una serie de testimonios de familias que, atravesando esta situación tan cruda, agradecen la asistencia médica prestada.



El Dr. Jesús Sánchez, coordinador ▲ de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) del Hospital de Universitario de Cruces, en el webinar.

AGRADECIMIENTOS

Los pediatras que participaron en la Reunión online manifestaron el gran interés de la actividad y felicitaron a sus organizadores: la Dra. Nuria Clerigué, vocal de la Junta de la SVNP y Jefa de Sección de Urgencias de Pediatría del CHN; Fidel Gallinas, pediatra de Urgencias del CHN y webmaster de la SVNP; y Blanca Erice, vicepresidenta de la Junta de la SVNP y pediatra de Atención Primaria de Pamplona.

Este modelo de atención planteado precisa del abordaje interdisciplinar de muchos profesionales y puede ser exportado a otros hospitales. Para mejorar la calidad de vida del niño y familia, y conseguir una adecuada integración en su entorno familiar y escolar, debe existir una perfecta coordinación entre los pediatras de Atención Primaria, Centros de Día, Atención Especializada Hospitalaria, terapéutas y educadores.



◆ **BEGOÑA BERMEJO FRAILE.**
Doctora en Metodología de
Investigación Biomédica.

Hace muy poco descubrí que individuo quiere decir in-divisible, aludiendo al hecho de que la salud física es inseparable de la salud emocional. En este artículo describo algunos efectos psicológicos que pueden acompañar al tratamiento médico, y para ello me baso fundamentalmente en los ensayos clínicos. Si damos un fármaco a un grupo de pacientes hipertensos y al cabo de un tiempo observamos que la tensión arterial ha disminuido, ¿todo el efecto se debe al fármaco?. No lo podemos saber, porque la tensión arterial también ha podido disminuir como parte de la evolución natural de la enfermedad, o por el efecto placebo (directo o inducido por el médico), o por el efecto Hawthorne, etc.

EL PLACER ES MÍO

Los científicos dicen que estamos hechos de átomos, pero a mí un pajarito me contó que estamos hechos de historias (Eduardo Galeano).

Evolución natural de la enfermedad. Se refiere al hecho de que una enfermedad puede evolucionar de determinada manera independientemente de que intervengamos en ella, aunque lo cierto es que las cosas no ocurren porque sí, algo ha debido suceder para que los pacientes empeoren o mejoren "sin más", sólo que en muchas ocasiones desconocemos ese algo.

La vida es una marioneta del tiempo en la medida en que cambia a cada instante, cambia el mundo interior y el exterior, de forma que no somos los mismos dos instantes seguidos (Aldous Huxley).

El **efecto placebo** (del latín *placere*) es el beneficio sobre la salud que produce la administración de una pastilla, una terapia o una simple afirmación... y que no se debe al efecto específico del tratamiento. Está relacionado con el poder de sugestión y es muy variable en su presentación, ya que depende de la personalidad del paciente, de su confianza en los médicos, de sus creencias y expectativas, etc. Este efecto (junto al efecto Hawthorne descrito más adelante) puede explicar en parte por qué los pacientes del grupo control de un ensayo, aquéllos que han recibido un placebo, en ocasiones tienen mejores resultados que los que no han participado en el estudio.

Si la mente está ocupada con pensamientos positivos, es más difícil que el cuerpo enferme (Dalai Lama).

También puede ser el médico quien, con sus palabras de aliento y confianza, facilita el camino a la mejoría, porque la convicción que tenga respecto a la efectividad del fármaco que prescribe puede transmitir una poderosa expectativa a un paciente esperanzado. Se conoce como **efecto placebo por poderes**.

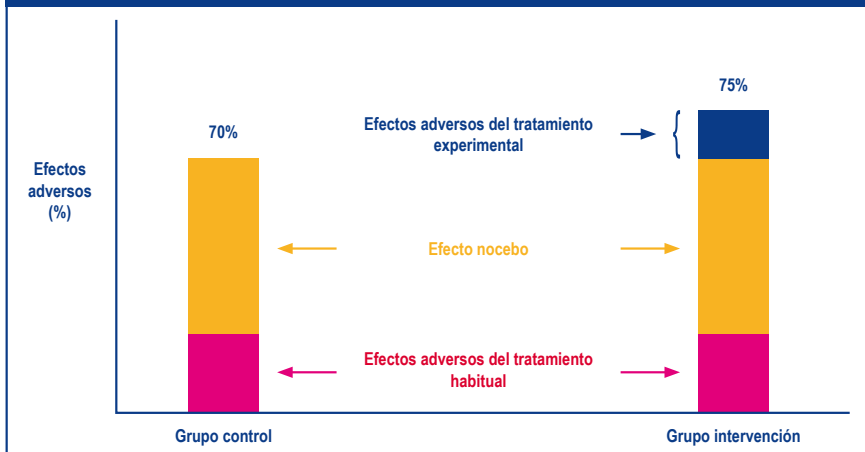
Una palabra dicha con bondad puede suponer el calor de tres meses de invierno (Proverbio japonés).

En el extremo opuesto está el **efecto nocebo**, los efectos negativos de un tratamiento también por simple sugestión. No hace mucho leía los resultados de un ensayo clínico y me sorprendió ver que los efectos adversos se presentaban en el 75% de los pacientes del grupo intervención (recibían el tratamiento habitual más el fármaco experimental), y en el 70% de los pacientes del grupo control (añadían al tratamiento habitual un placebo). La diferencia entre ambos grupos, 5%, refleja los efectos adversos atribuibles al fármaco que se está probando, pero hay un 70% de efectos adversos para los que tiene que haber otra explicación: quizás el tratamiento basal ya tenía muchos efectos adversos, pero éstos

también podían deberse al efecto nocebo, porque estos pacientes, al participar en un ensayo, conocían muy bien todos y cada uno de los posibles efectos adversos, y quizás fue ese conocimiento el que jugó en su contra.

En lo que pensamos, justo en eso nos convertiremos (Buda).

Efectos adversos



El **efecto Hawthorne** debe su nombre a la empresa Hawthorne Works, donde el psicólogo y sociólogo Elton Mayo llevó a cabo unos experimentos para ver si cambiando las condiciones ambientales de la fábrica aumentaba la productividad de los trabajadores. Comprobaron, por ejemplo, que mejorando un poco la iluminación mejoraba la productividad; si mejoraba un poco más la iluminación, mejoraba todavía más la productividad; pero es que si empeoraba la iluminación, volviendo a los niveles iniciales, seguía mejorando la productividad. Concluyeron que la productividad no estaba relacionada con la iluminación, sino con el hecho de sentirse estudiado, o más bien con

el hecho de sentirse cuidado. En el campo médico, sólo por participar en un ensayo clínico, donde muy probablemente el paciente va a ser controlado/cuidado de forma periódica y exhaustiva, ya puede tener efectos beneficiosos.

No nos afecta lo que nos sucede, sino cómo reaccionamos a lo que nos sucede (Epicteto).

Este efecto siempre me inspira cierta ternura, imaginándome a esos trabajadores tan motivados solo por pensar que se están preocupando por su bienestar, y también porque me recuerda a mi hija aprendiendo a caminar: primero de mi mano, después agarrada a una servilleta que

yo también cogía del otro extremo, hasta que yo soltaba la servilleta... y entonces continuaba ella sola, con la servilleta en alto, cual abanderada triunfadora.

Somos fácilmente engañados por aquellos a quienes amamos (Molière).

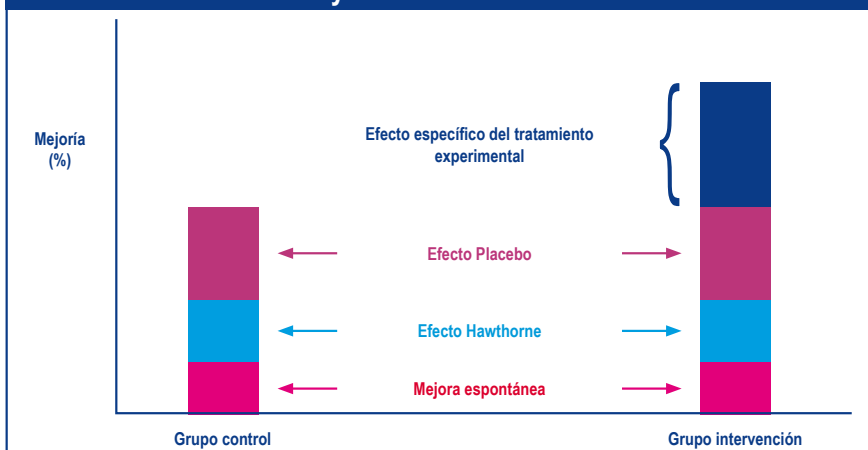
¿Qué porcentaje del efecto final corresponde a cada uno de estos efectos? Difícil saberlo. Prácticamente sólo podemos medir, por comparación, el efecto específico del fármaco o la intervención que estemos probando. De hecho, éste es el motivo por el que se realizan ensayos "aleatorios controlados": controlados porque hay un grupo

EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICA

control de comparación y aleatorios porque, con el fin de conseguir grupos de similares características basales, la distribución de los sujetos en los grupos a comparar se hace al azar. Se supone que todos estos efectos nombrados (evolución natural, efecto placebo, efecto Hawthorne...) afectan por igual a los dos grupos en comparación, de modo que si al final hay diferencias en los resultados, éstas sólo pueden ser atribuidas a lo único que los diferencia, y es que un grupo toma el fármaco experimental y el otro no.



Ensayo aleatorio controlado



Es más, parece que en un ensayo clínico lo único que importa es saber cuánto es el efecto específico del fármaco que estamos probando, y no cuánto se debe, por ejemplo, al denostado (del latín *dehonestare*) efecto placebo. Y es que el término placebo no tuvo un buen comienzo. Se originó en un salmo que se cantaba en la Edad Media en los funerales y que empezaba con la frase "Placebo Domino in regione vivorum" (*Agradaré al Señor en la tierra de los vivos*). Como en esa época los familiares del difunto pagaban a plañideras para que cantasen y llorasen a sus muertos, el término se asoció al concepto de

simulación o fraude. Y así ha llegado hasta nuestros días, y se ha instalado, creo que muy cómodamente, la idea de que un placebo es un engaño, un tratamiento falso, cuando a mí personalmente me encantaría saber a qué botón hay que darle para activar este efecto y devolverle así el honor que creo que se merece.

Después de haber recorrido el mundo entero en busca de la felicidad, te das cuenta de que estaba en la puerta de tu casa (Proverbio africano).

Como resumen, y poniendo el foco en lo positivo, son varios los niveles a los que podemos actuar: podríamos creer que no influimos sobre el efecto específico del fármaco -eso se lo dejamos a la industria farmacéutica- pero sí podemos elegir qué fármaco dar o no dar, o más bien qué fármaco proponer o no proponer; podemos activar el efecto placebo por poderes, convenciendo al paciente, si primero estamos convencidos nosotros, de lo bien que puede ir un tratamiento; y podemos hacer que el paciente se sienta cuidado y activar así el efecto Hawthorne.

El mayor placer que conozco es hacer una buena acción sigilosamente y que se descubra por accidente (Charles Lamb).

amim

Correspondencia: _____

Begoña Bermejo Fraile.

Asesoría en Metodología de Investigación en Medicina

E-mail:

bbermejo_amim@hotmail.com



CLEN College

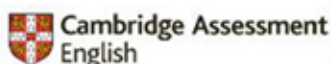
CLEN College

CENTROS LINGÜÍSTICOS

INTENSIVOS CAMBRIDGE

CONVOCATORIA MARZO

INSCRIPCIÓN ONLINE EN CLENCOLLEGE.ES



TU CLASE ONLINE O PRESENCIAL

	FECHA INICIO Y FIN	DIAS SEMANA	HORARIO	PRECIO	EXAMEN ESCRITO	CENTRO
PET	12/01-04/03	Martes , miércoles y jueves	10,30-12,30h	434 €	06-mar	ROCHAPEA
PET	15/01-05/03	Viernes	17,00-20,30 h	308 €	06-mar	ROCHAPEA
FCE FOR SCHOOLS	15/01-05/03	Viernes	16,15-19,45H	308 €	06-mar	BAJA NAVARRA
FCE	12/01-11/03	Martes , miércoles y jueves	10,30-12,30h	488 €	13-mar	ROCHAPEA
FCE	12/01-11/03	Martes y Jueves	18,30-20,30h	380 €	13-mar	BAJA NAVARRA
FCE	15/01-5/03	Viernes	17,00-20,30h	308 €	13-mar	ROCHAPEA
CAE	12/01-11/03	Martes , miércoles y jueves	10,30-12,30h	488 €	13-mar	ROCHAPEA
CAE	12/01-11/03	Martes y Jueves	18,30-20,30h	380 €	13-mar	BAJA NAVARRA
CAE	15/01-5/03	Viernes	17,00-20,30h	308 €	13-mar	ROCHAPEA

EL PRECIO INDICADO EN LA TABLA INCLUYE LA MATRÍCULA

CUPÓN DESCUENTO 15% MÉDICOS

Escribe tu cupón para que se te haga el descuento según el nivel:

PET: clen15pet FCE for schools: clen15fceforschools

FCE: clen15fce CAE: clen15cae



LA MEDICINA RURAL EN LA FORMACIÓN DE GRADO

LA EXPERIENCIA DE
CUATRO ESTUDIANTES
EN CENTROS DE SALUD
RURALES DE NAVARRA.

Terminan este año su formación en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra y han elegido un centro de salud rural para completar su formación. Sara Mesa, Alba Pinto, José Javier Mateos y Violeta Ukar nos hablan de su experiencia en un ámbito que les permite vivir la Medicina en estrecho contacto con el paciente y su entorno.

Reportaje coordinado por:

- **Margalida Cañellas,** estudiante de cuarto de Medicina.

SARA MESA:

“LOS PACIENTES
SE MOSTRABAN
MUY DISPUESTOS
A COLABORAR”



-¿Qué ha sido lo mejor y lo peor de tu experiencia?

- Lo mejor de mi experiencia en el centro de salud de Tafalla fue, sin duda, la atención y la docencia recibidas. Al ser la única alumna del centro, todos los profesionales se volcaron en enseñarme lo máximo posible. Pude atender tanto consultas de medicina de familia, como de pediatría y urgencias. Tuve incluso la oportunidad de aprender a suturar, hacer curas y sacar sangre gracias a la paciencia de las enfermeras que también me acogieron con gran cariño.

Otra ventaja del centro rural es que el médico conoce de forma muy estrecha a los pacientes, lo cual logra una gran relación médico-paciente. Esto generaba un ambiente de confianza óptimo no sólo para realizar una buena historia clínica sino también para la enseñanza, ya que todos los pacientes se mostraban muy dispuestos a colaborar (dejándose examinar por la alumna, por ejemplo).

Lo que menos me gustó fue quizás las pocas consultas que había a veces, sobre todo en pediatría. Debido a la pandemia han aumentado mucho las consultas telefónicas, pero creo que eso se debía más a la situación actual que al propio centro en sí.

Otra desventaja es quizás lo lejos que queda de Pamplona. Sin coche propio es prácticamente imposible poder hacer prácticas en un centro rural lo cual me parece una pena ya que todo estudiante de medicina debería

poder tener la oportunidad de realizar este tipo de prácticas.

Como resumen, lo que más me ha gustado es haber conocido un tipo de medicina diferente, con un trato al paciente mucho más cercano y manteniendo una visión holística del mismo. Con el añadido de que en un centro rural muchas veces el equipo es limitado y tienen que atender urgencias domiciliarias a varios kilómetros de distancia, alterando así el tipo de jornada al que uno está acostumbrado a ver en el hospital.

En definitiva, lo considero una experiencia muy positiva y recomendable para todo estudiante de medicina.

ALBA PINTO:

**“ES EL FINAL
PERFECTO PARA
COMPLETAR
NUESTRA
FORMACIÓN”**



-¿Qué te ha enseñado la medicina rural?

-Si tuviese que definir en unas palabras lo que ha supuesto en mi formación como médica la rotación en medicina rural diría que esencial. La medicina rural nos aporta a las estudiantes la oportunidad de tener una relación no solo más estrecha con el paciente si no que nos permite implicarnos en el resto de escenarios que le rodean, sobrepasando la barrera de la consulta y los quince minutos de cada cita para hacer una inmersión en la familia, los ritmos vitales, la rutina, la casa... Esta clase de aspectos son matices etéreos que se nos escapan en otras rotaciones. La medicina rural, con sus ritmos sosegados y la cercanía que la caracteriza, es el toque final perfecto para completar nuestra formación como médicas, un auténtico proceso de inmersión en el tan denominado modelo bio-psico-social.

A lo largo de todas nuestras pasantías hospitalarias hemos podido ver cómo a veces la práctica asistencial diaria se mecaniza, convirtiéndose en ocasiones en una procesión de expedientes y aplicación algorítmica.

La medicina rural me recuerda que la carrera que elegimos hace ahora seis años es la atención médica integral, compleja y completa, una mezcla de saber científico y mano emocional que se combinan para hacer un equilibrio perfecto.



JOSÉ JAVIER MATEOS:



“PERMITE UNA
RELACIÓN
MÉDICO-
PACIENTE ÚNICA
Y ESPECIAL”

-Si tuvieras que destacar un aspecto de esta pasantía, ¿cuál sería?

-Algo que me ha llamado la atención durante mi estancia en el centro de salud rural, es la cercanía que todo el personal del centro tiene con los pacientes. Esta experiencia ha sido una buena oportunidad para ver, escuchar, sentir y practicar una relación médico-paciente única y especial, que abarca todo el proceso de enfermar y, en muchos casos, de recuperar la salud con una atención continuada en la vida de los pacientes.

Es común en el día a día de la medicina rural, que sea el médico quien se desplace al domicilio del paciente. He tenido la oportunidad de acompañar en varias ocasiones al médico en estas visitas, lo que me ha permitido observar de cerca la realidad del día a día de los pacientes.

En medicina es fundamental la prevención mediante el control de factores de riesgo, por ejemplo, de la enfermedad cardiovascular. En mi opinión, para lograr una buena prevención, es fundamental conocer el entorno del paciente fuera del ambulatorio, ya que es donde mayor tiempo pasa.

Con la sobrecarga de la atención primaria y el reducido tiempo por consulta, más ahora en época de pandemia, visitar el entorno del paciente se hace cada vez más difícil. La medicina rural ofrece ese plus en la prevención de muchos pacientes y cumple además una función de detección precoz de estos factores de riesgo.

Las visitas a domicilio suponen además una preparación previa para el médico, que al salir del ambulatorio deja atrás el acceso a la historia clínica de los pacientes, medicación, dispositivos... y todo aquello que no sea transportable en una mochila o maletín.

Aunque a priori pueda parecer una limitación, ofrece ventajas al separarnos de la pantalla y tener delante a un paciente con el que hablar, nuestras manos y fonendoscopios para explorar y un amplio abanico de decisiones con cada paciente que, gracias a esa relación tan estrecha, es realmente único.

Sello Homenaje al Médico Español Madrid, 1981. Beecham. Dibujo: Luis Rodríguez Puertas (Real Academia Nacional de Medicina).



VIOLETA UKAR:

“SIN UNA BUENA
MEDICINA
COMUNITARIA,
LOS HOSPITALES
NO FUNCIONAN”



-Y tú, ¿qué quieres ser?

-Hace poco menos de seis años, allá por 2015, estaba decidiendo mi futuro. La pregunta sobre la carrera que iba a escoger estaba en boca de familiares y amigos. Siempre lo he tenido bastante claro. Cuando me preguntaban qué quería ser de mayor, contestaba con absoluta convicción: quiero ser médico. El poder ayudar a los demás me parece una de las profesiones más bonitas que existen. Ahora, a punto de concluir 2020 y mis últimos meses como estudiante de medicina, la pregunta que más escucho no es lo que voy a estudiar, sino qué especialidad quiero escoger. Cirujana, cardióloga, neuróloga, pediatra... la mayoría de la gente hace un repaso sobre las especialidades pero pocos preguntan sobre sí me gustaría ser médico de familia.

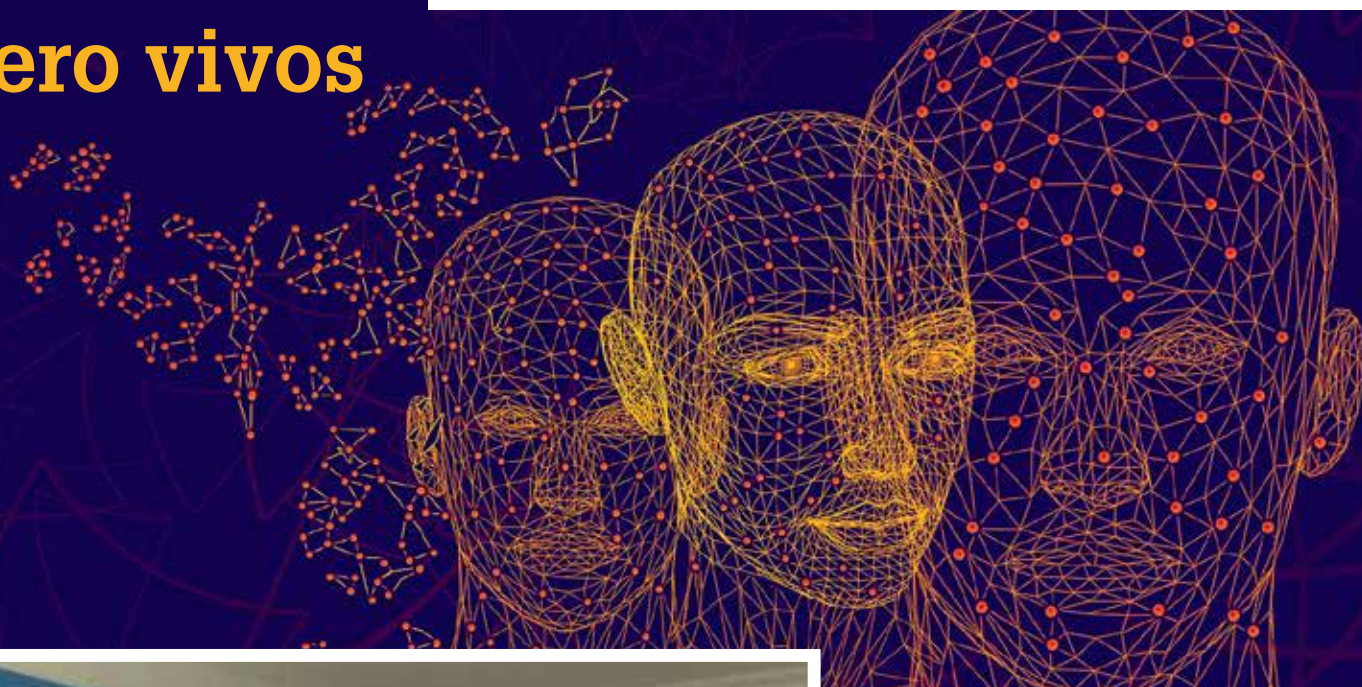
Parece mentira que a pesar de que la mayor parte de la población pisa el hospital tres veces contadas en su vida, pero acude a su centro de salud innumerables veces, pregunte más sobre esas especialidades que por aquella que conocen de primera mano. Todos hemos acudido a nuestro médico de cabecera por un dolor de garganta por ejemplo, pero ¿conocemos como pacientes a algún cirujano, dermatólogo o neumólogo? Posiblemente poca gente, y mejor que no los conozcamos porque eso significa que conservamos en perfectas condiciones nuestro estado de salud.

Este año hemos cursado la asignatura de Atención Primaria. Cuando el profesor preguntó en clase (aproximadamente unos 150 alumnos presentes) quiénes de nosotros queríamos dedicarnos a la Atención Primaria, ni un 5% levantó la mano. Quizás sea por pereza, porque todavía no sabemos qué especialidad queremos o porque mejor no decir nada, que en el examen MIR juegan muchos factores y no hay que cerrarse puertas. De todas formas, más de la mitad de mi promoción nos dedicaremos a esta especialidad, ya sea por propia convicción o simplemente porque es lo que toca.

Es una pena que entre la gente de a pie e incluso entre los propios médicos se desprestigie la medicina de familia. El hecho de no saber mucho sobre algo y lo suficiente sobre muchas cosas, te convierte en menos a los ojos de los demás. Médico de pueblo, esa es la etiqueta. Se nos llena la boca cuando hablamos de esas especialidades, pero sobre ésta mejor hablar con boca pequeña y voz baja. Es cierto que esta situación que estamos viviendo ha sido un golpe de realidad para ver que los hospitales, sin una buena medicina comunitaria, no funcionan. Esta especialidad es tan necesaria como las otras. Por eso, y gracias en parte a estas prácticas que me han permitido vivirlo en primera persona, sé lo que realmente quiero.

Cuando me pregunten qué especialidad escogeré, aunque sea de las últimas que se agoten, independientemente de la nota que obtenga, diré orgullosa y con absoluta seguridad, quiero ser médico de familia, y más si es medicina rural.

Encerrados pero vivos



Por **Alicia Pardo** y **Alba Pinto**, estudiantes de 6º de Medicina de la Universidad de Navarra y ganadoras del III Certamen de Casos Clínicos Ético-Deontológicos, organizado por el Colegio de Médicos y la Facultad de Medicina.

El caso titulado "Encerrados pero vivos" hace una revisión, a partir de un caso, de las particularidades de la relación del médico con el paciente incapacitado legalmente y las implicaciones sociales y asistenciales del cuidado de una persona con incapacitación legal. Las autoras hacen especial hincapié en el papel del médico no solo como benefactor del paciente sino de su entorno.

III CERTAMEN DE CASOS CLÍNICOS ÉTICO-DEONTOLÓGICOS

Presentación del caso

Paciente de 36 años, acude a consulta de Psiquiatría para seguimiento de su trastorno bipolar diagnosticado a los 17 años, incapacitado legalmente. Le acompaña su tío y tutor, con el que vive. Se encuentra bien de ánimo, refiere sentirse cómodo con la medicación pautada. Dice sentirse más decaído desde que abandonó el programa de voluntariado en el que trabajaba, estando ahora sin ocupación la mayor parte del día.

*Su tío refiere que le ve muy decaído y teme que vuelva a presentar una depresión, al igual que hace 3 años. Comenta la posibilidad de ingresarlo en un centro de salud mental y cómo deberíamos actuar. Expresa este deseo de forma **insistente** y reiterada, alegando que así él también podría descansar después de tantos años haciéndose cargo de su sobrino ya que está harto de que dependan de él.*

Hemos elegido este caso porque entendíamos que, como estudiantes de Medicina a punto de finalizar los estudios de grado, profundizar en escenarios con una complejidad social, ética y asistencial reflejo de la propia cotidianidad en la asistencia médica, nos daba la posibilidad de poner encima de la mesa no solo cuestiones que vemos claves dentro de nuestra formación como pueden ser la relación médico-paciente en este supuesto tan especial, sino también valorar aspectos como el burnout del cuidador o la integración del ambiente del paciente en su atención.

La incapacitación legal hace referencia al paciente que, por una dolencia mental o física, no posee la capacidad para autogobernarse y tomar decisiones propias. Esta medida, que debe ser ratificada por un juez, tiene como fin la protección del paciente, primando siempre un espíritu de beneficio para él mismo.

Son situaciones relativamente comunes, especialmente dentro de la especialidad de psiquiatría o de neurología, en las que debemos tener en cuenta otras esferas en la atención médica. Por ello, veíamos interesante pararnos más detalladamente para abordar la casuística de esta coyuntura tan especial.



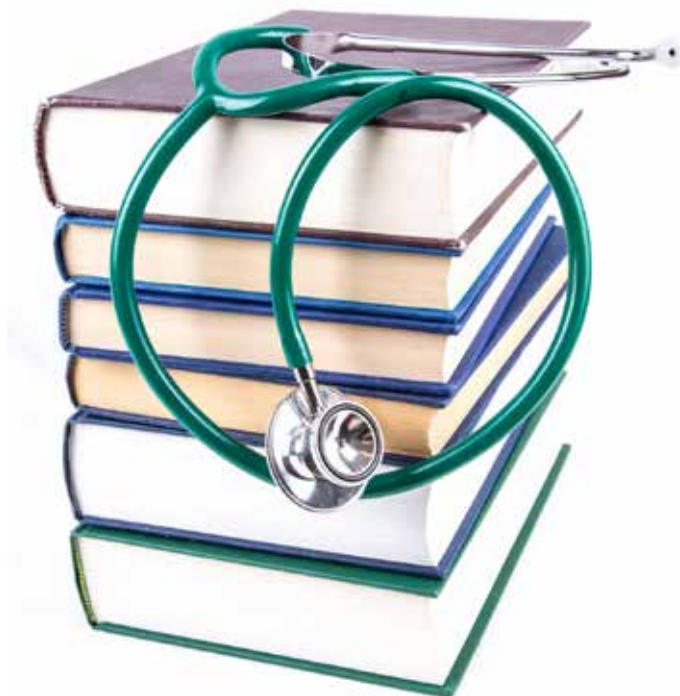
Beneficencia, justicia y autonomía

Estos son los pilares de la práctica médica, principios éticos y deontológicos que guían la formación, el aprendizaje y la acción médica.

La relación del médico con el paciente incapacitado legalmente supone un reto que va más allá de la misma atención y comunicación. La implicación del paciente en su tratamiento y la toma de decisiones son elementos fundamentales de la práctica clínica ordinaria y forjan una relación médico-paciente concreta. Ante un paciente como el del caso, con una incapacitación legal, esta relación se modifica, centrándose en los cuidados entre el paciente y el médico, y la esfera de las decisiones verbales o escritas se establecen con el tutor legal. Esta situación no implica en ningún caso –y así se encuentra recogido en el Código Deontológico– la exclusión del paciente de su proceso asistencial; muy al contrario se establece un deber deontológico y ético en mostrar un especial cuidado y atención en la inclusión de dicho paciente según sus propias capacidades.

Este matiz marca la diferencia entre una atención *del paciente* y una atención *para y por el paciente*.

En este caso concreto vemos cómo el tutor expresa el deseo de internar al paciente en un centro de salud mental. La psiquiatra consideró que dicho paciente no cumplía requisitos para ello, encontrándose estable, sin peligro de hetero o autoagresividad y con un buen nivel de cuidados en su actual domicilio. Proceder a un internamiento de larga estancia podría suponer estrés y desequilibrio para el paciente, que podrían llegar a poner en riesgo su estado actual.



Beneficencia, justicia y autonomía son los pilares de la práctica médica

Ante las insistencias reiteradas del tutor, cabe preguntarse si se está presenciando una vulneración del derecho de autonomía del paciente. Esta es una afirmación extraordinariamente grave, puesto que significaría que el tutor legal no está ejerciendo su deber de buscar la beneficencia del tutorado. Este caso es un ejemplo, pero podríamos hablar de escenarios donde se incurre en la misma situación: menores de familias con conflictos, enfrentamiento entre los padres, etc.

Aquí vemos un escenario donde el principio de beneficencia prima, es decir, el actuar en base a obtener los mejores resultados, la mayor comodidad y el mejor trato que se pueda dar al paciente.

¿Qué hacer ante una situación de vulnerabilidad?

Ante este escenario tendríamos que seguir, como médicos, unos pasos (o varios, en realidad).

En primer lugar, trasladar al tutor nuestra opinión meditada y profesional ante su consulta, abordando los puntos por los que un ingreso de larga estancia no beneficiaría el estado actual del paciente, resaltando los avances dados en el tratamiento y centrándonos especialmente en las alternativas existentes hacia las cuestiones que le preocupaban: ánimo decaído, inactividad...

Por otra parte, no estaría de más y sería signo de un correcto abordaje holístico, sondear el estado anímico del tutor, ya que la relación cuidador-paciente es fundamental para el adecuado cumplimiento del plan terapéutico, la evolución favorable del paciente y el mantenimiento de unas condiciones óptimas del cuidado. Interesándonos durante nuestra conversación en el origen de esta sensación de agotamiento que transmite ante el peso de la responsabilidad que supone el cuidado de un joven con patología psiquiátrica e incapacidad legal.

Tras este abordaje se nos abrirán dos posibilidades:

Si el tutor continuase insistiendo en la posibilidad de ingreso, mostrándose claramente decidido a tomar las medidas e iniciar los procedimientos para tal solicitud, estaríamos ante una situación de vulneración del deber y compromiso de beneficencia por parte del tutor, ya que estaría tomando una decisión contraria a los intereses del paciente, siendo ésta incluso perjudicial para él mismo. En otros términos, es una dejación en su responsabilidad legal y moral, y debe

ser responsabilidad del médico reportar dicha situación y solicitar una intervención judicial. Este último supuesto está estrictamente recogido en la literatura.

Este principio prioriza el mayor bien para el paciente, sirviéndose del médico como actor con capacidad ética y jurídica para asegurar el bienestar de su paciente ante una situación de vulnerabilidad.

Si partimos de otro escenario, donde el tutor ha comprendido las consideraciones trasladadas, concluyendo que efectivamente el ingreso permanente no es en ningún caso una opción para su sobrino, deberíamos tratar de orientar las preocupaciones del tutor en la búsqueda activa de soluciones, centrándonos en el planteamiento de alternativas, por ejemplo un programa de día o un voluntariado local para estimular al paciente, combatir su decaimiento y el propio burnout del cuidador, resultando en una mejora completa de todas las esferas de nuestro paciente y del entorno, siendo esto significativo de una óptima atención clínica.

Concluimos, por tanto, que en la asistencia del paciente incapaz legalmente la inclusión de éste en el proceso asistencial, la atención

del entorno, especialmente de los tutores y/o cuidadores, son elementos clave para maximizar los beneficios y la atención del paciente, huyendo así de praxis paternalistas y limitadas y poniendo al paciente –que al final no deja de ser el faro de toda nuestra calidad asistencial– en el centro de toda la actividad y del propio sistema sanitario.

“ La inclusión del paciente incapaz legalmente en el proceso asistencial y la atención del entorno son elementos clave para maximizar los beneficios ”

SESIONES INFORMATIVAS SOBRE GINECOLOGÍA Y TRAUMATOLOGÍA EN LA UNIVERSIDAD

Continúan las charlas informativas sobre especialidades para los estudiantes de Medicina de segundo ciclo de la Universidad de Navarra que, durante el mes de noviembre, se han dedicado a las especialidades de Ginecología y Obstetricia, y Traumatología y Cirugía Ortopédica.

Desde hace ya dos años, el Colegio de Médicos de Navarra, en coordinación con los delegados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, organiza charlas informativas sobre las especialidades que los estudiantes solicitan.

La sesión informativa sobre Ginecología y Obstetricia fue impartida por Jesús Zabaleta, tutor de residentes en el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) y Marta Bazán, MIR de cuarto año.

Para la presentación de la especialidad de Traumatología y Cirugía Ortopédica se contó con la participación de Ángel Hidalgo, representante de la Sociedad Vasco-Navarra de Cirugía Ortopédica y Traumatología y Jefe del Servicio en el CHN; Carlos González Roldán, tutor de residentes y Maitane Fernández, MIR de quinto año.

Estudiantes de segundo ciclo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra en las sesiones informativas. ▼



Marta Bazán y Jesús Zabaleta presentaron la especialidad de Ginecología.



Carlos González en la presentación de Traumatología. También participaron Ángel Hidalgo y Maitane Fernández (en la primera fila).

Los microscopios de Ramón y Cajal (I)

◆ Carlos Panizo

Finalizando la década de los 70 del siglo XIX y enfermo y licenciado del ejército tras su servicio como capitán médico en la guerra de Cuba, Santiago Ramón y Cajal decidió dedicarse a la carrera docente de Medicina siguiendo las recomendaciones de su padre (1,2). A su regreso de Madrid donde se graduó como doctor bajo la dirección del eminente histólogo Maestre de San Juan e impresionado por las preparaciones y las técnicas histológicas que pudo observar en su laboratorio, organizó en Zaragoza su propio laboratorio micrográfico donde poder profundizar en el estudio de la anatomía microscópica (1,3). Así relata en sus memorias la adquisición de su primer microscopio:

“Escogido un desván como obrador de mis ensayos prácticos, y reunidos algunos reactivos, sólo me faltaba un buen modelo de microscopio. Las menudas reliquias de mis alcances de Cuba no daban para tanto. Por fortuna, durante mi última jira a la Corte, me enteré de que en la calle del León, núm, 25, principal (¡no lo he olvidado todavía!), habitaba cierto almacénista de instrumentos médicos, don Francisco Chenel, quien proporcionaba, a plazos, excelentes microscopios de Nachet y Verick, marcas francesas entonces muy en boga. Entablé, pues, correspondencia con



dicho comerciante y ajustamos las condiciones: consistían en abonarle en cuatro plazos 140 duros, importe de un buen modelo Verick, con todos sus accesorios. La ampliación de las lentes (entre ellas figuraba un objetivo de inmersión al agua) pasaba de 800 veces. Poco después me proporcioné, de la misma casa, un microtomo de Ranvier, una tournette o rueda giratoria y otros muchos útiles de micrografía. A todo subvinieron mi paga modesta de auxiliar y las flacas ganancias proporcionadas por los repases de Anatomía; pero las bases financieras del Laboratorio y Biblioteca fueron mis economías de Cuba. Véase cómo las enfermedades adquiridas en la gran Antilla resultaron a la postre provechosas. Por seguro tengo que, sin ellas, no habría ahorrado un céntimo durante mi estancia en Ultramar, ni contado, por consiguiente, para mi educación científica con los recursos indispensables”.

En las imágenes fotográficas que se conservan y en las que aparece autorretratado en su laboratorio de Valencia se puede identificar ese primer microscopio Verick. Se trata del modelo continental compuesto número 4, considerado uno de los económicos del catálogo de 1885 del constructor (4). Desde la base de herradura se alza un pilar rectangular hasta el eje articulado con la pleтина que permite su inclinación. El enfoque grueso se consigue mediante el deslizamiento manual desde arriba hacia abajo de los cilindros concéntricos que conforman el tubo óptico y el enfoque fino mediante la rotación de la pieza cónica en lo alto del pilar que actúa sobre un tornillo de rosado fino y éste a su vez sobre el propio brazo a través de una barra metálica triangular incluida dentro del pilar (5).

Aunque este constructor de microscopios siempre se consideró alumno del prestigioso fabricante francés de aparatos ópticos de la época, Edmund Hartnack, también les unía una compleja relación familiar: Verick fue el segundo esposo de la viuda del hermano de la esposa de Edmund Hartnack (6). La literatura científica anglosajona de la época valoraba por igual los aparatos y ópticas de ambos constructores y recomendaba su adquisición frente a la de los grandes aparatos victorianos de los ópticos ingleses, muy caros y poco ergonómicos (7).

BIBLIOGRAFÍA

1. Santiago Ramón y Cajal.(1923) Recuerdos de mi vida. 3ª Edición.
2. Santiago Ramón y Cajal (1998). Ramón y Cajal y la guerra de Cuba. Apuntes autobiográficos. Introducción y comentarios de Santiago Ramón y Cajal Junquera, Cremallo / Gobierno de Aragón, Zaragoza. 120 pp. Ilust. ISBN 84-92384301.
3. La web de las biografías. Maestre de San Juan Muñoz, Aureliano. www.mcnbiografias.com
4. Constant Verick (1885). Catalogue et prix-courant des microscopes et accessoires pour les études micrographiques. Paris.
5. Jules Pelletan (1876). Le microscope: son emploi et ses applications. Paris G. Masson Editor.
6. Brian Stevenson. (last updated July, 2019). Marie Constant Verick, 1829 – 1892. <http://microscopist.net/Verick.html>
7. Lankester E. (1870) The Microscope. Nature 2, 213–214.



Con este primer artículo sobre los microscopios de Santiago Ramón y Cajal comenzamos la nueva sección *Microhistoria*, que podrá el foco en momentos históricos y personajes ilustres que han marcado la evolución de la Medicina a través de la lente de un microscopio. La sección la escribe e ilustra el Dr. Carlos Panizo, hematólogo de la Clínica Universidad de Navarra y miembro del Comité Científico de la revista Panacea del Colegio de Médicos de Navarra.

HUMANIDADES

GOYA Y LOS PRIMEROS TOBEROS-VENTUREROS DE NAVARRA Y ENTORNO



Por Javier
Álvarez
Caperochipi.

“HABLAR DE NAVARRA ES HABLAR SOBRE EL ORIGEN DEL TOREO, UNA REGIÓN DONDE SE INVENTARON LOS QUIEBROS, LAS BANDERILLAS Y LA CUADRILLA” (TRATADO DEL COSSIO).



Según consta en algunos documentos, el primer festejo taurino en Navarra se celebró en 1385. Entre los siglos XV-XVIII aparecen esforzados toreros-ventureros que practicaban una forma de toreo no reglamentado, a su aire, en cuadrillas de amigos o vecinos que iban de pueblo en pueblo, con un personaje principal o jefe de peones, intentando divertir al público con saltos,



Banderilla a una mano.

quiebros y otras cosas que se les ocurrían. Nacieron en el entorno de las ganaderías de la zona navarro-vasco-aragonesa-riojana, toreo preferentemente a pie y también matadores; jugueteaban con los astados haciendo temeridades, basaban su toreo en sus facultades físicas -"toreo acrobático"- y en el engaño a la investida. Sabemos de los llamados "ventureros" por cartas de pagos de Ayuntamientos a unos hombres por ofrecer espectáculos taurinos, también por Ignacio Baleztena, Luis Del Campo, José María Busca o André Viard.

En tiempos pasados llamaban "navarros" y también "norteños" a todos los ventureros y cuadrillas de Navarra y alrededores (aragoneses, riojanos y vascos) y lo hacían porque los navarros fueron los primeros y más numerosos, además era donde más festejos se celebraban. Tal y como se escribe en el tratado de Cossío: "Hablar de Navarra es hablar sobre el origen del toreo, una región donde se inventaron los quiebros, las banderillas y la cuadrilla";

también porque los toros llamados de "casta navarra" eran los más utilizados en los diversos festejos.

En el siglo XVII y en otros pueblos de Castilla, también se celebraban festejos taurinos algo diferentes, con algunas suertes ya establecidas como capa, muleta, banderillas, picador y aspectos de la muerte del toro. Años después, comienzos del siglo XVIII, fue puliéndose y reglamentando desde Andalucía, especialmente Sevilla y Ronda y de la mano de toreros como Francisco Romero y Pepe Hillo; se iría imponiendo el ritmo, el toreo artístico de muleta y hasta los propios toros con más peso y embestida más fija.

Es el momento de volver atrás y recordar las hazañas de los primeros "ventureros" navarros. Empezaremos por el supuestamente más antiguo: "el Bandolero Esquiroz" que antes de hacer temeridades con los toros en las plazas de los pueblos, asaltaba a las gentes en los caminos e incluso estuvo acusado de matar por celos a un mozo de Olite; se trataba de un personaje singular que, tras dejar esas actividades, se dedicó a actuar en festejos populares con una cuadrilla de contrabandistas que había reclutado. Digamos para aclarar que, en los principios, los llamados "ventureros"

eran gentes de procedencia humilde, considerados malas gentes y diestros de bronca y juerga, que no estaban previamente contratados y que cobraban según su actuación. Las situaciones irán cambiando con el tiempo.

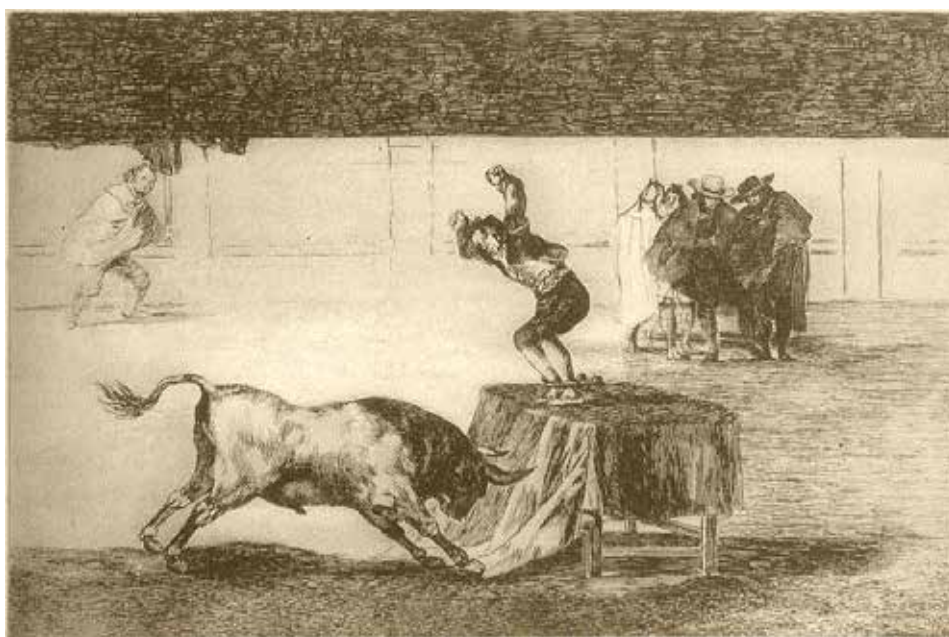
En los albores del siglo XVII, destacaremos principalmente a Jaime Aramburu "El Judío" de Estella, que gustaba merendar encima del dorso del toro, hasta que uno de ellos lo mató en Valencia de una cornada; a José Leguregui "El Pamplonés" que inauguró la Plaza de toros de la Calle Alcalá de Madrid en 1749; a Juan Arana de Tudela muerto por un manso ("Dios nos libre de un buen manso" diría más tarde el padre Feijóo en alusión al incidente). En sus cuadrillas iba algunas veces un "matatoros", que resolvía la parte final del festejo acabando con el toro a base de "espadaos" en cualquier parte. No eran figuras del toreo como los actuales, eran gente del pueblo, se jugaban la vida todos los días y ganaban una miseria.

Añadiremos también a esta pequeña lista de "ventureros" a los estelleses Juan Santander y Juan de Mauleón, a Francisco Milagros de Tudela, Babil Locen de Olite, Juan Labayen de Sangüesa, Joaquin Lapuya de Peralta y Damianillo de Nájera.



El pintor Francisco Goya, que había sido novillero en alguna época de su juventud, se relacionaba preferentemente con los toreros de mayor nombradía y firmaba como "Francisco el de los toros"; también le interesaban los inventores de suertes y saltos nuevos, unos personajes que ya habían dejado atrás su fama de gentes de broncas y maldades. El genio del dibujo y la pintura, ya en la vejez, compuso su famosa Tauromaquia, con una serie de más de 40 dibujos y aguafuertes, en donde se representaban las escenas y las figuras de la época. Se podría hablar de los modelos navarro-aragoneses de su tauromaquia, representados por unos personajes muy singulares, aunque cabría especular si su fama dependía de sus habilidades o de los pinceles del genio.

*El salto de Martincho
▼ encima de la mesa.*



FIGURAS DEL TOREO DE A PIE

“Martincho, el temerario”

Francisco Martínez fue una figura principal y legendaria del toreo del siglo XVIII, pionero también en saltos y quiebros con y sin muleta. De cuna aragonesa, Farasdues 1709 (municipio de Ejea de los Caballeros, en vecindad con la zona sureste de Navarra) y de padre navarro (Antonio el zapatero). Hombre de fuerte constitución, que había trabajado de joven como pastor en una ganadería de Tudela, donde se acostumbró a pastorear a pie por montes y sotos a vacadas bravas y hacer sus primeras temeridades y habilidades.

En alguna Enciclopedia moderna, aparece Martincho como Martín Barcaiztegui, natural de Oyarzun. Es también posible que hayan existido dos “Martinchos” I y II consecutivos, con alguna relación familiar, siendo el primero, el famoso.

Martincho fue una figura del toreo de a pie y con la capa, cabeza

de cartel con su cuadrilla de banderilleros y capeadores navarros en ferias como Madrid y Pamplona, donde actuó en 28 ocasiones; también tuvo tardes de gloria en Zaragoza, en la corrida homenaje al rey Carlos III y en la inauguración de la Plaza de Toros de Pignatelli en 1764.

Era matador, saltador e inventor. Su espectáculo más celebrado era “el salto de Martincho sobre el testuz”. Realizaba el salto, esperando al toro encima de una mesa, que tenía un capote por delante. Al investir el toro al capote y humillar, era el momento que aprovechaba Martincho para saltar hasta pasar los cuartos traseros del toro; además, solía llevar los pies atados con grilletes o sujetos con una boina; un salto que no ha muerto, pues todavía se ve realizar en algún espectáculo por alguno de sus imitadores. Sabemos también que Martincho era experto en poner banderillas al quiebro, que algunas veces entraba a matar recibiendo y sentado en una silla; posiblemente fue el inventor del toreo de capa por “navarras”, parecido a la verónica pero girando en sentido contrario a la investidura del toro.

Su salto fue inmortalizado por Francisco de Goya en “La locura de Martincho” y por los relatos de Leandro Fernández de Moratín que menciona “la actuación insigne del célebre Martincho”. A pesar de su temeridad fue un matador al que respetaron bastante los toros pues estuvo actuando muchos años y se retiró cuando sus facultades no le permitían hacer locuras. Murió en Ejea de los Caballeros en 1772.



Suerte de matar sentado. ▲

“EL Licenciado de Falces”

Bernardo Alcalde Merino “El Diestrísimo Estudiante de Falces”, “el torero de la emoción”, nacido en Falces-Navarra en 1709, de familia noble y acomodada, al parecer descendiente de quien fue algún tiempo el Virrey del Perú y coetáneo de Martincho.

Cuentan que era torero poderoso y valiente, diestro en cuarteos, quiebros y adornos; muy hábil con los rehiletos, fue el primero que puso banderillas a dos manos; ejecutaba asimismo difíciles y primorosas suertes con la capa y también realizaba a veces el salto de Martincho, con la variante de apoyar el pie derecho en el testuz para tomar impulso y saltar hasta atrás; sus actuaciones estaban llenas de emociones y peligros y, aunque tuvo alguna cogida peligrosa, siempre salía airoso de todas las suertes.

Fue uno de los ventureros más cotizados de la época. Toreó en Pamplona en 1733, en el homenaje que la ciudad rindió a la viuda del rey

Carlos II, vestido de estudiante, con sombrero castellano, zapatos con hebilla y capa. Cobró 250 reales. En 1750 encandiló al público de Madrid en la Plaza de toros de la Puerta de Alcalá cobrando 1.000 reales y se hizo imprescindible en los festejos importantes.

Empezó sus andanzas taurinas como estudiante de cura; según Daza

llegó a presbítero, desde entonces le apodaron Licenciado. Parece ser que, una vez cura, le fue más difícil torear por la oposición de las autoridades eclesiásticas. Su vida se complica al verse mezclado en un escándalo amoroso con Adelaida Girón, la mujer de un rico empresario cordobés, y también con la muerte de un Inquisidor que vigilaba a la pareja. La historia

Torero embozado



HUMANIDADES

tuvo un final desgraciado y el torero cura se vio obligado a esconderse entre las paredes de un convento de frailes. Un día lo encontraron muerto en su celda en extrañas circunstancias.

Fue dibujado por Goya, embozado en una capa de estudiante, burlando a un toro dentro de un círculo que trazaba en la arena. Era su número favorito: toreaba con quiebros en el centro de la plaza sin salirse del círculo, enseñando con parsimonia al toro los extremos del embozo y hasta era capaz de cubrir los ojos del animal con parches de pez, dejándole temporalmente sin visión clara y así engañaba todavía mejor al astado; terminaba el juego con la rendición y aburrimento del toro. Hacía cosas increíbles e irrepitibles, sin quitarse el embozo, y solo a base de quiebros. Cuentan que seguramente Goya nunca lo conoció, pero le llegaron sus andanzas y lo dibujó de "oído".

Juan Apiñani. "Juanito" y el salto de la Garrocha.

Juan Apiñani formó parte de una cuadrilla de Calahorra en la que participaban varios hermanos (Manuel el "Tuertillo", Juan, Emeterio, Gaspar y Pascual), que luego se integraría en la cuadrilla de Martincho y de Juan Romero. Tuvieron épocas de esplendor con numerosas actuaciones en plazas como Madrid, Zaragoza y Pamplona. Ellos pusieron de moda "el salto con la Garrocha" que inmortalizó Goya representando el salto de Juan Apiñani –al que Goya bautizaría como "Juanito"– sobre el toro en la plaza de Madrid y titulado "ligereza y atrevimiento de Juanito", un salto de riesgo, valor, agilidad y preparación mental que daba colorido a la corrida. En un cartel de Madrid de 1762 decía: "Al siguiente le saltará Juan Apeñani con una vara".

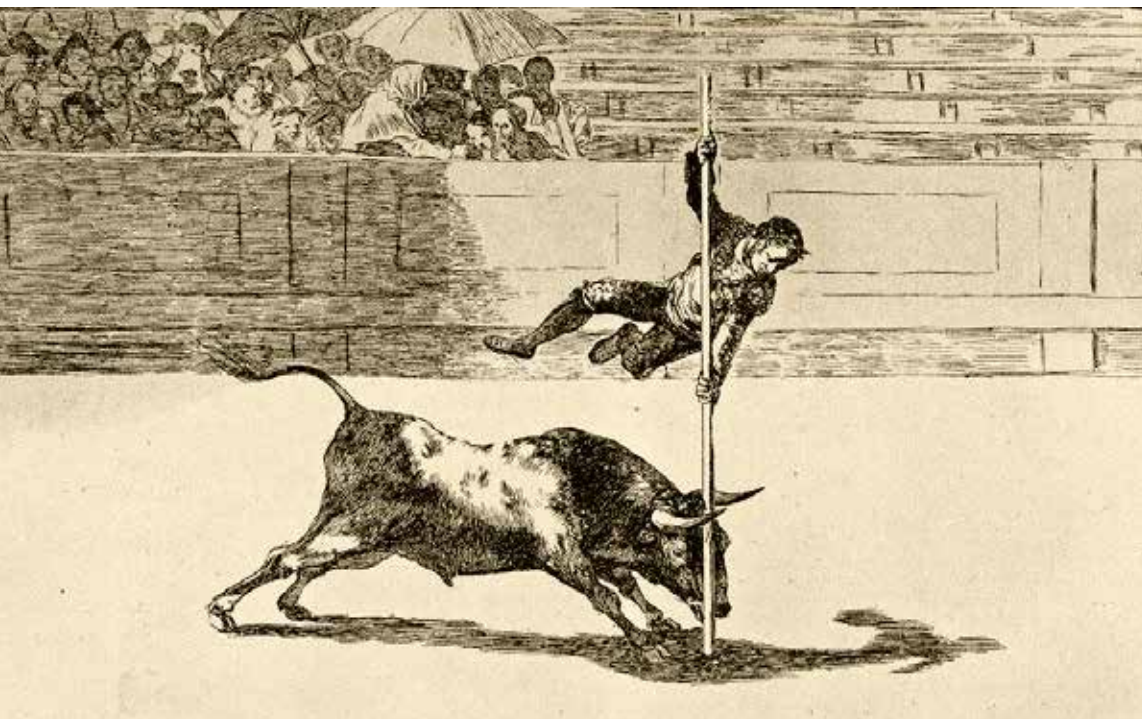
La Garrocha primitiva era un palo largo de madera, al estilo de los que utilizan los vaqueros para acompañar a los toros por el campo, y la ligereza del salto asemeja a la de un saltador de pértiga. Juanito adquirió gran fama en la segunda parte de su carrera, actuando en la Corte y cobrando buenos emolumentos (por saltar al toro, para Apiñani, 240 reales). El salto estuvo de moda hasta finales del siglo XIX y costó la vida a más de uno, en concreto al banderillero Salleri de la cuadrilla de "Cuatro dedos" en 1898. En la actualidad, la ciudad de Calahorra tiene una plaza dedicada al ilustre Juanito Apiñani.

En saltos, también merecen mención especial el vasco Nino Unanue y el landés Paul Deverat que en Deba y Azpeitia, en las fiestas por la canonización de San Ignacio de Loyola, y en otras plazas de las Landas habían realizado un salto espectacular: esperaban al toro a pie firme y cuando

llegaba se lanzaban limpiamente hacia el espacio por encima de la cabeza del toro hasta la cola en vuelo horizontal.

Todos los toreros citados en estos apartados eran de zonas muy cercanas (Navarra-Aragón-La Rioja-País Vasco) donde había ganaderías y se les decía "navarros", según hemos explicado. Aportaron cosas importantes al primitivo toreo, especialmente a pie, luego venido a menos. Hoy en día sigue perdurando su recuerdo gracias a los concursos de Recortadores y a la llamada Corrida Vasco-Landesas, que continúa en sanfermines.

▼ Salto de la Garrocha.



NOVELA HISTÓRICA

“El precio de la lealtad. La restauración monárquica y el duque de Sesto”

Sobre la restauración monárquica de Alfonso XII y las intrigas palaciegas y políticas de la época.

Autor: José Manuel
Cenzano Catalán

Páginas: 250

Editorial: Anroart ediciones

ISBN: 978-84-94993-92-3

EL AUTOR

José Manuel Cenzano Catalán es natural de Corella (Navarra) y residente en Calahorra durante su infancia y juventud. Se licenció en Medicina en la Universidad de Zaragoza, especializándose en Pediatría. Desde 1972 ejerció la profesión en Tudela.

Ha colaborado en prensa, donde ha publicado la colección de artículos en Diario de Navarra “A su salud”, en La Voz de la Ribera “Salud para todos” y en la revista PANACEA “Reflexiones”, y también ha colaborado en cadenas de radio como COPE y SER.

En la actualidad, es colaborador activo de forma periódica en la sección de opinión de Diario de Navarra “A vuela pluma”.

Ha publicado diversas novelas: Cuarto creciente en el lado oculto de la luna, El tren, Nostalgia en gris, Víctima del pasado, Cara o cruz, El Indiano, Un paso atrás, La marquesa o El espejo astillado.

LA OBRA

El argumento de esta obra está basado en la biografía del duque de Sesto (caballero andante del siglo XIX), auténtico artífice, junto a la necesaria cooperación política de don Antonio Cánovas del Castillo, de la restauración monárquica en la persona de Alfonso XII. Hubo de transcurrir el breve reinado de Amadeo I de Saboya y el nefasto tránsito de la I República hasta lograr el objetivo.

Revisar ese periodo histórico supone cruzarse con acontecimientos y eventos trascendentes en la historia de España y el reconocimiento de personajes relevantes de la vida política y social; también descubrir incógnitas, plantear hipótesis y sorprendernos

con actitudes insospechadas. La vida disipada de Isabel II y sus innumerables amantes; la incertidumbre acerca de la paternidad de Alfonso XII; las dudas sobre la maternidad de Alfonso XIII; las veleidades amorosas del rey Alfonso XII, los hijos ocultos; las insidias palaciegas de los Montpensier... Todo ello que, por encima de la rumorología, constituye la historia objetiva y probada, aunque poco conocida, y que despierta la curiosidad e interés del lector.

En la sinopsis del libro se destaca que José Osorio y Silva fue “un hombre de gran personalidad, quince veces noble y cuatro Grande de España, que puso su gran fortuna a disposición de la tarea de esa soñada Restauración. Tanto él como su esposa, Sofía Troubetzcoy, impulsaron con su gran influencia la implantación de una monarquía que, aunque de nuevo cuño, devolviera la legitimidad al hijo de la depuesta reina Isabel II. Sin duda, los duques de Sesto fueron capaces de marcar una nueva trayectoria a la historia de España debido a su clarividencia e incuestionable personalidad”.



ENSAYO

“**Ars medica:** el arte de los médicos desde el punto de vista de un dermatólogo”

Autor: Jesús Bastida Iñarrea
Páginas: 368
Editorial: Europa Ediciones
ISBN: 979-12-20101-83-7

EL AUTOR

Jesús Bastida Iñarrea (Pamplona 1963), médico dermatólogo con más de 30 años de experiencia. Actualmente trabaja en el Servicio de Dermatología del hospital universitario “Doctor Negrín” de Las Palmas de Gran Canaria, donde es responsable de la Unidad de Linfomas cutáneos. Ejerce también como dermatólogo privado en su consulta particular. Aficionado a la pintura y al dibujo, muchas de las ilustraciones de este libro han sido realizadas por él mismo. Una muestra de su trabajo artístico puede verse en Instagram: @moloundo_jyb y en su página web: www.moloundo.es. *Ars medica* es su primera obra literaria.

LA OBRA

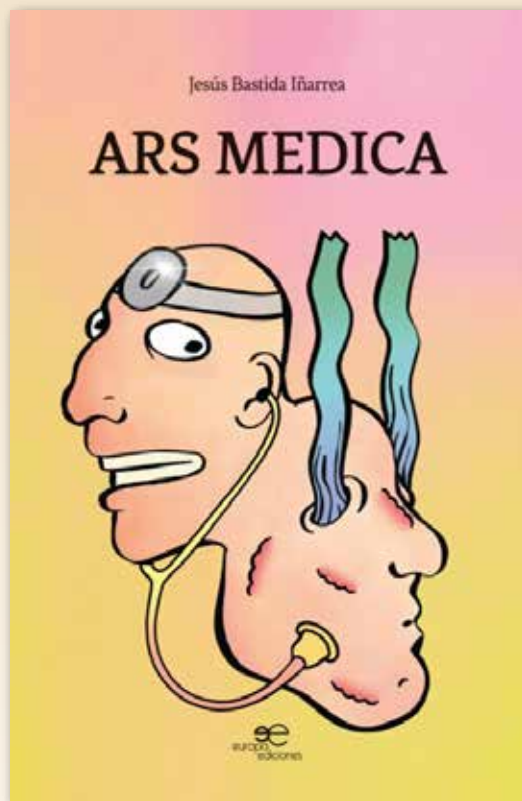
“Ejercer la medicina es ejercer el *ars medica*, el arte de los médicos”.

El acto médico es como una obra de arte, un acto único y original, imbuido por la personalidad del creador. Cada médico ejerce su arte de forma única y diferenciada utilizando técnicas y recursos diferentes para diagnosticar y tratar a sus enfermos. Y entre las especialidades médicas, la Dermatología es probablemente la que más se liga al arte a través de la imagen, los dibujos o las fotografías.

Basado en 30 años de ejercicio médico, “*Ars medica. El arte de los médicos desde el punto de vista de un dermatólogo*” es un ensayo de enfoque filosófico, con un punto de vista artístico, que defiende la idea de que la medicina no es una ciencia sino un arte que utiliza la ciencia como herramienta.

El autor analiza muchos aspectos de la Medicina, difícilmente explicables bajo el enfoque cientifista, como la práctica del chamanismo, la ilicitud del charlatanismo, la imposibilidad de construir un robot que suplante al médico o la de alcanzar el diagnóstico de certeza mediante el método científico, todo ello ilustrado con multitud de casos clínicos novelados pero reales.

De argumentación lineal y amena lectura es un manual para quien quiera que esté interesado en comprender mejor los entresijos de esta profesión, un Arte con A mayúscula, un quehacer humano destinado a lo humano.



NOVELA FANTÁSTICA

LA OBRA

"Un viaje prodigioso.
Guerra microscópica I"

Autor: Jorge Gutiérrez Dubois
Páginas: 336
Editorial: Editorial Maluma
ISBN: 978-84-12203-97-4



y padecen como cualquier ser humano. Durante sus sueños, veremos desfilan a los eritrocitos o glóbulos rojos encargados de transportar el oxígeno a todas las células del cuerpo, entrenarse a los diferentes leucocitos como aguerridos soldados o a los linfocitos como ágiles y letales arqueros con sus flechas o inmunoglobulinas, mientras se preparan para defender su mundo de las infecciones externas. Así mismo viviremos entre las bacterias que habitan la piel organizadas como tribus o clanes. Comprobaremos que las relaciones entre ellas son difíciles

y su anhelo es cruzar el muro dérmico en busca de una vida mejor.

Por otra parte, el Dr. Julio Erazarret soltero y acostumbrado a evitar las responsabilidades, ve interrumpida de forma abrupta y cruel su cómoda vida tras la muerte de su hermano. Desde ese momento se tiene que hacer cargo de dos niños que son prácticamente desconocidos y a los que tendrá que criar como si fueran sus hijos. Por si fuera poco, reaparece en su vida la Dra. Ainhoa Arcelus, un antiguo amor de universidad que acaba de trasladarse a la UCI del hospital y se hace cargo del cuidado de su hermano en esos delicados momentos. Viejas heridas se abren de nuevo y oscuros fantasmas acechan a ambos mientras intentan adaptarse a su nueva vida que, en el caso de Julio, no deja de complicarse al enterarse de la situación financiera de la empresa de su ya difunto hermano y las imprudencias de su nuevo hijo.

El joven Ion Erazarret vive una adolescencia difícil. A los problemas típicos de la edad (inseguridad, estudios, nuevas amistades, los primeros enamoramientos, etc) se añade la trágica muerte de sus padres, que le lleva a compartir su vida y la de su hermana pequeña con su tío Julio, hermano de su padre y médico del servicio de Urgencias de un hospital provincial. La relación, al principio difícil por el distanciamiento previo entre ambos hermanos, se irá estrechando favorecida en cierta forma por el interés que despierta la profesión de Julio en su sobrino, unida a las explicaciones que le va facilitando sobre el funcionamiento del cuerpo y, concretamente del sistema inmune, encargado de la defensa frente a las infecciones. Ayudado por un gran talento para el dibujo, es capaz de transportarse a un mundo en el que las células y diferentes componentes de su cuerpo cobran vida, se relacionan, sienten

EL AUTOR

Jorge Gutiérrez Dubois (Pamplona, 1976). Licenciado en Medicina por la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra en el año 2000, acabó la especialidad de Medicina Interna en el año 2006. Actualmente trabaja como facultativo en el Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Navarra desde el año 2010, aunque con anterioridad ejerció en el Hospital Reina Sofía de Tudela durante cuatro maravillosos años donde nació la mayor de sus tres hijos.

Lector compulsivo desde su infancia de lectura fantástica y posteriormente de novela histórica. Esta es su primera novela después de escribir varios microrrelatos para diversos concursos y blogs.

ARIZKUN, Cuna de nobles linajes

▪ Salvador Martín Cruz

Entre los lugares con mayor personalidad del Valle de Baztán destaca, por derecho propio, Arizkun; aristocrático lugar situado en el cuartel de Baztangoiza y atravesado por el primer río Baztán, constituido por seis barrios: Pertas, Ordoki, San Blas, Vergara, Aincialde y Bozate; salpicado de casonas ilustres, algún que otro palacio y torre solar y hasta un convento, agraciado ejemplar del barroco baztanés realizado sobre planos del arquitecto cortesano Francisco de Maeyso. Solar de origen entre otros de los Arizkun, los Borda, los Iturralde, los Lizarazu, los Vergara y los Zozaya, y en cuyo seno nacieron personajes de la importancia de Pedro de Ursúa, Juan Bautista Iturralde y su sobrino Juan de Goyeneche y Gastón, por citar solamente a lo más notable, con importante papel de protagonistas en la que Julio Caro Baroja bautizó como *La hora navarra*; y en el que tomaron asiento definitivo, en el Barrio de Bozate, un grupo importante de agotes (aquel colectivo de gentes mal visto y peor tratado hasta hace relativamente muy poco) en tiempos de los cátaros y los albigenses, hay quien piensa que ya antes emparentándolos con los restos del ejército islamita derrotado por Carlos Martel y hasta con los visigodos derrotados de Alarico; lo que es dudoso dado que se extendió incluso por parte de la Europa central, que no solamente de Navarra, Aragón o Francia, como cuenta Heine en sus Cuadros de viaje.

La primera vez que lo visité, corría por el calendario 1968, fue para mí toda una sorpresa desde que vi aparecer el solitario Palacio cabo de armería de Vergara, casi encima del puente de Dorregaray, unos pocos

centenares de metros antes del desvío que sube al barrio central de Arizkun, situado sobre un altozano. Sorpresa que fue aumentando al contemplar la iglesia dieciochesca de San Juan Bautista, el citado convento de Santa Clara y el vecino palacio de Iturraldea, en parte destruido al levantar el convento, amén de los de cabo de armería de Lizarazu, Zozaya y Ursúa, este último el del desgraciado Pedro de Ursúa, el de la expedición a El Dorado, asesinado por el traidor Lope de Aguirre (lo dice él mismo en la carta que escribe al Rey), ubicado ya en la parte baja del pueblo, en una colina al otro lado del primer río Baztán o Baztán-Zubi, no lejos de Bozate (también conocido como el "Barrio") y del palacio de Lamiarrita, levantado por Juan de Goyeneche y Gastón, posiblemente el español más brillante de su tiempo: tesorero del Carlos II y las reinas Mariana de Neoburgo, esposa de Carlos II, y María Luisa de Saboya, esposa de Felipe V; tesorero general de las milicias; y fundador, entre otras muchas cosas, del Nuevo Baztán –enclave inicialmente levantado con fines industriales en tierras de la provincia de Madrid, lindantes ya con las de Guadalajara–, la Gaceta de Madrid y hasta el edificio que hoy ocupa la Real Academia de San Fernando, al comienzo de la calle Alcalá de Madrid.

En otro orden de cosas no puede pasarse por alto el Parque-Museo Sanchotena, en Bozate, con una amplia colección de obras del escultor "desparramada" entre el río y la carretera que va a Erratzu, con un cierto aire de homenaje al colectivo agote, del que forma parte orgullosamente Xabier.



Ficha práctica

El acceso al lugar -que no pueblo ya que el Valle de Baztán es solamente un municipio en el que se integran los 15 lugares que lo forman- es a partir de la NA 121-B a la altura de la venta de Laurentz, aunque también se puede llegar tomando un poco más adelante, a la altura de la venta de Ikatzatea, la NA 2600, camino de Erratzu y el alto de Izpegi, frontera con Francia, siguiendo la carreterilla que sube al lugar a la altura del palacio de Lamiarrita. Aunque en Baztán todo está próximo y hay hoteles, hostales, casas y apartamentos rurales a tiro de piedra, en Arizkun está el hotel Señorío de Ursúa y hay un par de casas rurales: Gontxea y Zilbetinea.



Lo mismo pasa con sitios en los que comer, si bien en el polígono industrial del barrio de Ordoki, poco más allá de la venta de Ikatzatea, hay un par de asadores Ordoki y Usoa (yo comí en Ordoki un par de veces francamente bien. También lo hice en una ocasión en Bixta-Eder, cerca ya de Azpilikueta). Tratándose, como se trata, de comer en Baztán de entrada las alubias negras no pueden faltar y si es con todas las “bendiciones”, con un ligero aperitivo delante, mejor que mejor. Aunque no es lo mismo, tampoco son un mal comienzo las pochas. Las carnes rojas a la brasa, las “chuleticas” de cordero o el cordero al chilindrón, así como la trucha a la navarra, no son tampoco mal segundo plato. Y de postre la cuajada, el requesón o el queso, todos del “país” por supuesto. Para vino - soy de tinto - a mí cualquier Crianza navarro

me vale y, después del postre, un poco de pacharán case-ro o de orujo de yerbas (para los que no conducen, claro) no suele ser un mal fin de fiesta.

Puestos a recomendar lecturas, inevitablemente "El barrio maldito" de Félix Urabayen. A los interesados en el tema de los agotes les recomiendo la tesis de M^a del Carmen Aguirre "Los agotes", publicada en 19878 por la Institución Príncipe de Viana, así como el capítulo dedicado a ellos por Juan G. Atienza en su libro "Guía de los pueblos malditos españoles". Como libro guía, lógicamente recomendaría mi libro "Un viaje al valle de Baztán" pero está agotado, siendo más fácil encontrar el artículo sobre Arizkun de la revista del Diario de Navarra: Conocer Navarra, firmado por Pello Iriarte y publicado el pasado mes de junio.

In vino veritas

(Plinio “el Viejo”. Escritor y militar italiano. 23-79)

Dr. Iñaki Santiago,

Médico de Urgencias en el Complejo Hospitalario de Navarra.

Navidad en tiempos de pandemia. “Días de vino y rosas”, pero con más virus que rosas. Y con bien de alcohol y, por consiguiente, un raudal de abrazos. La tormenta perfecta. Una nueva ola. Más contagios. Más muertos. No espabilamos.

Por cierto que, cuando menos, resulta curioso que etimológicamente la palabra alcohol provenga del árabe y que sean estos mismos los que lo tienen como *terefá*... ¿o esos son los judíos? Sea como fuere, es harto interesante que una sustancia cuyo nombre fuera antaño acuñado por los árabes sea ahora algo que ellos tienen prohibido. Y más chocante todavía cuando su significado primigenio sería simple y llanamente “espirituoso”. Como diría mi abuelo: “Eso es que lo han probado poco”.

Dicen antiguas crónicas que lo descubrieron, cuasi al unísono, alquimistas persas y europeos. Pero ¿éstos no buscaban oro? Y mira lo que encontraron. ¡Gracias alquimistas!

Fueran persas o europeos, lo cierto es que al final acabó descubriéndose en todos los lugares del planeta, estuvieran o no contactados: en el África negra, en el profundo Amazonas, en la fría estepa siberiana, en el prominente Altiplano y en los áridos desiertos. Chamanes varios, druidas diversos, entre ellos Panoramix y su poción mágica, extraños magos y toda una pléyade de variopintos personajes del mundo de la taumaturgia.

Todos ellos llegaron a descubrir el alcohol y sus “espirituosos” efectos. Y curiosamente, en nuestro entorno fueron los frailes los especialistas en el manejo, depuración y evolución de esta sustancia, regalándonos en nuestros días un surtido inagotable de formatos alcohólicos de variados sabores y graduaciones, casi todas ellas de notable para arriba y, por qué no decirlo, mercedoras muchas de ellas de matrícula de honor.

Pero no son los frailes los monopolizadores de este producto, no. Hoy en día no hay lugar en el planeta, por muy recóndito que sea, donde no se consuma alcohol en diversas formas, siguiendo variopintas metodologías que van desde el uso de materias primas de todos conocidas y aceptadas, como la uva, el trigo, la cebada o el arroz, hasta productos de lo más asquerosos y bizarros, como la saliva en ciertas tribus de por ahí.

Y como no podía ser de otra forma, apareció la ciencia y su necesidad de explicar todo, no sin otro interés que verificar cómo era aquello que, tras su consumo, nos permitía comportarnos de forma desinhibida y locuaz. Uno de aquellos interesados fue Lavoisier. Este señor era químico famoso y fue el que demostró cómo se formaban las bebidas espirituosas mediante la fermentación alcohólica. Llor a Lavoisier. El problema es que, además de químico, era recaudador de contribuciones en la convulsa y peligrosa época de la Revolución Francesa,

o sea, como “el cobrador del frac” de nuestros tiempos. Y fue tan propicio motivo el que le llevó a que su cabeza fuera separada de su cuerpo, al albor de las macabras costumbres de la época que le tocó, en las que tenían la dichosa costumbre de utilizar de forma desmesuradamente alegre la guillotina, no sin otro interés que cortar por lo sano, y nunca mejor dicho, con aquellas cabeza, pensantes o no, que molestaban a los mandamases de entonces y más en concreto al jacobino Robespierre. Bueno, pues tan importante fue Lavoisier que hasta un tal Lagrange, que era un matemático muy famoso y acérrimo enemigo de aquél, dijo al día siguiente del luctuoso final: “Ha bastado un instante para cortarle la cabeza, pero Francia necesitará un siglo para que aparezca otra que se le pueda comparar”. No nos cabe ninguna duda, Monsieur Lagrange.

Por cierto, Lavoisier fue aquel que acuñó la famosa afirmación de que “La materia ni se crea ni se destruye, sólo se transforma”. Razón no le faltaba. Bebes alcohol en demasía y el peculiar sabor y olor se transforma en mareo, verborrea y, al día siguiente, en resacas de heterogéneos matices. Ya decía aquel abuelo gallego:

- Bebes vino blanco, meas blanco. Bebes vino tinto, meas blanco. ¡Carallo, está claro que algo se queda el cuerpo!

¡Ay! ¿Qué médico no ha escuchado alguna vez la contestación

estándar de los abueletes a la pregunta de cuánto bebe usted?: “Pues... lo normal”. Y hurgando, hurgando, llegamos a la conclusión de que “lo normal” son uno o dos litros de vino al día, chiquiteo y copichuelas aparte. ¡Benditos abuelillos!

Todos estos “avances” sociales y científicos relacionados con las bebidas alcohólicas nos han llevado a una problemática situación de enojo social que ha obligado a las preocupadas autoridades a tomar cartas en el asunto y ponerse serios. Se han hecho múltiples probaturas en diferentes países, todas ellas, por supuesto, fallidas, consistentes en prohibir la elaboración, transporte y comercialización del alcohol, con la firme intención de prohibir su consumo. Insisto, todas ellas fallidas. Cómo no recordar la más famosa (que no la única) ley seca de los años veinte en Estados Unidos. Porque aquí, en nuestro país, estamos envueltos en legislaciones más de andar por casa, casi hasta de broma, como la controvertida Ley anti-botellón. ¡Almas de cántaro!

Y por probar fórmulas que no quede. Y así, un buen día encargaron a un cantante que hiciera una canción al respecto. ¡Tiene guasa que, para que no conduzcamos “ciegos”, soliciten dicho encargo a un artista ciego! Y ahí salió el bueno de Stevie Wonder con su “Si bebes, no conduzcas”, para, poco tiempo después, tener que pasar vergüenza ajena al escuchar aquello de “¡Viva el vino!”.



QUÉ BUENOS RATOS PASAMOS JUNTOS

Aquella octogenaria había bajado la basura a altas horas de la noche con tan mala suerte que fue a dar de bruces, literalmente, contra el suelo. Se hizo semejante devoro facial que no hubo más remedio que llevarla a Urgencias para valorar el destrozo que se había hecho en la nariz y los labios, de donde sangraba profusamente.

Y en esas se encontraba la médico, cuando al acercarse a la cara de la venerable anciana, notó un más que notable tufillo a alcohol. Le extrañó, pero ante semejante sospecha, y con la duda de poder ofender a la paciente, antes de preguntarle directamente, tomó por la calle de en medio y amplió la analítica solicitando etanolemia que, ¡bingo! salió elevada... ¡muy elevada!, por lo que, estupefacta, le preguntó a la contundida señora:

- ¡Fulanita, ¿usted ha bebido?!
- En la cena no, nunca –contestó sería la señora, con un habla

farfullante –pero después, mi marido y yo nos sentamos en el sofá a ver tranquilamente la tele y tenemos la costumbre de beber un poquillo de anís de Cazalla.

Tras la correspondiente cura de las heridas y la naturalidad en su “confesión”, la médico estaba obligada a hacerle unas recomendaciones de cara a proteger la salud. Por supuesto, con la edad de la paciente y suponiéndola similar a la del marido, la opción de quitarles su rutina nocturna de beber su “poquillo” de Cazalla frente a la tele, no se mostraba como el mejor consejo ya que, estaba claro, esa práctica en pareja no iba a ser motivo de daños médicos de importancia a medio, ni largo plazo, por lo que la galena se dirigió a la anciana de forma seria y le dijo:

- Mire, Fulanita, no seré yo quien le prohíba tomar sus chupitos de anís. Pero, por favor, ¡baje a tirar la basura antes de sentarse delante de la tele!
- ¡Sabio consejo! ¡Medicina preventiva en estado puro!

EL EXORCISTA

Prólogo.

Aquella joven de 18 años abandonó su ciudad natal para trasladarse a estudiar en la universidad. La carrera elegida no viene a cuento. Sin embargo, lo que toma crucial importancia es la mezcla de una serie de factores a mencionar. Por un lado, el alojamiento de la moza durante su primer año de estudios universitarios en un Colegio Mayor, regentado por una congregación de religiosas. Por otro, los 18 abriles de la joven. Si sumamos la lejanía del domicilio paterno, la tierna edad junto con la primera cena de celebración universitaria, podremos hacernos una idea de lo que puede acaecer.

La vuelta al cole.

La cena de debut fue un éxito. Un éxito embebido en cantidades ingentes de alcohol y fiesta, lo cual hizo que la joven se cogiera una melopea de órdago a la grande. Dicha borrachera no le produjo llorera, ni disminución de la conciencia. No. La respuesta a tamaña intoxicación fue una formidable agitación llena de agresividad. Y en estas, la joven llegó al Colegio Mayor a las tantas de la madrugada, obviando que di-

cho recinto cerraba a media noche. Ante el cerrojazo, su agresividad se tornó en violencia y, tras aporrear la puerta y acceder al interior ante la estupefacción de la sor que le abrió paso, comenzó a romper y arramplar con todo lo que se ponía a su paso. La reacción de la monja no se hizo esperar. Solicitó ayuda y la condujeron al hospital.

En Urgencias.

La chica llegó a Urgencias, efectivamente agitada como una mona y con un pedo del quince. La monja que la acompañaba con una cara de pavor indescriptible, le comunicó al médico:

- ¡Doctor, que esta pobre muchacha está poseída! ¡¡Haga algo, por favor!!

El médico, miró estupefacto a la religiosa y, cuando iba a decirle que lo que le pasaba estaba muy claro, entró en la consulta otra monja, cual elefante en una cacharrería. Y sin mediar palabra, se colocó una estola, sacó del bolsillo una botellita de plástico de esas con la figura de la Virgen, con tapón azul que venden en Lourdes y comenzó a blandirla salpicando de agua a todo el mundo

allí presente, médico incluido, mientras gritaba:

- ¡Abandona ese cuerpo, Satanás! ¡Sal de ahí, Maligno!

Sin pensárselo dos veces, el alucinado médico intervino:

- Pero...Hermana, ¿qué hace?
- ¡El Padre me lo ordena! –gritó la monja, como hechizada.
- ¿El padre de quién? –contestó confundido el galeno, como vi- viendo un sueño.

Final de la historia.

En ese momento llegaron los padres de la joven, alertados desde el Colegio Mayor de que su hija estaba poseída (*sic*) y que, viendo la situación real, pudieron poner algo de orden y cordura en aquella loca escena, más propia del padre Karras.

Epílogo.

Aquella consulta permaneció unas horas sin ser utilizada. Y eso que ningunos de los médicos admitió ser supersticioso. Se desconoce el destino de la poseída, perdón, de la joven. Lo que sí se sabe es que la monja reconoció tener el título oficial de exorcismos.

¡Tela!

¡Angelicos!

Día de Navarra en agradecimiento a la “infinita generosidad, profesionalidad y humanidad” del personal sanitario y sociosanitario

El Dr. Carlos Ibero dedicó la Medalla de Oro a “todos los profesionales que prestan de forma anónima la mejor atención posible”

Acto de entrega de la Medalla de Oro de Navarra 2020.

La Presidenta de Navarra, María Chivite, entregó la Medalla de Oro de Navarra/ Nafarroako Urrezko Domina 2020 al personal sanitario y sociosanitario por su actitud durante la pandemia en el acto central del Día de Navarra, celebrado el 3 de diciembre. Destacó su “atención abnegada, afrontando el riesgo para ellos y sus familias”, así como su “infinita generosidad” por su “dedicación y esfuerzo en condiciones muy adversas”.

En representación del colectivo, recogió el galardón Carlos Ibero, médico coordinador de la atención a las plantas COVID-19 en el Complejo Hospitalario de Navarra; la enfermera Ana Ariztegi, jefa de cuidados asistenciales y atención domiciliaria en atención primaria; y Amaya Iriarte, cuidadora de la residencia Virgen de Jerusalén, de Artajona.



Medalla compartida con toda la ciudadanía

En su discurso de agradecimiento el Dr. Carlos Ibero destacó que “no olvidamos nuestro cometido. El más visible o conocido es la atención a la enfermedad, pero nos esforzamos continuamente en procurar otros, que son más invisibles pero mucho más valiosos, como la promoción de la salud. La pandemia y sus consecuencias en mortalidad, enfermedad, soledad o económicas ha modificado muchas vidas y solo se ha visto neutralizada por otra fuerza más potente aún, que es el esfuerzo colectivo en realizar unas medidas de prevención”.

Añadió que “atendemos enfermos, no enfermedades, cada persona es única, valiosísima, debemos preservar su dignidad y valores, no centrar la atención meramente en una

cifra sino en su dimensión psicológica, familia y deseos. Debemos cuidar estos aspectos como colectivo sanitario y como sociedad. La escucha, la empatía, la conversación, la caricia, el abrazo ... tienen un enorme impacto en la salud individual o colectiva y en la vivencia de la enfermedad”.

Finalmente, el médico coordinador de la atención a las plantas COVID-19 en el Complejo Hospitalario de Navarra apeló a la responsabilidad individual y colectiva. “El profesional sanitario agradece enormemente que se valore su trabajo pero no hay mayor agradecimiento que su trabajo tenga valor. Para ello, animamos a seguir en la línea de proveer que dispongamos del tiempo y los medios necesarios para procurar mejorar la salud y la calidad de vida en Navarra”.

[Véase vídeo completo del acto institucional](#)



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



Ventajas en nuestros talleres preferentes

Recogida y entrega gratuita, limpieza exterior, prioridad en la reparación, 50% dto. sobre el precio de la franquicia, vehículo de cortesía según disponibilidad...



Reparación y sustitución de lunas

En nuestra red de talleres colaboradores de lunas a través del 912 74 86 95 o del click to call de nuestra página web.



Servicios gratuitos de ITV y Gestoría

Inspección audiovisual y manual previa, gestión de cita con la ITV y servicio de chófer para pasar la inspección. Servicio gratuito e ilimitado de trámites administrativos relativos a la documentación del conductor principal.

Tasas e impuestos oficiales no incluidos.



Servicio Manitas Auto

Pequeñas operaciones en el vehículo asegurado y en las que no sea necesario acudir al taller, como sustitución de consumibles, configuración de dispositivos electrónicos, instalación de accesorios, etc.

1 servicio de hasta 2 horas gratis al año.



Y ahora le ofrecemos asesoramiento personalizado para planificar la forma de pago de su seguro.

A.M.A. PAMPLONA Avda. Pío XII, 30 Tel. 948 27 50 50 pamplona@amaseguros.com

A.M.A. PAMPLONA (Colegio Médico) Avda. Baja Navarra, 47; 1ª

Tel. 948 21 02 28 cpamplona@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com

913 43 47 00

Síguenos en

y en nuestra APP



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora

