

## COLEGIO DE MÉDICOS:

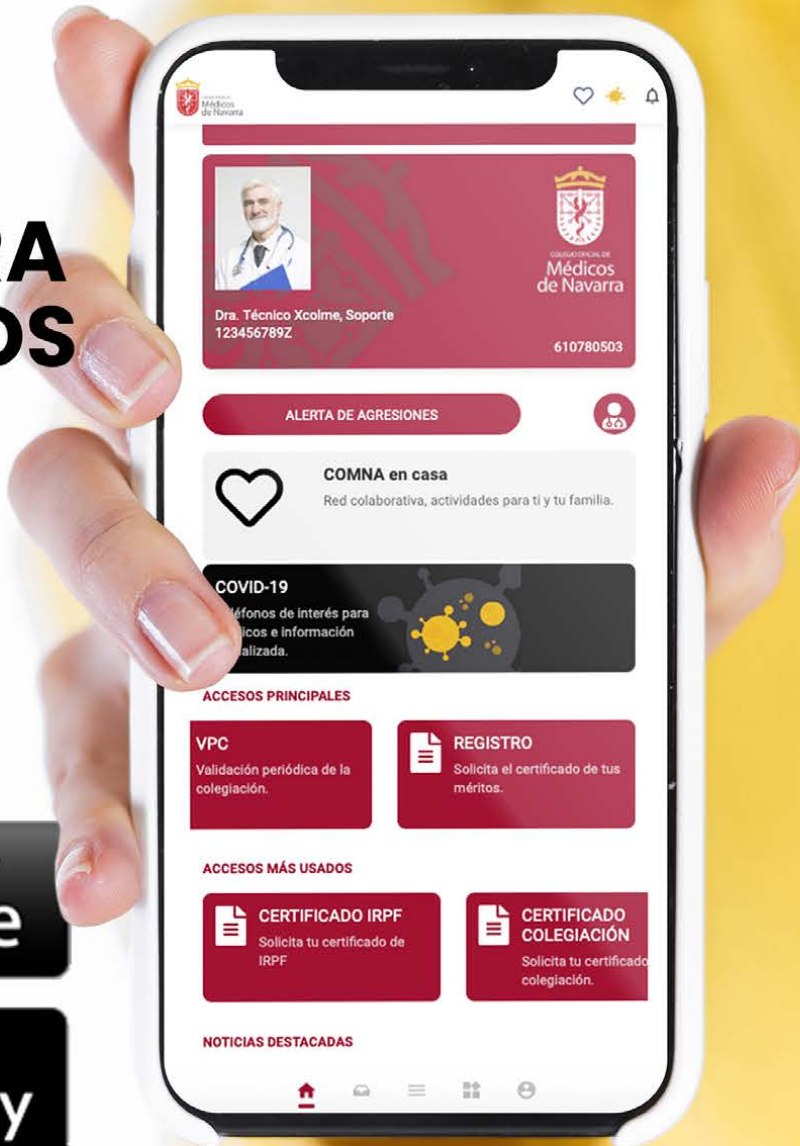
Plataforma pionera  
para la formación  
acreditada online



Pulso a la sanidad navarra:  
Diagnóstico y propuestas desde  
las vocalías colegiales

VII Certamen de Casos Clínicos:  
Entrega de premios

# 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 Teixeira, Tomás Rubio,  
Carlos Beaumont, Julio Duart y  
María Sanz.

## Comisión Científica:

Laura Barriuso, M<sup>a</sup> 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...



5

### Editorial.

Comisiones de Deontología: más allá  
del Colegio.

Por Juana María Caballín.



24

### Asamblea de Colegiados:

Balance de un año de pandemia.



28

En marcha el Certificado Médico de  
Defunción Electrónico.



38

El Colegio de Médicos desarrolla una  
**Plataforma** pionera para la formación  
acreditada online.



50

**Divulgación científica:** Impacto de  
la pandemia en el manejo de pacientes  
con psoriasis y artritis psoriásica.

Por Laura Garrido.



58

Retos y nuevas aportaciones en el  
manejo de pacientes con psoriasis y  
artritis psoriásica en Atención Primaria.

Por Ricardo Gutiérrez.



62

**Beca MIR:** Valoración geriátrica  
integral en pacientes candidatos a  
cirugía, en Manchester (Inglaterra).

Por María Fernanda Ramón.



76

### Epidemiología y estadística:

Más vale prevenir que curar.

Por Begoña Bermejo.

## ...y además:

6. **Junta Directiva:** Vocalías y  
Comité de Dirección.
22. Día de la **Atención Primaria**.
23. **FPSOMC:** Solidaridad entre  
médicos.
26. **Agresiones** a médicos en  
Navarra.
30. **Médicos en la diáspora:** Francia  
el destino preferente.
32. **VII Certamen de Casos Clínicos.**  
Entrega de premios.
43. Fórmate en tu **Colegio**.
44. Jornadas **SEMES-ONT** 2021.
46. Jornadas Navarras de **Vacunas**.
49. **SONARE:** Osteoporosis y  
enfermedad psoriásica.
68. **Universidad:** Orientando a los  
futuros médicos.
70. **Asesoría jurídica.**  
Por Mariano Benac.
71. **Libros.**
72. **Clen College.**
74. Disfruta de la terraza del  
**Restaurante El Colegio**.
79. XXV Congreso telemático de la  
**Sociedad Española de Medicina  
de la Adolescencia (SEMA)**.
80. **Microhistoria.** Por Carlos Panizo.
82. **Viajes.** Irurita. Por Salvador  
Martín Cruz.
84. **Anecdótico.** Por Iñaki Santiago.
87. **In Memoriam:** Nunca os  
olvidaremos.



Síguenos en @MedenaColegio  
para estar informado de la  
actualidad colegial y profesional  
[www.colegiodemedicos.es](http://www.colegiodemedicos.es)



# PSN Vida Total

El seguro de Vida  
sin fecha de caducidad

Seguro que alguna vez has pensado qué pasa con todo el dinero que has pagado por tu seguro de Vida si no te ocurre nada.

PSN Vida Total no tiene límite de edad, por lo que garantiza el cobro de un capital en todos los casos.

**Con PSN Vida Total  
apuestas pero ganas  
siempre.**

## Ahora más protegidos

- ✓ Fallecimiento sin límite de edad.
- ✓ Adelanto de hasta el 25% del capital asegurado para cubrir los gastos inmediatos derivados del fallecimiento.
- ✓ Edad máxima de contratación: 70 años





## Comisiones de Deontología: más allá del Código

**Juana María Caballín,**  
presidenta de la Comisión  
Deontológica del COMNA

**P**ronto dejaré la Comisión de Deontología y supongo que a eso se debe la invitación amable a escribir este editorial de Panacea, que he aceptado con agradecimiento. Han sido años de dedicación intensa en los que me he sentido libre de opinión, participativa, respetada y apreciada como persona y como profesional y, sobre todo, años de trabajo en buena compañía; compañía y ayuda que agradezco, también en nombre de la Comisión, a todas y a cada una de las personas que trabajan en el Colegio.

La deontología es concreta y normativa; sus normas se recogen en un *Código de Deontología Médica-Guía de Ética Médica* y son de obligado cumplimiento para los profesionales. Pero la medicina evoluciona a la vez que la sociedad y las leyes, por eso el Código, ahora mismo en revisión, ha de ser revisable y contemplar posibles nuevas situaciones que se vayan planteando.

Atendiendo a su significado etimológico, la palabra deontología es un helenismo que alude a: *lo que conviene, el deber; tratado de los deberes de una profesión*, y así figura en el diccionario de helenismos españoles de Crisóstomo Eseverri.

Muchas veces he pensado que la percepción externa del “papel” de las comisiones de deontología no se ajustaba a la realidad. Vaya por delante que cada comisión es un mundo y que cada una tiene un reglamento interno de funcionamiento, aunque ahora parece que se tiende a unificar, y que todas tienen en común la tarea de observación de que el Código de Deontología, como elemento representativo del compromiso de la profesión con la sociedad, sea respetado.

Dicho así, es cierto que ese papel o esa función que cada comisión asume en “defensa” del Código puede transmitir, además de frialdad y rigidez, una idea de “enjuiciamiento” asimétrico entre colegas que sería difícil de explicar.

Personalmente, solo puedo hablar de la Comisión en la que he trabajado años. Y digo trabajado porque eso es o debe ser, a mi entender, una Comisión de Deontología:

un grupo de trabajo consultivo y asesor que, en reuniones mensuales y extraordinarias en caso necesario, se ocupa y preocupa en el ámbito de su Colegio de estar atentos a la actividad profesional, de detectar posibles problemas, revisar y valorar documentos y leyes que implican a la profesión y atender las situaciones de conflicto concretas, muchas veces entre profesionales, que han sido denunciadas o notificadas al Colegio, sobre lo que se nos pide: opinión contrastada con el Código y argumentos con respaldo ético que reflejamos en un informe del que damos cuenta y cambiamos impresiones, en una reunión conjunta con la Junta Directiva del Colegio.

Pero estando como estamos, sorteando el oleaje de esta pandemia, nuestro funcionamiento habitual mantenido de forma virtual, ha ido más allá; nos hemos comunicado casi a diario, sobre todo en los peores momentos, comentando la situación, intercambiando muchas publicaciones conforme iban saliendo, nos hemos dado ánimos y nos hemos cuidado.

Es un lujo poder compartir en esta situación incierta sin perder el hilo profesional, y a veces perdiéndolo, todo lo que nos parece interesante o descabellado o positivo, con personas que trabajan y se mueven en diferentes espacios de la medicina: una psiquiatra infantil, un rehabilitador, una ginecóloga, un médico de familia, otro psiquiatra, una pediatra, una especialista en salud laboral, una endocrino, ahora en tareas de organización, una historiadora de la medicina, profesora de ética médica y, en mi caso, una jubilada de la gerontología. Y en ese descubrir y construir una visión poliédrica del “problema” hemos descubierto una forma de trabajar y de relacionarnos que igual sería interesante analizar, cuando esto pase.

El análisis, la reflexión y la deliberación nunca deberían ser ajenos a la deontología médica, deberían preceder y acompañar a la norma. Y este ha sido mi aprendizaje a lo largo de estos años, aplicando un mensaje de Adela Cortina: siempre se pueden decir o hacer muchas cosas, pero no se debe hacer cualquier cosa...

Mil gracias a todos por este tiempo.

El 25 de enero la nueva **Junta Directiva** del **Colegio de Médicos de Navarra** tomó posesión de sus cargos.

Desde las vocalías, los nuevos miembros y los que han renovado, explican su programa para los próximos cuatro años y los aspectos que más preocupan al colectivo que representan.





### VOCALÍA DE MÉDICOS TUTORES

Dra. Dña. Amaya Sola Galarza  
vmtutores@medena.es



**“A corto plazo, mi  
objetivo es crear un  
registro de tutores en  
Navarra”**

Amaya Sola (Pamplona, 1977) es especialista en Oncología Radioterápica y actualmente trabaja en el Área de Braquiterapia, tumores urológicos, ginecológicos, sarcomas y tumores cutáneos del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN).

La Dra. Sola se define como una persona inquieta. Ser tutora MIR e impartir docencia en su Servicio, le obliga a estar continuamente actualizándose, por lo que “la idea de representar a mis compañeros en el Colegio de Médicos es un reto y una oportunidad enriquecedora”.

#### – ¿Qué preocupa al colectivo al que representa?

Sobre todo, promover un mayor reconocimiento del Médico Tutor como responsable docente en la formación sanitaria especializada, realizar un programa formativo básico que fomente el profesionalismo y la investigación, elaborar un Estatuto del Médico Tutor, conseguir una retribución acorde con la responsabilidad y la implantación del “Libro del Residente Digital” de forma homogénea y con carácter oficial en todo el territorio nacional.

Actualmente y debido a la situación de pandemia covid-19, es importante valorar el deterioro de la calidad en la docencia MIR a nivel nacional con auditorías docentes en los centros con acreditación.

#### – ¿Qué objetivos se plantea desde la Vocalía para los próximos cuatro años?

Dar voz y visibilidad al colectivo de Tutores, que estamos desarrollando un importante trabajo en la formación MIR.

Realizar jornadas de formación para Tutores que garanticen una buena tutorización para que el MIR pueda ofrecer una asistencia sanitaria adecuada y así garantizar la calidad en la atención médica del paciente. También, organizar reuniones anuales en las que intercambiar ideas y proyectos de mejora.

Mi objetivo a corto plazo es crear un “registro de tutores” que permita identificar a todos los Tutores MIR de Navarra que están en activo para conocer su situación y sus vivencias dentro del colectivo.

#### – ¿Cómo está siendo su puesta al día en temas colegiales?:

Como se suele decir, “aterrizando”. La Junta Directiva nos reunimos con carácter mensual. He de dar las gracias por la gran acogida y colaboración que he sentido por parte de mis compañeros y el ofrecimiento de ayuda personal de mi antecesor en el puesto el Dr. Carlos Beaumont.

### VOCALÍA DE MEDICINA LIBRE Y COLECTIVA

Dr. D. Jesús Alfaro Adrián  
vmlibre@medena.es



“Represento a un colectivo complejo con problemas sin solucionar desde hace muchos años”

Jesús Alfaro nació en Carcastillo (Navarra), pero se define como peraltés de adopción. Es Doctor en Medicina por la Universidad de Oxford y especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, dedicándose principalmente a la Traumatología Deportiva. En la actualidad es director de la Unidad de Artroscopia y Traumatología Deportiva de la Clínica San Miguel de Pamplona y jefe del Servicio de Traumatología del mismo centro. Es profesor asociado de Anatomía en la Universidad Pública de Navarra (UPNA).

Aceptó la invitación de liderar la Vocalía porque “existía una Junta sólida con personas con las que iba a poder trabajar de forma satisfactoria”. Su experiencia en cooperación será además importante para impulsar la Oficina de Cooperación colegial.

### “Trabajaré en la reactivación de la Oficina de Cooperación”

– ¿Qué preocupa al colectivo al que representa?

Represento a un colectivo complejo con problemas sin solucionar desde hace muchos años. En Navarra, la mayor parte de los médicos que trabajan en el ámbito privado están laboralizados, aunque también lo hacen en otros sectores. Es necesario que los médicos que elijan trabajar en este sector, lo hagan de forma segura, justa y regulada, con sus derechos bien reconocidos.

– ¿Qué objetivos se plantea desde la Vocalía para los próximos cuatro años?

Lograr agrupar este colectivo, darle un sitio donde puedan informarse y resolver sus problemas. A corto plazo es difícil lograr grandes cosas. Por un lado, he entrado ya en conversaciones con otras vocalías del resto de España e intentaré aprender las formas de actuación necesarias para lograr los objetivos. Igualmente, trabajaré para dar forma y reactivar la Oficina de Cooperación.

– ¿Cómo está siendo su puesta al día en temas colegiales?

Poco a poco me voy integrando en la estructura del Colegio y conociendo, con la ayuda de mis compañeros de Junta, su funcionamiento. De momento, una experiencia satisfactoria.



### VOCALÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA URBANA (MEDICINA EXTRAHOSPITALARIA)

Dr. D. Fernando Artal Moneva  
vmextrahosp@medena.es

**“Hay que dignificar el  
trabajo cotidiano y la  
retirada profesional  
(voluntaria y  
progresiva)”**

Fernando Artal (Zaragoza, 1954) es especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, diplomado en Dirección de Hospitales por el Instituto Carlos III de Madrid y experto en Bioética por la Universidad Pública de Navarra. Tras más de 20 años en la Vocalía de Atención Primaria Urbana (Medicina Extrahospitalaria) del Colegio de Médicos de Navarra destaca “la generosidad y benevolencia de mis compañeros de Junta por permitirme seguir acompañándolos en la etapa final de mi trayectoria profesional desde esta Vocalía”. Su razón para continuar es “seguir dignificando y empoderando a la Atención Primaria (AP) de Navarra”.

#### – ¿Qué temas preocupan al colectivo al que representa?

La falta de profesionales y recursos humanos adecuados, sobrecargas diarias, infradotación presupuestaria, deterioro progresivo de la AP a raíz de la crisis económica del 2008, escasez de convocatorias de concursos periódicos tanto en Medicina de Familia como en Pediatría y las relaciones con el resto de estamentos.

#### – ¿Cuáles son sus principales demandas?

Dignificar el trabajo cotidiano y la retirada profesional (voluntaria y progresiva), una dotación presupuestaria finalista del 25% para AP y la regulación periódica de los concursos de acceso al Servicio Navarro de Salud. Los profesionales de AP necesitan sentirse escuchados y apoyados, gestionar con autonomía sus tiempos asistenciales y su formación continuada, fortalecer el compañerismo, adaptarse a las nuevas circunstancias y retos profesionales, disminuir el “burn-out profesional” (que depende de las características estructurales del ámbito de trabajo), prestigiar el acto médico en AP y la prevención de las sobrecargas cognitivas, éticas, riesgos, distrés moral y estrés de la telemedicina.

#### – ¿Qué objetivos se plantea desde la Vocalía para los próximos cuatro años?

Trabajar para alcanzar la dotación presupuestaria del 25% para la AP y contribuir al cambio del modelo asistencial actual.

#### – ¿Alguna acción concreta a corto plazo?

Seguir siendo autoreflexivos sobre la situación y la dinámica actual (la covid-19 y sus implicaciones), trabajar en resiliencia y burn-out, en retiradas profesionales dignas y reconocidas, autocuidarnos entre nosotros mismos con acciones de fortalecimiento profesional y seguir participando activamente en el Foro de Atención Primaria.

#### – ¿Qué destacaría del trabajo realizado hasta ahora?

Quiero dar continuidad al trabajo realizado en etapas previas para dar sentido a lo vivido y seguir haciendo atractivo el desarrollo profesional dentro del ámbito de la AP, que actualmente no lo es para muchos profesionales en activo y en formación. Termino con una frase de Viktor Frankl: “Para vivir, hay que sobrevivir”.

### VOCALÍA DE MÉDICOS JUBILADOS

Dr. D. Lluís Forga Llenas  
vmjubilados@medena.es



**“Quiero mejorar su  
satisfacción como  
pacientes y facilitar  
su acceso a personal  
emérito”**

Lluís Forga (Palafrugell-Girona, 1955) es especialista en Endocrinología y Nutrición y Doctor en Medicina por la Universidad de Valencia. Hasta su jubilación, en julio de 2020, ha sido Jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) y presidente de la Comisión Asesora Técnica de Diabetes del Gobierno de Navarra. Ha sido, además, profesor de Endocrinología y Nutrición en la Facultad de Farmacia y de Medicina Interna en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. En la actualidad, continúa como sanitario emérito en el Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea.

El Dr. Forga destaca que “siempre me ha interesado el Colegio de Médicos como institución destinada a proteger, ayudar y orientar a los profesionales en su quehacer diario”, pero hasta ahora su implicación en el Hospital le ha impedido participar activamente. Ahora, que dispone de más tiempo, lidera una de las vocalías más activas y participativas del Colegio.

**“Para conocer mejor  
las necesidades  
del colectivo les he  
remitido una encuesta”**

– **¿Qué preocupa al colectivo al que representa?**

El colectivo de médicos jubilados, como cualquier otro, tiene un amplio abanico de preocupaciones, de carácter diverso. Por la información que me ha proporcionado mi predecesor, el Dr. Juanjo Unzué, y por datos de la OMC, parece que un tema de especial importancia es el trato que los médicos jubilados recibimos por parte de nuestros excompañeros, cuando ya no formamos parte del sistema y necesitamos atención sanitaria.

La oferta de actividades para ocupar nuestro tiempo libre es otra de las demandas, aunque en este campo, según los datos de encuestas anteriores, las aficiones están notablemente divididas.

Para tratar de conocer mejor las necesidades del colectivo, les he remitido una encuesta. Aprovecho esta entrevista para animarles a participar.



### – ¿Qué objetivos se plantea desde la Vocalía para los próximos cuatro años?

Un objetivo general como miembro de la Junta Directiva del Colegio y tres objetivos particulares como vocal de los médicos jubilados.

El objetivo general consiste en colaborar, con el resto de la Junta, para tratar de reforzar el papel de los médicos en un momento especialmente complicado para nuestra profesión. En los últimos 10-12 años, por diversos motivos (no sólo la crisis económica o la covid), se ha producido un deterioro del papel del médico en la sanidad y también de la satisfacción de los profesionales. Todo ello dificulta enormemente mantener el nivel de calidad de la medicina pública al que estamos acostumbrados en Navarra. Por otra parte, se avecinan cambios legislativos que van a tener un impacto importante, desde el punto de vista deontológico, sobre nuestra actividad. Me refiero a leyes como la de la eutanasia o la de igualdad de género con los cambios para las personas transexuales. Como objetivos particulares, me planteo:

- 1- Conocer, con la mayor precisión posible, los deseos y aspiraciones del colectivo de médicos jubilados (un 18% del total), a fin de atenderles adecuadamente.
- 2- Mejorar la satisfacción de los médicos jubilados cuando vuelven a contactar con el sistema sanitario, esta vez como pacientes.
- 3- Facilitar y orientar el acceso a personal emérito a aquellos compañeros que deseen seguir manteniendo una actividad docente y/o investigadora tras haberse jubilado.

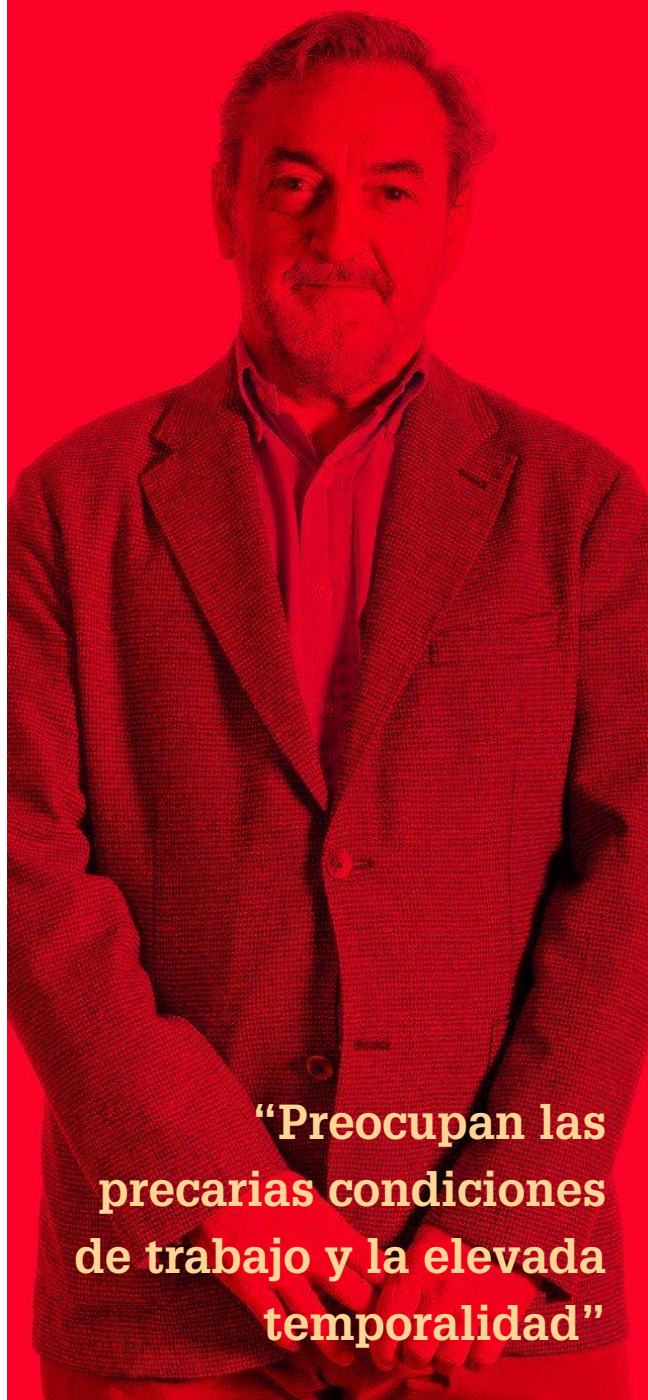
### – ¿Cómo está siendo su puesta al día en temas colegiales?

Muy buena. El Dr. Juanjo Unzué me dedicó una tarde para ponerme al día sobre las actividades de la Vocalía en los últimos 4 años. El presidente, Dr. Teijeira, nos ha facilitado a los nuevos miembros toda la información disponible y ha mantenido conmigo tres reuniones personales y, por último, recibo un apoyo muy eficaz de las personas que trabajan en el Colegio de Médicos.



### VOCALÍA DE MEDICINA HOSPITALARIA

Dr. D. Jesús Manuel Cires Bezanilla  
vhospitales@medena.es



**“Preocupan las  
precarias condiciones  
de trabajo y la elevada  
temporalidad”**

Jesús Manuel Cires (Villa de Potes-Cantabria, 1960) es licenciado en Medicina por la Universidad del País Vasco, Doctor en Cirugía por la Universidad de Navarra y especialista en Cirugía General y Digestiva vía MIR en el Hospital Universitario Virgen del Camino de Pamplona.

Ha ejercido como cirujano en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona y en la Clínica San Miguel (actividad privada), así como en hospitales de Tenerife y San Sebastián. En la actualidad, trabaja en el Hospital García Orcoyen de Estella donde ha sido presidente de la Comisión de Formación Continuada e Investigación y miembro de la Comisión de Humanización. Es, además, profesor clínico asociado de Cirugía General en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Máster en Dirección Hospitalaria y Experto Universitario en Gestión de Unidades Clínicas por la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III de Madrid. Es colaborador de las Fundaciones Cirujanos en Acción y Hernia International Foundation desde 2015, realizando campañas humanitarias quirúrgicas como team leader, en Gambia, Camerún, Perú, Liberia y Kenia.

Aceptó presentar su candidatura a la Vocalía de Medicina Hospitalaria animado por un colega que formó parte de la anterior Junta Directiva y de su Presidente.

**“Desde la Vocalía  
pondré en valor  
nuestra profesión  
para ir corrigiendo  
las importantes  
desigualdades en  
relación con otras  
comunidades”**



## – ¿Qué preocupa al colectivo al que representa?

El sistema sanitario ha sufrido la peor crisis desde su existencia como consecuencia de la pandemia por el coronavirus y ha supuesto una prueba de esfuerzo que aún no se ha superado. Además, tras varios años de recortes y falta de inversión, nuestra sanidad arrastra un déficit crónico de financiación con respecto a países de nuestro entorno y con similar desarrollo económico. La división política y la falta de coordinación entre el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas dificultan la adopción de medidas comunes efectivas, debilitando aún más el sistema.

Preocupan, a nuestro colectivo, las precarias condiciones de trabajo con bajas retribuciones y la ausencia de incentivos, así como la elevada temporalidad y, sin duda, la discriminación salarial con respecto a otras comunidades y la obligatoriedad del complemento específico de exclusividad. Todo ello, favorece la fuga de médicos especialistas a otras comunidades autónomas o países de la UE. Es significativo que tan sólo el 40% de los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria de Navarra de las dos últimas promociones MIR, obtuvieron trabajo en Navarra; o que el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos haya expedido en los últimos diez años alrededor 31.000 certificados de idoneidad para salir fuera de España. Aunque no todos los que solicitaron el certificado se han ido finalmente, son muchos los especialistas españoles que están buscando mejores oportunidades en países de la UE, mientras asistimos a la paradoja actual de la contratación con carácter extraordinario de médicos sin MIR y extracomunitarios aprobada recientemente por el Consejo de Ministros.

El sistema arrastra problemas crónicos como las listas de espera, la asistencia a pacientes crónicos y a personas mayores.

En los hospitales comarcales de nuestra Comunidad preocupa la dificultad para crear equipos de trabajo estables debido a una elevada rotación de especialistas, con la dificultad inherente para cubrir las plazas vacantes. Se debería fidelizar a los profesionales, potenciando incentivos salariales y no salariales como una mayor valoración del trabajo en un Hospital Comarcal; evitar modelos rígidos, facilitando la movilidad de los médicos especialistas del Hospital Comarcal al Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) para su actualización y formación continuada, así como la rotación de los MIR del CHN en el Hospital Comarcal, permitiéndoles conocer un entorno profesional diferente que quizás pudiera ser su futuro destino laboral.

## – ¿Cuáles son sus principales demandas? ¿Qué cree que necesitan?

Es necesario el incremento del gasto público en Sanidad hasta alcanzar la media de la UE.

El Ministerio de Sanidad debe ejercer un mayor liderazgo, potenciando la coordinación y evitando la discriminación salarial entre comunidades. La financiación además de suficiente debe ser equitativa y acabar con las enormes diferencias entre las comunidades autónomas.

Deben mejorarse las condiciones de trabajo de los profesionales desarrollando nuevos incentivos, sobre todo para aquellas especialidades de difícil cobertura.

Se necesitan líderes que sean referentes morales y que desarrollen jefaturas de prestigio, capaces e independientes de intereses personales o políticos, así como la profesionalización de los cargos directivos sanitarios para que no dependan de afinidades políticas.

## – ¿Qué objetivos se plantea desde la Vocalía para los próximos cuatro años?

Informar de la situación de los profesionales hospitalarios a la Administración sanitaria autonómica y a la sociedad en general, poniendo en valor nuestra profesión y corrigiendo las importantes desigualdades en relación con otras comunidades; retener a los profesionales que optan por un destino laboral más atractivo en otros países o comunidades y garantizando así un recambio generacional ante la próxima jubilación del 40% de los médicos especialistas de Navarra en los próximos 10 años; y, sin duda, hacer atractivo el destino profesional en el Hospital Comarcal, fidelizando y estabilizando sus plantillas.

## – ¿Alguna acción concreta a corto plazo?

Es imprescindible conocer la realidad profesional de los médicos que desarrollamos nuestra actividad en los hospitales públicos y privados de Navarra. Con éste objetivo y como punto de partida, me planteo la posibilidad de llevar a cabo una encuesta entre los miembros de ésta vocalía y evaluar aspectos como la satisfacción, formación, promoción, ambiente de trabajo, remuneración, reconocimiento, comunicación, áreas de mejora, etc.

## – ¿Cómo está siendo su puesta al día en temas colegiales?

Es bastante exigente y laboriosa, pero también interesante y motivadora. Hay mucha información profesional de calidad sobre diferentes aspectos de los profesionales hospitalarios y que procede de medios de comunicación específicos, informes y encuestas del Colegio de Médicos, del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y del Sindicato Médico, entre otros. Sin embargo, le doy mucho valor a la información que obtengo de “primera mano” en mi propio ámbito de trabajo sobre los aspectos que más nos preocupan, así como sus posibles soluciones y que quizá pudieran extrapolarse a hospitales de características similares.

### VOCALÍA DE MÉDICOS JÓVENES

Dr. D. Joaquín De Carlos Artajo  
vmir@medena.es



**“Somos la base sobre  
la que se sustenta el  
Sistema Nacional de  
Salud”**

Joaquín De Carlos (Pamplona, 1992) es residente en Endocrinología y Nutrición en el Complejo Hospitalario de Navarra. Licenciado en Medicina por la Universidad de Navarra, ha realizado una estancia formativa en el Hospital Kremlin Bicêtre de París, centro de referencia de enfermedades hipofisarias. Es investigador en patología tiroidea. Su incorporación a la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra “es una oportunidad para ayudar desde primera línea a mejorar la situación actual de los residentes y médicos jóvenes”.

**“Debemos adaptar  
nuestro sistema de  
formación a las nuevas  
formas de trabajo  
online”**

**– ¿Qué preocupa al colectivo al que representa?**

La vocalía de médicos jóvenes está compuesta por un colectivo muy heterogéneo y amplio, debido a la gran variedad de especialidades que abarca, desde residentes de primer año hasta adjuntos jóvenes. No obstante, somos la base sobre la que se sustenta el Sistema Nacional de Salud, siendo una pieza fundamental para su buen funcionamiento. Para poder ofrecer medicina de calidad, tenemos la responsabilidad personal de estudiar, pero también la obligación de que se nos dote de los medios adecuados en el aprendizaje continuo.



## – ¿Cuáles son sus principales demandas? ¿Qué cree que necesitan?

Los temas que preocupan y las soluciones que se proponen son los siguientes:

- **Itinerario docente:** Es fundamental contar con unidades docentes con una estructura y número de tutores suficientes. Tienen que poder ofrecer una formación individualizada y de máximo nivel. Para ello, deben ser evaluadas por los residentes y auditorías externas que las certifiquen, con la posibilidad de realizar modificaciones según las propuestas. Recaltar también la responsabilidad progresiva del residente, precisando supervisión adecuada. El doble papel laboral y formativo no implica tener que cubrir de manera reiterada los déficits del sistema y/o llevar a cabo tareas que excedan nuestras competencias sin la vigilancia necesaria.
- **Adaptación tecnológica:** La epidemia ocasionada por la covid ha cambiado la manera de relacionarnos con los pacientes y con la ciencia. Debemos adaptar nuestro sistema de formación a las nuevas formas de trabajo online. Además, tenemos que flexibilizar el modelo de atención médica, buscando y aplicando la telemedicina sólo en las áreas donde sea más eficaz que la presencial. Para ello, será necesario formar al personal.
- **Rotaciones:** Recuperar las rotaciones regionales, nacionales e internacionales que se han visto modificadas debido a la pandemia. Impulsar las estancias formativas en centros de referencia, ya que aporta un beneficio individual y colectivo para el propio servicio que puede aplicar los conocimientos que se adquieren.
- **Investigación:** Promoción y ayuda en la producción científica (artículos, pósteres, comunicaciones) y de tesis doctorales. Para ello, debería estar contemplado dentro de la jornada laboral habitual, un tiempo mínimo para realizar este trabajo de investigación.
- **Número de plazas:** Adaptarlas según las necesidades, siendo para ello necesario realizar planes según la previsión futura y en función del recambio generacional. Se debería seguir potenciando aquellas especialidades que tendrán o tienen un déficit de profesionales, sin sobredimensionar las que cuentan con personal adaptado a la demanda laboral.
- **Condiciones laborales:** Equiparar la oferta laboral tras terminar la residencia al resto de comunidades de nuestro entorno. Existen discriminaciones que hacen que el contrato de trabajo en Navarra sea menos atractivo y más precario en comparación con

otros centros, favoreciendo la salida de médicos que querrían seguir en nuestra comunidad.

- **Contratación:** Adaptar el método de las listas actuales para favorecer la movilidad dentro de los centros de la misma comunidad, dando mayor flexibilidad y potestad al servicio para realizar las contrataciones.
- **Salud:** La implicación personal en situaciones estresantes y la carga de trabajo, además de las consecuencias directas derivadas de la covid, han afectado emocionalmente y aumentado el estrés. Para ello, sería importante promocionar las estrategias y vías para solicitar ayuda. Por otro lado, es fundamental respetar el tiempo de descanso obligatorio después de realizar jornadas de 24 horas, respetando los salientes de guardia que son obligatorios por ley.

## – ¿Qué objetivos se plantea desde la Vocalía para los próximos cuatro años?

Principalmente, proponer una vía de diálogo entre médicos jóvenes y los organismos responsables para poder transmitir las preocupaciones del colectivo y realizar las modificaciones necesarias.

## – ¿Alguna acción concreta a corto plazo?

Hemos elaborado una encuesta online que abarca los temas que más nos preocupan. De tal forma que, con las respuestas, tengamos una aproximación de la opinión, además de un apartado para sugerencias. Una vez recogidos los datos, nos pondremos en contacto con las distintas unidades para intentar abordar las soluciones a dichas cuestiones.

### VOCALÍA DE MEDICINA RURAL

Dra. Dña. Juana María Celay Rodrigo  
vmrural@medena.es



**“En Atención  
Primaria rural la  
precariedad se  
agrava”**

Juana Celay (Pamplona, 1965) es especialista en Medicina de Familia. Ha trabajado en Atención Primaria urbana, en el Servicio de Urgencias Extrahospitalarias, en el Servicio de Urgencias Rural y, en la actualidad, es directora de la Zona Básica de Salud de Auritz-Burguete.

### **“Sería bueno encaminarnos hacia una autonomía de gestión”**

– **¿Qué razones le han llevado a continuar en la Vocalía?**

- Llegué a la Vocalía a mitad de la legislatura anterior. Pasó un tiempo hasta que me centré en el cometido a desarrollar, en los proyectos a nivel nacional... y llegó la pandemia covid que paralizó el ritmo habitual, nos obligó a trabajar en otras necesidades que pasaron a ser prioritarias. Ahora que estamos en una etapa más serena, es el momento de recuperar ese tiempo, esos proyectos y, si es posible, colaborar en otros nuevos surgidos a raíz de lo vivido. Seguro que resulta muy enriquecedor compartir esta nueva etapa en la Junta, tanto con los que continúan como con los que se incorporan.

– **¿Qué temas preocupan al colectivo al que representa?**

La situación de precariedad que arrastra desde hace mucho tiempo la Atención Primaria (AP) y que la pandemia ha venido a poner de manifiesto más si cabe. En el ámbito de la AP rural el problema se agrava: plazas de difícil cobertura y de profesionales médicos que se decidan por formarse en Medicina de Familia y vengán al ámbito rural, falta de conocimiento de este ámbito y dificultad para la implantación de nuevas tecnologías.

– **¿Cuáles son sus principales demandas?**

En este momento, se necesita una reforma de la AP que mejore las condiciones en las que desarrollamos nuestro trabajo. Aunque compartamos problemas comunes, el ámbito rural tiene una problemática diferente al urbano y, además, se deberían tener en cuenta las peculiaridades existentes entre las zonas rurales de Navarra y, por tanto, las diferentes demandas de cada zona. Sería bueno encaminarnos hacia una autonomía de gestión.



– **¿Qué objetivos se plantea desde la Vocalía para los próximos cuatro años?**

Colaborar, en todo lo posible, para que sea real esa reforma de la AP y que garantice una AP rural de calidad. Trabajar para que se conozca el medio rural en la formación pregrado desde los primeros cursos de la carrera de Medicina y entre los residentes, y facilitar en lo posible el aumento de rotaciones rurales. Colaborar en los proyectos que surjan desde el Colegio, especialmente en los relacionados con AP y, sobre todo, en AP rural.

– **¿Alguna acción concreta a corto plazo?**

En este momento y promovido a nivel nacional, estamos intentando analizar la situación de la AP rural en nuestro país, teniendo en cuenta diversos aspectos. Sólo ya la obtención de datos sobre zonas básicas de salud, centros, consultorios, plazas de difícil cobertura, colegiados en nuestra Vocalía nos proporcionará información interesante que podrá ser utilizada en futuras acciones a realizar. Los datos de una encuesta que hemos dirigido a los miembros de la Vocalía de Medicina Rural de Navarra nos permitirá, además, analizar la situación existente en los entornos rurales y plantear soluciones de mejora. Aunque en Navarra, desde el Colegio y con las Vocalías de AP ya se ha trabajado en esa línea, considero importante seguir conociendo la opinión de la colegiación.

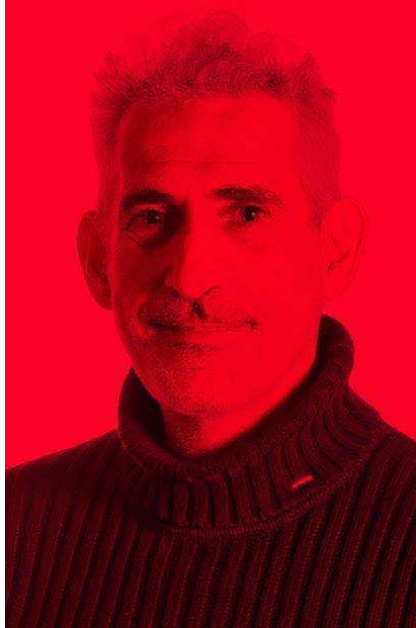
– **¿Qué destacaría del trabajo realizado hasta ahora?**

Se intenta hacer lo posible en favor de los y las colegiadas, aunque éste último año está siendo bastante complicado. Confío en que, en breve, pueda prestar el tiempo y la dedicación que la Vocalía se merece.



## JUNTA DIRECTIVA – TUDELA

### JUNTA COMARCAL DE TUDELA: ACERCAR LA RIBERA AL COLEGIO



Dr. D. Jesús Javier Ayensa  
Calvo  
vtudela@medena.es

**“Potenciar  
servicios  
colegiales y  
avanzar en la  
digitalización  
son algunos  
de los  
objetivos”**

Dr. D. Javier Óscar  
Dosantos Hernández

Especialista en Medicina  
Familiar y Comunitaria.



Dra. Dña. Olga Sanz  
Asín

Especialista en Obstetricia  
y Ginecología.



La Junta Comarcal de Tudela está compuesta, además, por Javier Óscar Dosantos Hernández, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Tudela Este y Olga Sanz Asín, especialista en Obstetricia y Ginecología del Hospital Reina Sofía de Tudela.

Jesús Javier Ayensa es especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y vicepresidente de SEMERGEN Navarra. Ha trabajado como médico de urgencias en el Hospital Reina Sofía de Tudela y desde hace 10 años es médico de Cascante. Renueva en su labor como coordinador y representante de la Junta Comarcal de Tudela en el Colegio de Médicos de Navarra.

Desde hace años, uno de los objetivos de la Junta Comarcal de Tudela es “acercar la Ribera al Colegio de Médicos de Navarra e intentar plasmar nuestras necesidades, tanto en Atención Primaria como Hospitalaria, y en aspectos relacionados con la formación, la docencia y temas de actualidad que preocupan a nuestros colegiados”

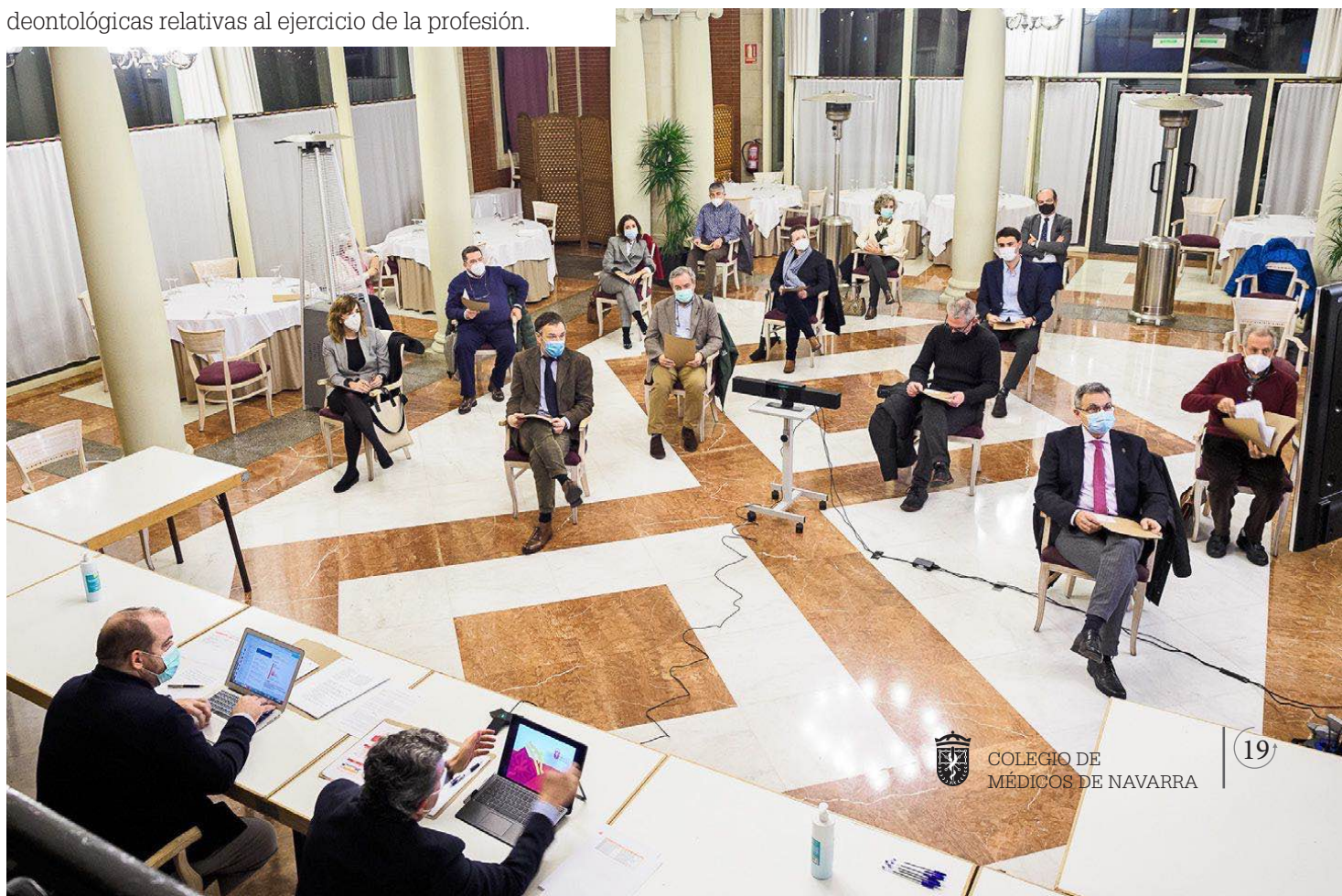
El vocal de Tudela subraya que “la distancia entre Pamplona y Tudela, si bien no es mucha, se hace más evidente en temas colegiales. La sede de Tudela se ha quedado obsoleta. El Colegio de Médicos necesita un relanzamiento y que sea un punto de nexo común entre los colegiados”. Entre los objetivos propuestos destaca potenciar servicios y avanzar en la digitalización.



## 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.



## JUNTA DIRECTIVA — COMITÉ DE DIRECCIÓN

### Comité de Dirección

La Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra está formada por las vocalías y un Comité de Dirección.

- **Presidente**  
Rafael Teijeira Álvarez  
Especialista en Medicina Legal y Forense.
- **Vicepresidente**  
Tomás Rubio Vela  
Especialista en Medicina Interna.
- **Secretario**  
Julio Duart Clemente  
Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología.
- **Vicesecretario**  
Carlos Beaumont Caminos  
Médico de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.
- **Tesorera**  
María Sanz Gálvez  
Médico de Urgencias del Hospital Reina Sofía de Tudela.

#### Presidente

Dr. D. Rafael  
Teijeira Álvarez



#### Vicepresidente

Dr. D. Tomás  
Rubio Vela





## COMITÉ DE DIRECCIÓN— JUNTA DIRECTIVA

### Secretario

Dr. D. Julio Duart  
Clemente



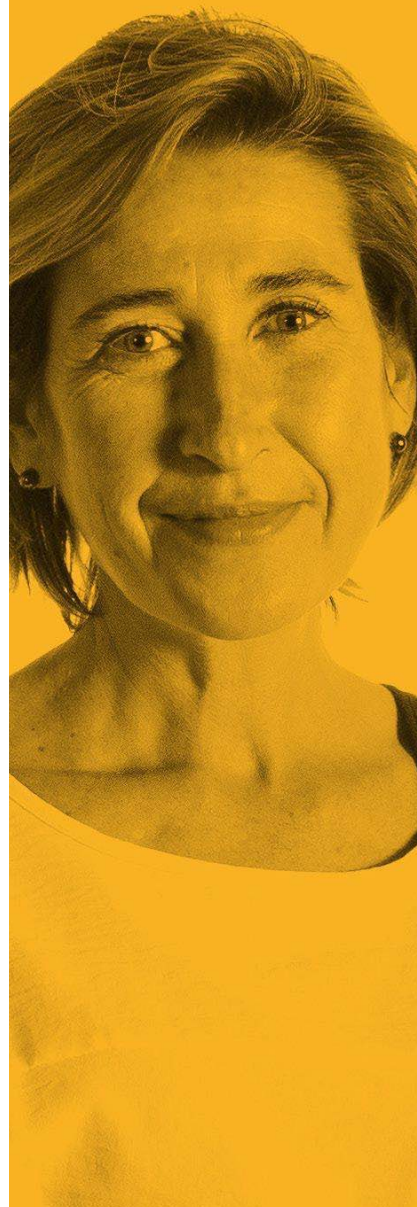
### Vicesecretario

Dr. D. Carlos  
Beaumont Caminos



### Tesorera

Dra. Dña. María  
Sanz Gálvez



# Día de la Atención Primaria

- Las Vocalías de Atención Primaria del Colegio de Médicos piden a gestores y políticos unidad y participación
- Recalcan que “pese a la sobrecarga física y emocional, mantenemos el ánimo”



*La Atención Primaria te cuida.  
¡Protégela!*

En el día de la Atención Primaria, que se celebró el 12 de abril, las vocalías de Atención Primaria del Colegio de Médicos de Navarra –Vocalía de Medicina Rural, Urbana y Atención Primaria de Tudela- difundieron un comunicado en el que recalcan, en nombre de los médicos a los que representan, su orgullo por ejercer en Atención Primaria, “único ámbito que garantiza la accesibilidad y equidad en la atención sanitaria a toda la población, que por sus valores y principios esenciales nos hace conocedores de nuestros pacientes de manera integral y longitudinal, y que ha demostrado con creces su valía y coraje durante la pandemia que nos invade”.

El comunicado subraya que, a pesar de la sobrecarga física y emocional, la Atención Primaria sigue mostrando la enorme importancia de este nivel asistencial en la mejora real de la atención sanitaria y de la calidad de vida de nuestros pacientes. “Somos más que conocedores -dicen las Vocalías- del progresivo deterioro que desde hace años, y más agravado en este último año, sufre la Atención Primaria. Aún con todo, mantenemos el ánimo para seguir trabajando por conseguir una Atención Primaria fuerte y potenciada con todos los avances técnicos y nuevas tecnologías que vamos disponiendo a nuestro alcance”.

Finalmente, destacaron que la celebración del Día de la Atención Primaria es un buen motivo para recordar a nuestros gestores, políticos y administraciones “que deben contar con la participación de los profesionales en las decisiones a tomar y que debemos trabajar juntos para lograr esa Atención Primaria que la ciudadanía se merece”.

COMUNICADO



Solidaridad entre médicos

## Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC)

Hazte socio/a protector de la #FamiliaMédica



La Fundación para la Protección Social de la OMC (antiguo Patronato de Huérfanos) es un órgano de solidaridad colectiva entre médicos y de ayuda a los compañeros/as más necesitados. Ofrece protección social a los médicos y a sus familias en forma de ayudas económicas y apoyo social.

Cuenta también con prestaciones destinadas a facilitar la conciliación de la vida personal, familiar y laboral.

Conoce todas las prestaciones de la Fundación Patronato de Huérfanos en

<http://www.fpsomc.es>.

Catálogo

### Prestaciones en Navarra

En la actualidad, la Fundación presta asistencia a más de 43 colegiados y familiares en Navarra y concede prestaciones por invalidez, orfandad y becas para continuidad de estudios. Anualmente destina más de 200.000 euros a ayudas en Navarra, gracias a la solidaridad de la Profesión.

### ¿Cómo ser socio/a protector?

La cuota de la Fundación es de carácter voluntario y se paga trimestralmente a través del recibo que emiten los colegios de médicos. Ascende a 23,77 euros, cantidad que el Colegio de Médicos de Navarra envía íntegramente a la Fundación. Te recordamos que esta cantidad es deducible en el impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, por lo que el coste real de pertenecer a la Fundación es inferior a 6 euros mensuales.

¿Quién no es solidario con nuestros compañeros y sus familias en momentos de vulnerabilidad por este dinero?

**COLABORA CON LA FUNDACIÓN, TUS COMPAÑEROS Y SUS FAMILIARES TE NECESITAN HAZTE SOCIO/A PROTECTOR**

Nuestros beneficiarios os lo agradecen.

### Viuda de médico navarro con tres hijos:

"Recibo ayudas de la Fundación por orfandad para mis hijos. Es un apoyo importante, que te aporta más tranquilidad a la hora de continuar con unos planes de vida que, en cierto modo, han sido ya trastocados.

Mi mensaje hacia los médicos socios y protectores de la Fundación es de profundo agradecimiento, por la repercusión que tales aportaciones tienen en el bienestar y cuidado de sus receptores, una gratitud que cobra mayor fuerza viniendo de la acción solidaria de una profesión como la Medicina. Seguro que esta reflexión estaría en la mente de mi marido, al formar parte de dicha Fundación".

Más historias y vídeos

Te atendemos en tu Colegio

**Para más información sobre todas estas prestaciones, contactar en el Colegio de Médicos de Navarra con Ainhoa Urriza.**

**Horario de atención de lunes a viernes, de 9 a 14:00 horas.**

Centralita: 948 22 60 93 Ext. 5

Correo: [aurriza@medena.es](mailto:aurriza@medena.es)

Página Web Fundación



COLEGIO DE  
MÉDICOS DE NAVARRA

# Asamblea General de Colegiados

## Aprobación de cuentas y presupuestos por unanimidad

En 2021, desarrollo del Plan Estratégico aplazado por la pandemia



En un año marcado por la covid-19, la Asamblea General de Colegiados aprobó por unanimidad el informe económico del ejercicio 2020 y los presupuestos del 2021.

La Asamblea se realizó el pasado 27 de abril y los colegiados pudieron elegir entre asistir presencialmente o participar por videoconferencia, gracias a un sistema telemático que permitió la votación online.

Rafael Teijeira comenzó y cerró su intervención agradeciendo a los profesionales de Navarra su dedicación y entrega, y a los miembros de la Junta Directiva –los que la han dejado y los nuevos vocales– su trabajo y disponibilidad. Destacó el importante esfuerzo que, durante el año 2020, el Colegio de Médicos ha realizado para escuchar, atender, informar y poner en marcha servicios en apoyo a los colegiados, recogidos en la [Re-vista Panacea, especial covid-19](#).

El Colegio de Médicos ha intensificado los encuentros con sociedades científicas, colegios profesionales sanitarios e instituciones con los que ha desarrollado diferentes iniciativas para la provisión de material de protección frente a la covid-19, la realización de estudios serológicos y de PCR a familiares de colegiados y médicos jubilados, apoyo emocional y cursos mindfulness, entre otras iniciativas. Con las sociedades científicas ha elaborado comunicados y documentos sobre Atención Primaria, seguridad de las vacunas o certificados por absentismo escolar.

Con el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra ha impulsado hoteles para profesionales, la elaboración de listados de médicos voluntarios, la comunicación sobre actividades negacionistas y ha participado en el comité asesor sobre decisiones éticas en el cuidado del paciente

de coronavirus. Se opuso a la contratación de médicos no nacionales (homologaciones express), pidió la contratación como especialistas de los MIR que finalizaron su periodo formativo en mayo, reclamó información sobre los test rápidos, e instó a la realización de estudios de seroprevalencia y a la inclusión de las residencias de ancianos en cribados.

Quedaron pendientes por la pandemia otros asuntos que el Colegio de Médicos defiende frente a la Administración y en el Consejo Navarro de Salud, del que forma parte, como la actualización de la Ley Foral de Salud, la profesionalización de la gestión, la figura del médico emérito o la prolongación de la edad de jubilación. Sobre la mesa también están asuntos como las competencias medicina-enfermería, el complemento de exclusividad para médicos del SNS-O o la dirección de los centros de Salud.



# ASAMBLEA GENERAL DE COLEGIADOS

## Austeridad y eficiencia económica

La actividad económica del Colegio de Médicos de Navarra durante el año 2020 ha continuado, pese a las dificultades derivadas de la pandemia, con una gestión económica auster, eficiente y auditada que, según explicó Rafael Teijeira en su informe de Presidencia, se ha caracterizado por no generar deuda con la Organización Médica Colegial (OMC/Fundación), la reducción de la deuda con las entidades financieras y el control del gasto.

## Digitalización y creación de nuevos servicios

Para el 2021, el Colegio de Médicos de Navarra se marca como objetivo fundamental desarrollar y consolidar el Plan Estratégico que quedó aplazado por la pandemia.

El presidente destacó algunos de los objetivos previstos como avanzar en la digitalización del Colegio, la creación de nuevos servicios y actividades exclusivas y punteras, la consolidación y mejora del programa de formación, continuar con las convocatorias de ayudas a la formación de nuestros colegiados (con especial dedicación a los más jóvenes) y el desarrollo de la Oficina de Cooperación colegial.

La pandemia ha acelerado la digitalización del Colegio de Médicos de Navarra con la creación de una Plataforma online de Formación Médica Acreditada y la app Colegio de Médicos de Navarra, entre otras iniciativas. Durante el año 2021 se seguirá avanzando en esta línea.

## Demografía médica en Navarra

El Secretario del Colegio de Médicos, Julio Duarte, presentó en su informe los datos demográficos de la colegiación en Navarra. A fecha de 31 de diciembre de 2020, el número de colegiados asciende a 4.590, de los que 3.604 están en activo y 769 son jubilados.

Se constata la progresiva feminización de la profesión en Navarra: de los 3.604 médicos en activo, el 60,8 son mujeres y el 39,2% hombres.

El colectivo de MIRes representa el 15,90% de la colegiación. De los 573, el 63,87% son mujeres y el 7,50% extranjeros.

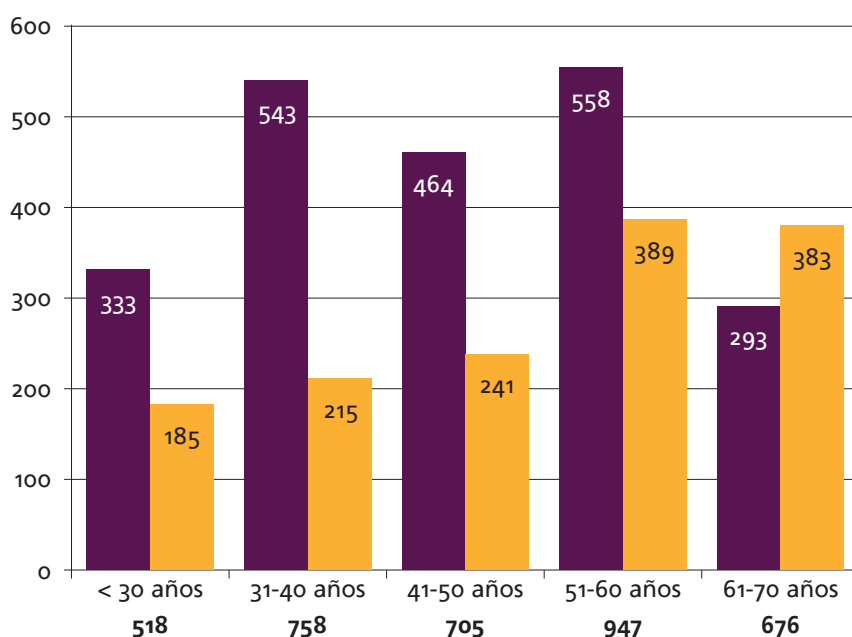
El balance anual de altas y bajas durante el año 2020 arroja un balance negativo, con 47 colegiados menos. De las 139 bajas cursadas, 100 son por traslados interprovinciales, 22 por fallecimiento, 7 por traslados internacionales y 10 son voluntarias.

Julio Duarte informó del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) que, durante el año 2020, ha registrado 23 nuevos casos (el número de expedientes activos es de 92).

En el portal de transparencia del Colegio de Médicos de Navarra se puede acceder a la documentación presentada en la Asamblea General de Colegiados: informe de Presidencia, informe económico del ejercicio 2020, presupuestos del ejercicio 2021, informe de la Comisión de Ética y Deontología Médica, informe del Área de Desarrollo Profesional, informe del Gabinete de Comunicación, informe de Asesoría Jurídica, informes de Vocalías y de Secretaría General.

Portal de transparencia del Colegio de Médicos de Navarra  
<https://colegiodemedicos.es/#>

Distribución de la colegiación en Navarra, por sexo y edad ▼



## Día Europeo contra las Agresiones a Médicos y Profesionales Sanitarios

El Colegio de Médicos de Navarra anima a que se denuncie siempre cualquier agresión

**E**n el Día Europeo Contra las Agresiones a Médicos y Profesionales Sanitarios, celebrado el pasado 12 de marzo, el Colegio de Médicos de Navarra animó a los médicos que sufran cualquier tipo de agresión en el ejercicio de su profesión a que denuncien siempre

y comuniquen a su Colegio de Médicos cualquier tipo de violencia (agresiones físicas, insultos, amenazas, injurias, intimidaciones o maltrato). La denuncia de estos hechos facilitará tener un registro fiable y poder actuar en defensa de la dignidad de un colectivo ya especialmente castigado por la pandemia.

12 de Marzo 2021

#StopAgresiones

En Navarra, durante el año 2020, 115 facultativos comunicaron al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea algún tipo de agresión, una cifra ligeramente inferior a la registrada en 2019, que fueron 127.

También han descendido las agresiones comunicadas a los Colegios de Médicos. Según los datos presentados por el Observatorio contra las Agresiones a Sanitarios de la Organización Médica Colegial (OMC), durante el año 2020, el número total de agresiones comunicadas a los Colegios de Médicos fue de 441, lo que significa un descenso del 35% con respecto a las comunicadas en el año 2019, que había sido la cifra más alta de los últimos diez años, con un total de 677.

En Navarra, el 88,6% de las agresiones registradas durante el año

2020 han sido de tipo verbal (59 agresiones verbales con amenazas y 43 con insultos, del total de las 115 registradas). Seis agresiones más fueron físicas intencionadas y otras seis físicas no intencionadas. El insulto o la amenaza es también el tipo de agresión claramente mayoritario en las estadísticas de la Organización Médica Colegial, ya que nueve de cada diez agresiones comunicadas a los Colegios de Médicos en 2020 se han producido en forma de insulto o amenaza y un tercio de forma telemática.

En este sentido cabe destacar que, en 2020 y debido a la situación derivada de la pandemia por COVID-19, el 29% de las 441 agresiones registradas por los Colegios de Médicos se realizaron por vía telefónica o telemática, frente al 71% restante. Este nuevo contexto sanitario y asistencial ha provocado un cambio respecto a la consecuencia de las agresiones que en 2020 fueron mayoritariamente no físicas (56%) frente al 44% de las físicas, invirtiendo la tendencia por primera vez en los últimos años.



## Las mujeres, las más castigadas

Un dato también destacable es que son las mujeres las que sufren la mayor parte de las agresiones. En Navarra, suponen el 67,8% por ciento de las 115 agresiones registradas por los médicos y médicas en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. También los datos de la Organización Médica Colegial (OMC) reflejan esta tendencia, ya que el 57% de las agresiones corresponden a mujeres frente al 43% de los hombres.

*Cartel del Día Europeo  
Contra las Agresiones a  
Médicos y Profesionales  
Sanitarios*



## Tolerancia cero frente a las agresiones

El Colegio de Médicos de Navarra subraya que las agresiones notificadas son solo la punta del iceberg. Hay ocasiones en las que no se denuncia la agresión porque piensan que sirve para poco. El Colegio de Médicos anima a comunicar cualquier tipo de agresión y a iniciar el proceso de denuncia, no con el fin de castigar al paciente, sino en defensa de la dignidad profesional y para trasladar a la sociedad que no sale gratis agredir al profesional sanitario.

El Colegio navarro pone a disposición de sus colegiados un servicio de asesoría jurídica personalizada que permite que el médico que ha sufrido una agresión esté acompañado por un letrado desde el inicio del proceso. Además, el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) facilita una valoración confidencial y personalizada si el profesional necesita, además, asistencia en el ámbito psicológico.

Agresiones físicas, insultos, amenazas, injurias, intimidaciones o maltrato forman parte de la violencia contra los profesionales de la salud, una lacra de indudable repercusión social que afecta a la actividad sanitaria, a la relación de confianza médico-paciente y demás profesionales sanitarios, a la salud del personal agredido y a la calidad asistencial que reciben los propios pacientes.

## Delito de atentado contra la autoridad también en el ejercicio privado

El Colegio de Médicos de Navarra reclama para la Medicina privada el mismo tratamiento jurídico que ya tienen los profesionales que trabajan en el sector público. Según datos de la Organización Médica Colegial, el 14% de las agresiones a facultativos durante el año 2020 se han producido en el ámbito del ejercicio privado.

Desde el año 2015, el Código del Penal reconoce la agresión a los sanitarios del sector público como delito de atentado contra la autoridad, pero quedaron fuera de esta modificación legal los médicos que ejercen en el ámbito privado. Desde los Colegios de Médicos se seguirá trabajando para que las agresiones a sanitarios sean consideradas violencia social, contemplando la consideración de delito contra la autoridad tanto si se producen en el ámbito público como en el privado, y para que sean penadas con los mismos criterios en todas las Comunidades Autónomas.

## Manifiesto 2021

Cada año, el Observatorio de Agresiones de la OMC publica un Manifiesto en el que hace un llamamiento a todos los agentes intervinientes para que tomen las medidas necesarias para proteger a los profesionales y, con ellos, al conjunto del sistema sanitario.

**Manifiesto Día Europeo Contra las Agresiones a Médicos y Profesionales Sanitarios**

# En marcha el Certificado Médico de Defunción Electrónico

**“Otorga mayor seguridad, confidencialidad y minimiza potenciales errores”, explica Rafael Teijeira.**

A principios de marzo comenzó la fase de pilotaje del nuevo Certificado Médico de Defunción Electrónico, una iniciativa del CGCOM en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística (INE) que dotará de mayor agilidad y facilidad a esta gestión para colegiados y ciudadanos, así como supondrá una actualización inmediata de la información estadística para las administraciones.

En una entrevista publicada en [Médicos y Pacientes](#), el presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teijeira, pone en valor este proceso de transformación digital que debe de extenderse a muchos otros procedimientos. Destaca, asimismo, la importancia de contar con una firma electrónica.



## **¿Qué va a suponer para los profesionales médicos el Certificado Médico de Defunción Electrónico?**

Es necesario que, en estos tiempos, todos los procesos administrativos se vayan digitalizando. La puesta en marcha del CMD-e facilitará su cumplimentación de forma más ágil e inmediata, sin necesidad de esperar a tener el documento en soporte papel. Ganará en seguridad y confidencialidad y, además de agilizar mucho la tramitación actual, minimizará los potenciales errores.

## **¿En qué cambia el proceso?**

El documento es el mismo. El proceso cambia en cuanto a la metodología de cumplimentación y a la agilidad en la transmisión de la información tanto al INE como al Registro Civil. Esta transmisión de información también debería ser útil, en un futuro, para otras instituciones que trabajan sobre estos documentos como los registros de mortalidad.

## **¿Qué implica este certificado a nivel estadístico?**

El CMD-e es un documento médico-legal de gran trascendencia. La cumplimentación de todos sus datos tiene importancia, pero son especialmente relevantes los relativos a las causas de muerte. Estos son fundamentales para establecer las estadísticas de mortalidad y, por tanto, condicionan la toma de decisiones en lo relativo a políticas sanitarias, entre otras.

## **Como médico forense, ¿Qué otras líneas de trabajo pueden abrirse en este campo desde las corporaciones médicas y las administraciones?**

La comunicación telemática de los estudios y dictámenes forenses es algo habitual en Navarra. En otras Comunidades Autónomas quizá la herramienta está menos desarrollada. En todo caso, un objetivo no alcanzado hasta ahora en nuestro ámbito, debe ser compartir información entre los Institutos de Medicina legal a nivel nacional. Esta información integrada es de gran interés, tanto en el ámbito de la patología como de la clínica forense, y también lo es para la sociedad en general.

## **¿Esta iniciativa ayudará a visibilizar la necesidad de contar con un sistema de firma electrónica?**

Sin ninguna duda. La firma electrónica debe ser una herramienta extendida y de uso cotidiano. La administración debe propiciar su uso y también deben hacerlo los Colegios profesionales en su relación con los colegiados.



**Los Colegios de Médicos y el CGCOM cuentan con multitud de servicios para los colegiados que, a veces, no se conocen debidamente ¿cómo cree que se puede llegar a ellos?**

Este es un problema que con frecuencia nos planteamos los miembros de las corporaciones colegiales. En nuestro caso, el año pasado, en plena crisis aguda covid-19, pusimos en marcha una APP que ya se ha descargado una mayoría de nuestros colegiados y que, entre otras objetivos, pretende precisamente dar a conocer todos los servicios que son prestados por el Colegio. La APP es una herramienta rápida y eficiente para el acceso a todos los servicios con solo un clic. Podríamos decir que es la mejor forma que conocemos de tener esa cartera de servicios permanentemente actualizada. A día de

hoy, los colegiados utilizan la APP con frecuencia porque saben que pueden encontrar información útil en ella, incluye los servicios generales habituales en un Colegio y otros servicios exclusivos y de contenido lúdico. Estas herramientas, y tener webs claras e intuitivas, facilitan el acceso a la información sobre nuestros servicios.

**¿Qué servicios destacaría para los colegiados?**

Los Colegios deben ser la referencia para los colegiados y los servicios que ofrezcamos deben ir más allá de los habituales, sin olvidarnos de éstos. En una encuesta que realizamos en 2018 para desarrollar nuestro plan estratégico, los colegiados valoraron que los servicios más reconocidos son: la formación continua, el

registro y evaluación de méritos para reclamación de carrera profesional (en Navarra lo hacemos en el Colegio por delegación de la Administración), currículums, baremos... y la asesoría jurídica. También fueron muy bien valorados otros servicios y actividades como certámenes de casos clínicos, becas de formación y centro de reconocimientos médicos. Siendo la formación un pilar fundamental de los Colegios, el desarrollo de una plataforma online de formación, que permita su acreditación –como la que hemos desarrollado en el Colegio de Navarra–, resulta imprescindible en estos momentos y a futuro.

**¿En cuáles hay que implementar un proceso de transformación digital?**

En todos es incuestionable; eso sí, combinando con la presencialidad.

## Comienza en Ciudad Real la fase piloto

Esta primera fase piloto tiene lugar en Castilla La Mancha, en concreto en la provincia de Ciudad Real, para lo que se ha contado con la plena colaboración del Colegio de Médicos provincial y del servicio de salud de la comunidad autónoma (SESCAM).

Ante la necesidad de transformación digital de este tipo de trámites y gestiones detectado por el CGCOM, el Certificado Médico de Defunción Electrónico permitirá la gestión segura y eficiente de los procedimientos privados y públicos en los que intervengan este tipo de certificados. En los actuales modelos de certificados médicos en soporte papel no existe ningún sistema que permita la comprobación, de forma automatizada, de la identidad del médico firmante del certificado.

Esta situación impacta de forma negativa en el valor y en la función de este acto médico, por lo que se ha considerado necesario proceder a la implementación de Certificados Médicos de Defunción en soporte electrónico, fiables e interoperables con el fin de permitir la gestión segura y eficiente de los procedimientos privados y públicos en los que intervengan este tipo de certificados.

Además, este nuevo modelo establece una nueva forma de actuación de forma que un único instrumento sirva para realizar la inscripción del fallecimiento en el Registro Civil y haga la función de cuestionario estadístico necesario para elaborar las estadísticas del Movimiento Natural de la Población y de Defunciones según la Causa de Muerte sujetas a la Ley de la Función Estadística Pública. En

este sentido el certificado permitirá también registrar en tiempo real la cifra de fallecimientos a causa de la covid-19 ([Información convenio](#)).

Es importante destacar que para los médicos y médicas colegiados esta transformación no supone ningún cambio a la hora del procedimiento que tan sólo se vuelve más ágil e intuitivo para guiar al facultativo para la correcta cumplimentación. Además, podrá completarse en cualquier momento, aunque este no sea activado de manera urgente o inmediata.

También, este nuevo procedimiento generará un código de activación certificado que permita poder realizar una copia impresa de este documento para su oportuna presentación en los Registros Civiles correspondientes (esta fase de activará en unos meses).

## Certificado de idoneidad

### En Navarra, 51 médicos solicitaron en el 2020 el certificado de idoneidad para salir fuera de España. Un 8% lo hicieron

#### Desciende la cifra de solicitudes por tercer año consecutivo

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) expidió un total de 3.559 certificados de idoneidad a médicos para salir al extranjero, una cifra que

supone un descenso de un 13,20% respecto a los datos de 2019, cuando se realizaron 4.100, según confirman los números recabados hasta el 31 de diciembre de 2020.



En Navarra, 51 médicos solicitaron un total de 92 certificados de idoneidad, una cifra que también confirma el descenso respecto a años anteriores (54 lo hicieron en 2019 y 58 en 2018 y 2017).

De los 51 profesionales que solicitaron certificados en el 2020, 43 siguen colegiados en Navarra, 4 se han dado de baja por trasladado a otras provincias y otros 4 cursaron la

baja para trasladarse al extranjero. De los datos recogidos, se concluye que solo un 8% de los médicos de Navarra que solicitaron el certificado, viajaron finalmente al extranjero.

El certificado de idoneidad profesional es uno de los documentos necesarios para colegiarse como médico en países comunitarios y extracomunitarios y tiene una validez de tres meses.



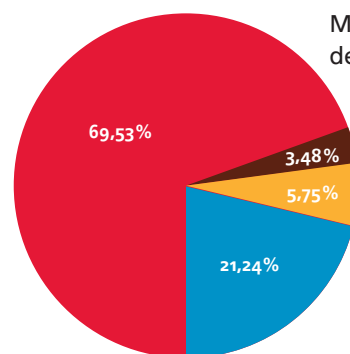
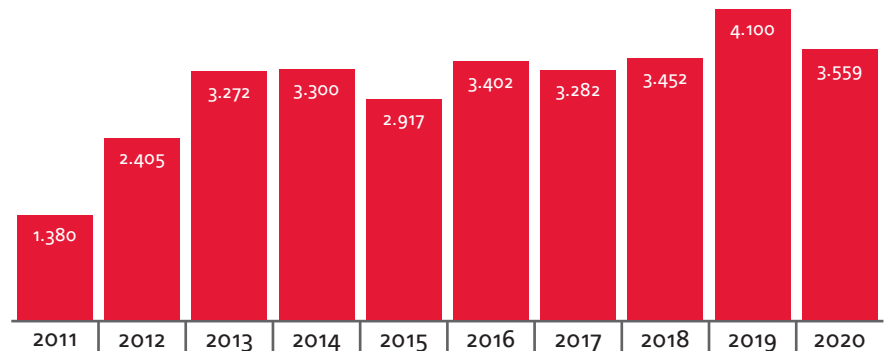
## Datos nacionales

El año marcado por el coronavirus ha roto la tendencia alcista que mostraban los datos a nivel nacional durante los últimos años, que en 2011 fueron 1.380; en 2012, 2.405; en 2013, 3.279, en 2014, 3.300; en 2015, 2.917; en 2016, 3.402; en 2017, 3.282; en 2018, 3.452; en 2019, 4.100 y 3.559 este año. En los diez últimos años, se han solicitado alrededor de 31.000 certificados de idoneidad por parte de médicos españoles.

Un año más, la gran mayoría de los certificados de idoneidad se pidieron para salir a trabajar fuera de España (69,53%). También se han solicitado para estudios (3,48%), cooperación (5,75%) y otros/trámites administrativos (21,24%).

Los 3.559 certificados emitidos fueron solicitados por 2.189 profesionales, de los cuales 2.101 estaban dados de alta colegial en España y solo 88 estaban en situación de baja de la colegiación. Este dato supone un descenso del 12,44%.

### Evolución anual de solicitud de certificados para salir al extranjero



Motivos de la solicitud de los certificados

- Trabajar fuera de España
- Estudios
- Cooperación
- Otros / Administrativos.

### Cataluña se mantiene como la comunidad con mayor número de solicitudes

Durante el año 2020, Cataluña se mantiene como la comunidad autónoma líder en certificados expedidos con 543, por delante de la Comunidad de Madrid que sigue en la segunda posición con 527.

### Francia adelanta a Reino Unido como destino preferente

En cuanto a los destinos preferidos para trabajar en el extranjero, Francia se situó como el destino preferido con 581 solicitudes por encima de los 505 de Reino Unido, una circunstancia en la que ha podido

influir el Brexit. Irlanda (226) superó a Alemania (165), convirtiéndose en el tercer y cuarto destinos solicitados, mientras que el quinto lugar fue para Portugal (154). Fuera de Europa, los principales países elegidos fueron Estados Unidos (107), Emiratos Árabes (95), Malawi (50) y Canadá (46).

### Medicina de Familia, Anestesiología y Oftalmología, las especialidades que más piden el certificado

Por especialidades, los datos recabados en 2020 por el Departamento Internacional del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos exponen que los médicos de familia (228), los anestesiólogos (89) y los

oftalmólogos (89), fueron los especialistas que más demandaron el certificado.

### Mayoritariamente jóvenes y del ámbito hospitalario

De los datos recabados también se desprende que cerca del 44% de las solicitudes procedían de ámbitos hospitalarios, seguido por Atención Primaria (el 18%).

Respecto a la edad de los demandantes, el mayor porcentaje corresponde a los menores de 36 años que representan cerca del 44%. En cuanto al sexo, el 51,43% fueron solicitados por mujeres y el 48,57% por hombres.

## VII Certamen de Casos Clínicos

### Entrega de premios

Xabier Irazusta, Irene Maya y Daniel de Frutos primer, segundo y tercer premio  
Carlos Toledano, premio al mejor póster



*Jurado y premiados. En primera fila y de izquierda a derecha: Xabier Irazusta (primer premio), Irene Maya (segundo premio), Daniel de Frutos (tercer premio) y Carlos Toledano (premio al mejor póster). En la segunda fila, el Jurado formado por Jean Louis Clint, Mª Carmen Martínez Velasco, Coro Miranda y Tomás Rubio.*

El caso titulado "Miocarditis aguda con disfunción ventricular izquierda en un niño como manifestación de infección por SARS-CoV-2" de Xabier Irazusta Olloquiegui, residente de tercer año de Cardiología en la Clínica Universidad de Navarra, ha sido el ganador del VII Certamen de Casos Clínicos para Médicos Internos Residentes del Colegio de Médicos de Navarra, dotado con 1.000 euros.

El segundo premio, con una cuantía de 750 euros, ha recaído en Irene Maya Senosiain, residente de tercer año de Cirugía General y Aparato Digestivo en el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) por el caso titulado "Perforación esofágica: protocolo diagnóstico-terapéutico a propósito de la experiencia clínica".

El tercer premio ha sido para para Daniel de Frutos Marcos, residente de quinto año de Neurocirugía en el

Complejo Hospitalario de Navarra (CHN), por el caso "Impresión 3D en la planificación quirúrgica de la trigonocefalia". Recibió 500 euros.

El premio al mejor póster, dotado con 300 euros, ha sido para Carlos Toledano Illán, residente de cuarto año de Neurología de la Clínica Universidad de Navarra, por el caso "Astrocitopatía autoinmune asociada a GFAP: una causa tratable de demencia rápidamente progresiva".



*La sesión y la entrega de premios se retransmitió por zoom para los autores de los 57 casos presentados en esta edición. ►*



## Récord de participación

En esta séptima edición, se han presentado un total de 57 casos clínicos, una cifra récord con respecto a años anteriores. De ellos, el Jurado seleccionó los seis mejores para su defensa oral y otros catorce para su presentación en formato póster. El Colegio de Médicos publicará un libro con los 20 casos finalistas.

El pasado 19 de febrero, los finalistas defendieron su caso y contestaron a las preguntas del Jurado formado por los doctores Jean Louis Clint (médico de Familia de la UVI móvil de Cordovilla), M<sup>a</sup> Carmen Martínez Velasco (médico internista del Hospital García Orcoyen de Estella), Coro Miranda (cirujana en el Complejo Hospitalario de Navarra) y Tomás Rubio (médico internista del Complejo Hospitalario de Navarra y vicepresidente del Colegio de Médicos de Navarra).

## Los 20 finalistas

Además de los tres premiados, fueron seleccionados para su exposición oral los siguientes casos:

- “Doctor, mi hija se cae y además está somnolienta. ¿Qué le pasa?”. Autor principal: Borja Cocho Archiles, residente de cuarto año de Neurofisiología Clínica en la Clínica Universidad de Navarra.
- “PCR extrahospitalaria recuperada por miocarditis secundaria a infección por SARS-CoV-2”. Autor principal: Andoni Presa Orue, residente de tercer año de Medicina intensiva en el Complejo Hospitalario de Navarra.
- “Esclerosis sistémica difusa rápidamente progresiva: cuando las eras nos llegan al corazón”. Autora principal: Marta López i Gómez, residente de tercer año de Reumatología en el Complejo Hospitalario de Navarra.

Para su presentación en formato póster, además del ganador, fueron seleccionados los casos de los siguientes autores principales:

- Olatz Alduntzin,
- Raquel Lacomba,
- Borja Recalde,
- Jon Corroza,
- Ana Cristina Recreo,
- Rocío Ruiz,
- Cristina Alburquerque,
- Carlos Bérniz,
- Ángela Estenaga,
- Álvaro Suarez,
- Juan Fernando Bastidas,
- Irene Medina e
- Íñigo Rubio.

*Jurado y finalistas. ▼*



## Entrevistas

- 1 ¿Esperabas el premio?
- 2 ¿Por qué elegiste este caso?
- 3 Principales conclusiones.
- 4 ¿En qué te ayuda esta experiencia en tu formación?
- 5 ¿Qué valoración haces de este VII Certamen?

Primer premio:

**Xabier Irazusta Olloquiegui.**

- ♦ R3 de Cardiología.  
Clínica Universidad de Navarra.

### “Recomiendo a todos los residentes que participen en la próxima edición”

1. Fue una sorpresa. Me quedo con que hicimos buen trabajo y así lo entendió el Jurado.

2. Se sabe que los coronavirus dañan el sistema cardiovascular, sin embargo la información sobre el daño miocárdico en la población con covid-19 es muy escasa y siguen sin confirmarse de manera sólida las consecuencias clínicas y pronósticas. El objetivo del trabajo fue revisar la morbi-mortalidad sobre la información de daño cardíaco de los pacientes con covid-19 a partir de un caso clínico.

3. De las conclusiones, destacar que la infección por SARS-CoV-2 puede producir afectación sistémica y dentro de ésta daño miocárdico, siendo la miocarditis una de sus manifestaciones más frecuentes. Destacar

también que, debido a que no se dispone de tratamiento específico que mejore significativamente el pronóstico de estos pacientes, es fundamental un adecuado tratamiento de soporte.

4. Creo que este tipo de actividades son fundamentales en nuestra formación ya que permiten al residente aprender a desarrollar un caso clínico (con su respectiva revisión bibliográfica), ajustarlo en el tiempo requerido en forma de comunicación oral y exponerlo delante de un jurado.

5. Ha sido una experiencia muy positiva. Desde aquí, recomiendo a todos residentes que se animen y participen en la próxima edición del Certamen de Casos Clínicos.





Segundo premio:

**Irene Maya Senosiain.**

- ♦ R3 de Cirugía General y del Aparato Digestivo.  
Complejo Hospitalario de Navarra (CHN).

“El Certamen te brinda la oportunidad de publicar el caso”



1. Para ser sincera, mi objetivo principal se centró en presentar mi primer caso clínico a este Certamen y elaborarlo con claridad para que fuese claro y comprensible para cualquiera. Llegar a ser ganadora no era algo que me esperase, pero sí que tenía seguridad en que era un caso clínico interesante, que adjuntaba un protocolo multidisciplinar de manejo y que tenía posibilidades de obtener algún premio.

2. Elegí este caso porque del análisis posterior del manejo de este paciente se puede aprender muchísimo. Me permitió realizar una comparación con el algoritmo diagnóstico-terapéutico del protocolo que elaboramos en el CHN y analizar fallos cometidos, que me permitían hablar de la necesidad de actuación precoz en estos pacientes, tanto para la solicitud

de pruebas diagnósticas como en el inicio del tratamiento.

3. Mi principal conclusión es que me encuentro muy satisfecha con el premio tras el esfuerzo dedicado a la revisión y elaboración de este caso. Creo que la organización del Certamen por parte del Colegio de Médicos es muy buena y que brinda la oportunidad de obtener una publicación a tu nombre, algo importante como cirujana en formación a día de hoy.

4. Esta experiencia me ha ayudado a saber cómo exponer un caso clínico, cómo obtener la información más importante del mismo y, en consecuencia, realizar una exposición oral que he tenido que prepararla de manera minuciosa, ciñéndome al tiempo establecido (10 minutos), estudiar

sobre las perforaciones esofágicas para saber responder con claridad las posibles preguntas y, sobre todo, tener la posibilidad de realizar una publicación, que creo que es la mayor ventaja de este Certamen.

5. En este Certamen creo que ha habido casos clínicos muy buenos, algunos de ellos lamentablemente no han obtenido premio, pero que ha resultado muy interesante escucharlos para el aprendizaje de todos. El Jurado ha sido muy activo, ha mostrado interés por todos ellos y ha elaborado preguntas que, en general, creo que han sabido responderse adecuadamente. Además, este año han sido dos las especialidades quirúrgicas ganadoras, algo que no ha sido habitual hasta ahora y que considero muy positivo. Una experiencia bonita y en mi caso, finalmente gratificante.

Tercer premio:

**Daniel de Frutos Marcos.**

- ♦ R5 de Neurocirugía.  
Complejo Hospitalario de Navarra  
(CHN).

“La impresión 3D es una herramienta que puede ser de gran utilidad para el resto de las especialidades”



1. Ha sido totalmente inesperado. Había participado varias veces y sabía de la dificultad de ser elegido finalista, por lo que quedar en tercer puesto entre tantos participantes ha sido una gran alegría.

2. Llevamos varios casos en los que hemos utilizado esta técnica y estamos muy contentos. Como es novedosa y muy gráfica pensaba que podía llamar la atención del Jurado. Además, requiere un manejo multidisciplinar, algo muy importante hoy en día.

3. Este certamen ayuda muchísimo a que conozcamos qué son capaces de realizar las diferentes especialidades. Precisamente la impresión 3D es una herramienta que puede ser de gran utilidad para el resto de las especialidades. Pienso que, en el futuro, esta tecnología tendrá una amplia aplicación en la Medicina.

4. Defender un caso clínico ante médicos de todo tipo de especialidades no es nada fácil, y menos aún ser premiado. Normalmente exponemos ante otros neurocirujanos, por lo que adaptar la preparación para que todo el mundo la encuentre atractiva es todo un reto. Además, atender presentaciones de otros especialistas siempre resulta enriquecedor para complementar la formación.

5. Pienso que, en general, ha habido un nivel bastante alto; todos los finalistas querían el premio y lo han demostrado en sus presentaciones. Por suerte, he podido lograr el tercer premio, del que han tenido gran parte de culpa mis compañeros del Servicio gracias a su ayuda en la preparación de la presentación. Estoy muy contento y animo a todos los residentes a que se presenten el próximo año.



Premio al mejor póster:

**Carlos Toledano-Illán.**

♦ R4 de Neurología.  
Clínica Universidad de Navarra.

“Un estudio diagnóstico completo y exhaustivo puede cambiar la vida de una persona”



1. El caso es muy interesante y llegamos a un diagnóstico difícil tras un buen trabajo por parte de todos los profesionales implicados. Confiaba en haber estado a la altura de ese buen trabajo y sabía que tendría posibilidades, pero aún así fue una pequeña sorpresa.

2. La encefalomiелitis asociada a anticuerpos anti-GFAP es una patología muy infrecuente que ha sido descrita recientemente y que tiene un tratamiento relativamente sencillo, por lo que su complejidad deriva más del diagnóstico, que suele ser la parte más interesante de un caso clínico. La propia patología en sí es fascinante. Los anticuerpos anti-GFAP se descubrieron inicialmente en la meningoencefalitis necrotizante que sufren los perros carlinos y, posteriormente, se han asociado en humanos, a lo que antes se conocía como NAIM (Nonvasculitic Autoimmune Inflammatory Meningoencephalitis), aunque no parecen ser tanto la causa como más bien un fenómeno asociado, por lo que aún queda mucho por investigar. Seguro que no imaginaba que podría tener tanto en común con un “pug”.

3. La principal conclusión es simple y bien conocida: que un estudio diagnóstico completo parte de una anamnesis detallada, una exploración neurológica completa y la realización de las pruebas complementarias necesarias. Una conclusión accesorio, pero que conviene recordar, es que, en ocasiones, repetir de manera razonada lo que ya se ha realizado (anamnesis, exploración o pruebas complementarias) puede aportar mucha información.

Las enfermedades no suelen ser estáticas, al contrario, muchas son dinámicas y lo que en un momento no era aparente o era normal puede hacerse evidente o patológico conforme evoluciona la enfermedad.

Nuestro paciente fue incorrectamente diagnosticado de una probable enfermedad por priones y acudió a nuestro centro para una segunda opinión, así que mi conclusión final es que es conveniente descartar por completo cualquier causa tratable de demencia rápidamente progresiva, e incluso plantear un tratamiento empírico con corticoides, antes de diagnosticar una enfermedad incurable.

4. Creo que representa muy bien cómo un estudio diagnóstico completo y exhaustivo puede cambiar la vida de una persona. No hay que rendirse frente a un diagnóstico incierto, siempre hay que pensar qué más podemos hacer por el paciente: desde repasar lo hecho a plantear un tratamiento que no se ha probado. Siempre hay algo más. Y en cuanto al Certamen, el hecho de presentar el caso ayuda a estructurarlo mentalmente, repasar la bibliografía y sacar las conclusiones que he expuesto. La experiencia requiere de un análisis para que resulte provechosa, y plasmar ese análisis en la forma de un caso clínico ayuda no solo a uno mismo, también sirve para compartir la experiencia con otros colegas.

5. He disfrutado mucho con los casos clínicos expuestos, que sorprendentemente no han estado monopolizados por la covid-19, para alivio de muchos. En unos tiempos en los que las noticias, la televisión y hasta las conversaciones de ascensor versan sobre el coronavirus, no está mal acordarse del resto de enfermedades que siguen afectando a nuestros pacientes.

# Colegio de Médicos desarrolla una plataforma para la formación acreditada online



Congresos Online



Congresos Presenciales

**Cumple con los requisitos exigidos para la acreditación de la formación continuada**

COLEGIO OFICIAL DE  
Médicos  
de Navarra

**TU ESPACIO DE CONFIANZA  
AHORA TAMBIÉN ONLINE**

PREPARADOS PARA  
LA FORMACIÓN DEL  
FUTURO





Congresos Semipresenciales

Con el fin de continuar garantizando la calidad de la formación médica continuada, el Colegio de Médicos de Navarra ha desarrollado una plataforma pionera en Navarra para la realización de actividades de formación telepresenciales, que cumplen con los requisitos exigidos para la acreditación por la Comisión Navarra de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias. De esta forma, ofrece a los médicos, y al resto de las profesiones sanitarias, una herramienta pionera que permite la emisión e interacción en directo entre todos los participantes (presenciales y online), y el control de acceso y permanencia en la conexión mediante preguntas de control y cuestionarios.

El Colegio de Médicos de Navarra forma parte de la Comisión Navarra de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias desde su creación hace 21 años y es uno de los principales proveedores de formación médica acreditada en el ámbito de la Medicina en Navarra.

Seguir siendo un referente en formación de calidad, también online, es uno de sus objetivos estratégicos, que ahora ofrece a través de la plataforma Formación Colegio de Médicos ([formación.colegiomedicos.app](http://formación.colegiomedicos.app)) para actividades online sincrónicas e híbridas (con participantes presenciales y online) y la formación asincrónica en el aula virtual.

La nueva plataforma formativa del Colegio de Médicos permite ampliar la oferta de servicios en la organización de actividades de Formación Médica Continuada, entre los que se incluyen asesoría y apoyo técnico para el diseño de actividades acreditables, gestión de expedientes de acreditación y secretaría técnica.

La pandemia ha acelerado la digitalización del Colegio de Médicos de Navarra. Durante los últimos meses también se han puesto en marcha nuevas herramientas digitales como la App Colegio de Médicos de Navarra y la plataforma Congresos Colegio de Médicos para la organización de eventos virtuales.

# FORMACIÓN

## ¿Qué es la formación acreditada?

Ante la diversidad de proveedores en formación continuada médica y la heterogeneidad de procedimientos para impartir actividades formativas, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud decidió impulsar en el año 1997 (BOCM nº 70, de 24 de marzo de 1998) la formación continuada de los profesionales sanitarios, mediante el establecimiento de un sistema de acreditación, válido en todo el estado español, basado en la coordinación y en la colaboración eficaz entre todas las administraciones públicas.

La consecución por parte del alumno de una actividad de Formación Médica Continuada acreditada supone que los créditos concedidos a la actividad serán reconocidos para su carrera profesional. Es más, en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) se indica que únicamente se reconocerán para la carrera profesional de los profesionales sanitarios los créditos obtenidos a través de actividades acreditadas por alguna de las comisiones de formación continuada del Sistema Nacional de Salud.

Los médicos tienen hoy ante sí múltiples ofertas formativas de gran calidad y la acreditación señala los mejores contenidos mediante créditos, los cuales simplifican la elección a los facultativos en sus necesidades de formación continua.





## PREPARADOS PARA LA FORMACIÓN DEL FUTURO

### Tu espacio de confianza ahora también online

Desde el Colegio Oficial de Médicos de Navarra hemos trabajado para ofrecer a nuestros usuarios una herramienta online. Desarrolla tus eventos presenciales, virtuales o semipresenciales con las máximas garantías y bajo el control del equipo profesional del Colegio.

- **¿Qué ofrece nuestra herramienta?**

Ofrece el control total de participantes tanto en eventos presenciales mediante el proceso de inscripción/matricula y control de acceso, como en el ámbito online con el control virtual de todos los usuarios. Controlamos el aforo de los eventos y registramos a todos los usuarios que disfrutan de la formación.

Nos encargamos de todo tu evento. No te preocupes por nada y deja en nuestras manos el control. Nos encargamos desde la inscripción/matricula hasta la producción audiovisual para que tú no tengas que preocuparte por nada.

- **¿Qué diferencia a esta plataforma de otras como zoom, teams...?**

La herramienta es un sistema atemporal donde los participantes podrán disfrutar del contenido online de calidad en el momento que lo deseen. Los asistentes podrán asistir al evento en directo o visualizar posteriormente el vídeo grabado, que se conservará durante unos meses. Además, la herramienta permite la interacción de los asistentes antes, durante y después del evento, poniendo a

su disposición un foro donde compartir los conocimientos entre usuarios y un banco de contenidos extra donde se podrá colgar material adicional.

La herramienta no tiene anónimos y cada uno de los movimientos del usuario son registrados y controlados. Esto permite tener el control de acceso a contenidos y materiales que no queremos liberar y acreditar la participación efectiva de nuestros usuarios.

Además, la herramienta no necesita tener descargado ningún complemento y puede ser disfrutada en cualquier dispositivo con conexión a internet.

- **¿Cómo acreditamos nuestra formación?**

La herramienta permite registrar y controlar a todos los usuarios que acceden a cada una de nuestras formaciones y acreditar la participación en las actividades. Nuestra herramienta tiene un sistema de control del usuario que detectará el tiempo que el usuario se encuentra viendo cada uno de los streamings, así como controlar mediante preguntas sorpresa la atención prestada al vídeo. Registra también el acceso a materiales complementarios, y permite la realización de exámenes y cuestionarios.

## MODALIDADES FORMATIVAS

1. CURSOS **ONLINE ACREDITADOS**.
2. SESIONES **TELEPRESENCIALES ACREDITADAS**.
3. CONGRESO **MIXTO ACREDITADO**. PARTICIPACIÓN ON LINE.
4. SESIONES **TELEPRESENCIALES NO ACREDITADAS**.

# PLANES DE FORMACIÓN EN DIRECTO

| PLANES<br>EVENTOS                  | EVENTO<br>BÁSICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | RECOMENDADO<br>EVENTO<br>STANDAR | EVENTO<br>PRO       |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| <b>ACCESO</b>                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                  |                     |
| Modo presencial u online           | Online                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Online                           | Online / Presencial |
| Acreditaciones                     | ✗                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ✓                                | ✓                   |
| Zona privada para asistentes       | ✓                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ✓                                | ✓                   |
| Zona privada para moderador        | ✓                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ✓                                | ✓                   |
| Cobro de entrada                   | ✗                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ✗                                | ✓                   |
| Secretaría técnica online          | ✗                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ✓                                | ✓                   |
| Número máximo de usuarios*         | 100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 200                              | 500                 |
| <b>AUDIOVISUAL</b>                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                  |                     |
| Número máximo de horas del evento* | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 3                                | 5                   |
| Nº de cámaras                      | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1                                | 1                   |
| Conexión externa                   | ✓                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ✓                                | ✓                   |
| Caretas personalizadas             | ✗                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ✗                                | ✓                   |
| Vídeo bruto grabado*               | ✓                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ✓                                | ✓                   |
| Ensayo previo (día anterior)       | ✗                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ✗                                | ✓                   |
| <b>COMUNICACIÓN</b>                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                  |                     |
| <b>Contratación extra</b>          | <b>Otros extras</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                  |                     |
| Nota de prensa del evento          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación de imagen corporativa</li> <li>• Creación de cartel y papelería</li> <li>• Creación de web o microsite</li> <li>• Newsletter a los asistentes</li> <li>• Creación de guión del evento</li> <li>• Aumenta las horas del evento y cámaras</li> <li>• Aumenta el número de asistentes</li> <li>• Postproducción del vídeo profesional</li> <li>• Grabación de contenidos extra al evento</li> </ul> |                                  |                     |
| Rueda de prensa                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                  |                     |
| Difusión                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                  |                     |
| Dossier de prensa                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                  |                     |

## FORMACIÓN DISEÑADA A TU MEDIDA

Diseña junto a Colegio Oficial de Médicos de Navarra un modelo formativo de calidad. Nosotros pondremos todos los medios técnicos necesarios para cumplir tus expectativas y la de tus alumnos.  
Diseña tu formación, evento o feria a tu medida.

Contacta sin compromiso. Para más información  
acade@medena.es



## FÓRMATE EN TU COLEGIO

Desde su puesta en marcha, el Colegio de Médicos ha desarrollado las siguientes actividades de formación desde su Plataforma online.

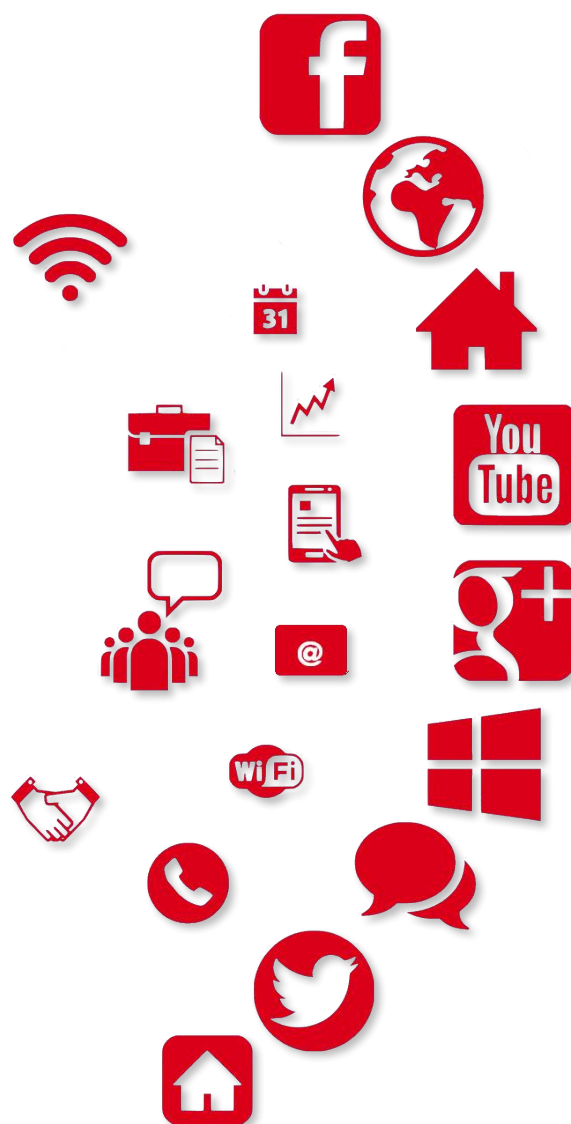
- Actualización: Los distintos escenarios de la anticoagulación en Cardiología. 21 de octubre de 2020 (71 inscripciones).
- Actualización: Anticoagulantes de acción directa, perspectiva práctica desde urgencias de Navarra. 22 de octubre de 2020 (73 inscripciones).
- Sesiones de formación continuada en osteoporosis y artritis psoriásica con SONARE, los días 21 de octubre de 2020, 11 de noviembre de 2020, 13 de enero de 2021 y 10 de febrero de 2021 (94 inscripciones).
- Curso de Gastroenterología pediátrica. 29 de abril.
- Abordaje de la anticoagulación en urgencias: casos clínicos. 6 de mayo.

Ha colaborado, además, en las siguientes actividades formativas que se han desarrollado en la Plataforma del Colegio de Médicos

- Jornadas de Actualización en Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Norte. 25 de mayo de 2020 (208 inscripciones).
- Jornada Formativa namFYC .19 y 20 de noviembre de 2020 (109 Inscripciones).
- XVI Jornadas Navarras de Vacunas. 8, 10, 11 y 15 marzo de 2021 (340 inscripciones).
- Cuidando para dar vida. Jornadas SEMES-ONT. 25 y 26 de marzo 2021 (49 Inscripciones).
- Curso CODIGO MIR, organizado por SEMES Navarra (104 Inscripciones). Del 13 de marzo al 18 de mayo, con actividad asincrónica en aula virtual y tres sesiones en directo (30 de marzo, 27 de abril y 18 de mayo).

## PRÓXIMAS ACTIVIDADES FORMATIVAS

- Curso de Toxicología Clínica. Módulo 1: Aspectos generales. Del 25 de mayo al 7 de junio.
- Sesiones de actualización en manejo clínico del dolor. Dolor postquirúrgico y dolor en urgencias. 9 de junio.
- Formación de formadores en actividades no presenciales. Junio 2021 (pendiente de calendario).



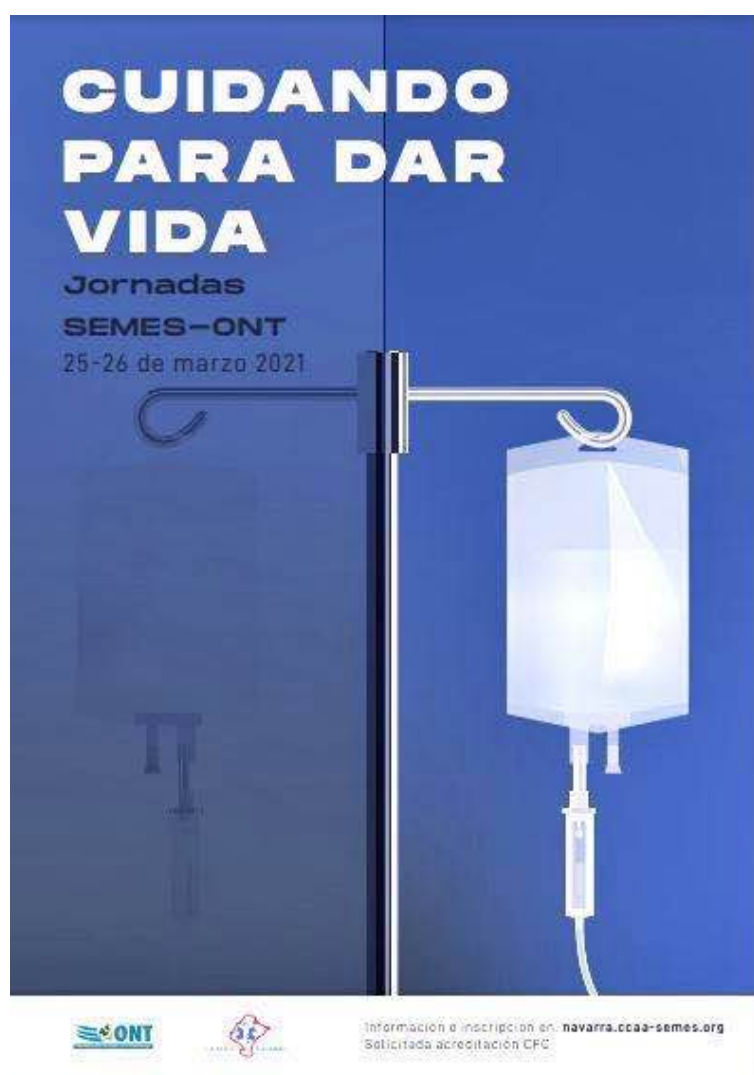
Información e inscripciones en  
<https://colegiodemedicos.es/formacion-2/>

SECCIÓN ACADÉMICA COLEGIO DE MÉDICOS  
[acade@medena.es](mailto:acade@medena.es)

Jornadas SEMES-ONT 2021: Cuidando para dar vida

## Los Servicios de Urgencias y Emergencias hacen posible el 24% de la donación de órganos

La pandemia también ha afectado al número de trasplantes, rompiendo una racha histórica de cifras récords



Cartel de las Jornadas de SEMES Navarra

La situación actual de los trasplantes y el efecto de la pandemia por covid-19 fue el tema central de las Jornadas con el lema Cuidando para dar vida, organizadas por la Sociedad Navarra de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES-Navarra) y la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), y retransmitidas online desde el Colegio de Médicos de Navarra el pasado 26 de marzo.

Los expertos dejaron patente, una vez más, la importancia de la implicación de los Servicios de Urgencias y Emergencias en la detección de posibles donantes en los hospitales. Según datos de la ONT, la colaboración de los profesionales de urgencias con los coordinadores de trasplantes ya hace posible el 24% de la donación de órganos en España y un mayor fortalecimiento de la misma podría resultar en un incremento adicional de las tasas de donación en, al menos, un 10%. Los servicios de emergencias extrahospitalarias tienen asimismo un papel fundamental en el desarrollo del proceso de donación en asistolia ante pacientes que sufren una parada cardio-respiratoria irreversible fuera del hospital.

El Dr. Iñaki Santiago, presidente de SEMES-Navarra, también recalca el destacable papel de los Servicios de Urgencias en la donación de órganos y tejidos y añade, como conclusiones de la Jornada, que "la edad no es contraindicación para la donación y que es importante la realización de unos correctos cuidados orientados a la donación, incluyendo no solo los dirigidos al posible donante sino también al cuidado de su familia y de los profesionales implicados". Añade que "es fundamental que los Servicios de Urgencias

cuenten con una sala digna donde poder realizar el duelo y la entrevista previa con la familia del posible donante". Finalmente, el presidente de SEMES-Navarra destaca que existen armas y protocolos claros, a la hora de tomar la decisión de la idoneidad de un posible donante en relación a la infección por covid-19.



## 1.000 TRASPLANTES MENOS EN UN AÑO

La pandemia también ha afectado al número de trasplantes que se hicieron en España durante el año 2020, rompiendo una racha histórica de cifras récords y retrotrayendo al país a números de 2014.

En el año de la pandemia se han llevado a cabo un total de 4.425 trasplantes, mil menos que en 2019, cuando se alcanzó una cifra récord: 5.449 trasplantes. Pese al virus, **España sigue siendo una referencia a nivel mundial en lo que al número de trasplantes se refiere.**

Otro dato significativo es que el número de pacientes en lista de espera para recibir un órgano es ligeramente inferior al registrado en 2019 (4.889 pacientes). Este descenso, según la ONT, se debe fundamentalmente a una reducción en el número de pacientes incluidos durante 2020 por la saturación del sistema sanitario durante la pandemia.



### Colaboración SEMES y ONT

El trabajo común entre SEMES y ONT se viene dando desde hace años y quedó plasmado en un convenio firmado en 2011 para la colaboración científica, técnica y docente en el ámbito de la donación y el trasplante. Este acuerdo actúa como marco de una serie de proyectos conjuntos, como son las acciones de formación específicas dirigidas a personal de urgencias y emergencias. Desde 2009, se ha impartido un total de 247 cursos, distribuidos a lo largo de todo el territorio nacional, que han permitido formar a más de 8.700 profesionales sanitarios de estos servicios.

La colaboración entre ambas entidades también ha dado lugar a la creación del grupo de trabajo SEMES-TRASPLANTES. Este grupo tiene por objeto, entre otros, promocionar la identificación de buenas prácticas con el fin de mejorar la detección de donantes de órganos y/o tejidos, fomentar la colaboración de los profesionales de urgencias con las Coordinaciones Hospitalarias de Trasplantes de cada centro y promover la investigación en los campos de la donación y el trasplante.



*M<sup>º</sup> Jesús Ancín, Iñaki Santiago  
(presidente de SEMES-  
Navarra) y Amaia Ibarra  
participaron en la mesa  
redonda vía online.*

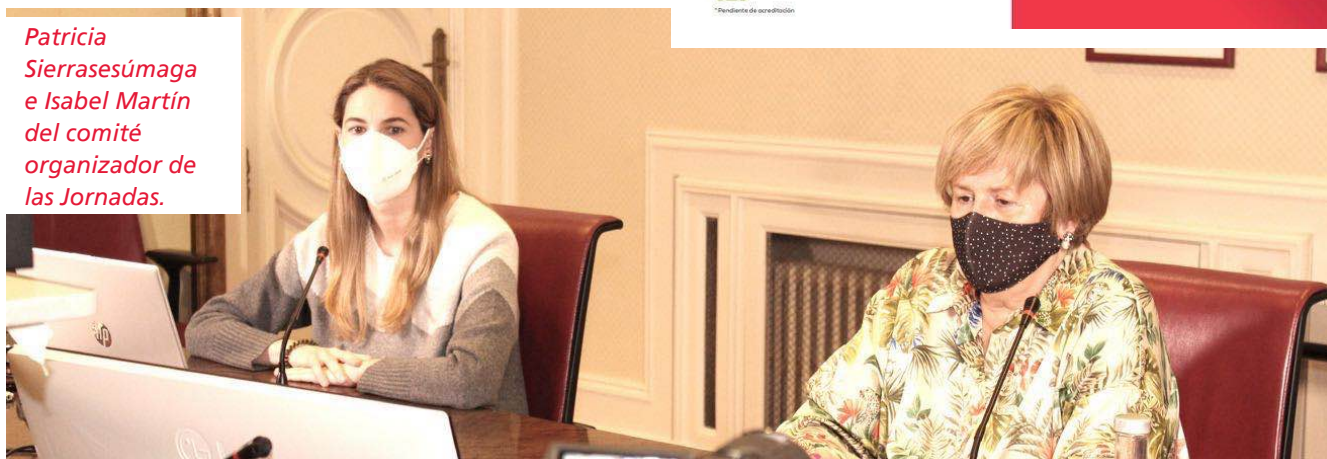
## XVI Jornadas Navarras de Vacunas

# El impacto de la pandemia en la vacunación

**Las sesiones online se realizaron desde la Plataforma del Colegio de Médicos**

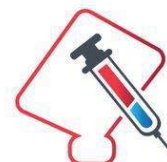
**La Pediatría demanda un calendario vacunal único y de máximos que garantice el principio de igualdad sanitaria**

*Patricia Sierrasesúмага e Isabel Martín del comité organizador de las Jornadas.*



El impacto de la covid-19 en los programas de vacunación fue uno de los principales temas a debate en las XVI Jornadas Navarras de Vacunas, que se celebraron de forma virtual del 8 al 15 de marzo, organizadas por el Instituto Balmis de Vacunas y pediatras navarras, desde la plataforma de formación online del Colegio de Médicos de Navarra.

La Dra. Isabel Martín, del comité organizador de las Jornadas y pediatra en el Centro de Salud Rochapea de Pamplona, explicó que "las vacunas para otras patologías no se deben retrasar por la pandemia. En los centros de salud hay circuitos separados para los pacientes covid. Se deben realizar las revisiones sistemáticas y el calendario de las vacunas de los programas de atención al niño y al adolescente. Si dejas de administrar las vacunas, aparecen brotes y enfermedades que ya no estábamos viendo. Por eso debemos volver a las coberturas vacunales anteriores e, incluso, mejorarlas. Retrasar una vacuna puede



**XVI JORNADAS  
NAVARRAS DE VACUNAS**  
EDICIÓN VIRTUAL

SESIONES ONLINE  
DEL 8 AL 15 DE MARZO DE 2.021

provocar que aparezca la enfermedad con su mortalidad y morbilidad asociadas. No obstante, en España, por nuestro sistema de salud, la disminución de las coberturas vacunales por la pandemia no ha sido tan grave como en otros países".

Advirtió que no debemos olvidar que existen otras enfermedades. "El confinamiento, la suspensión de las revisiones pediátricas al principio de la pandemia y otras medidas tomadas han disminuido las coberturas vacunales. Cuando una enfermedad desaparece por las vacunas, la población olvida su importancia. La pandemia nos ha recordado la importancia de la prevención de las enfermedades y el gran arma terapéutica que son las vacunas", comentó la pediatra al tiempo que insistió en la necesidad de no retrasar la administración de las mismas. "Hemos adaptado nuestro trabajo y los centros de salud para minimizar las posibilidades de infección", subrayó la Dra. Martín.



## Un calendario vacunal único y de máximos

En las Jornadas participó el doctor Francisco Álvarez, coordinador del Comité de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (AEP), que explicó el nuevo calendario para 2021. Según la Dra. Martín, “los pediatras reivindicamos un calendario vacunal único y de máximos para que se mantenga el principio de igualdad en la prevención de enfermedades”.

Isabel Martín se refirió a la necesidad de unificar los calendarios e incorporar la vacuna antimeningocócica B en lactantes (que ya es gratuita en Castilla y León y Canarias), la antimeningocócica tetravalente en lactantes (gratuita en Andalucía y Castilla y León), la antirrotavirus en todos los lactantes (ahora gratuita solo en prematuros menores de 32 semanas), la tosferina en adolescentes (gratuita en Asturias) por la duración limitada de la inmunidad, la del virus del papiloma humano en varones, las vacunas tetravalentes para la gripe y las conjugadas frente al neumococo en adultos.

## El virus del papiloma humano en varones

En cuanto a la vacuna para el virus del papiloma humano (VPH), la Dra. Isabel Martín recordó que es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente y provoca diferentes tipos de cáncer (orofaríngeo, pene, vulva, vagina, ano y cuello de útero). “Este virus no solo afecta a la mujer. Tenemos una vacuna eficaz y segura y debería reconsiderarse la pauta de vacunación solo a niñas”.

En este sentido, destacó que “está clarísima ya la relación del virus del papiloma humano con casi el 100% de los cánceres de cuello de útero, pero está también cada vez más demostrada su relación con otros cánceres en el varón: hay un aumento de la incidencia de cánceres de cabeza y cuello por el cambio de la conducta sexual de la población, un 50% de los de laringe tienen relación con el VPH y se están encontrando relaciones con ciertos cánceres pulmonares y de próstata. Todos estos nuevos datos hacen que sea necesario reconsiderar la estrategia de vacunar solo a las mujeres. La vacunación en chicos y adolescentes antes del inicio de la actividad sexual previene el cáncer y la propagación del virus a sus parejas”, concluyó.



Última sesión desde el Colegio de Médicos de Navarra

# VACUNAS

## Vacunación frente a la meningitis

Las Jornadas comenzaron con la mesa redonda sobre enfermedad meningocócica que, aunque su incidencia es baja, “sigue siendo una infección muy grave, con una mortalidad de alrededor del 10% y una morbilidad muy alta (30%), con unas secuelas devastadoras que comprometen la calidad de vida de los pacientes”, destacó Isabel Martín. “A lo largo de los últimos años, estamos viendo un cambio en los serogrupos que producen enfermedad. En nuestro panorama ya no solamente figuran los serogrupos B y C sino que han aparecido otros en escena, como el W e Y. Por fortuna -continúa la Dra. Martín- contamos con vacunas eficaces y seguras frente a todos los meningococos que producen enfermedad. Es una infección que tiene prevención mediante la vacunación. Sin embargo, hoy en día la mayoría de las vacunas frente al meningococo tienen que ser financiadas privadamente por las familias, con lo que la equidad se ve muy comprometida”.

Las vacunas de la meningitis B y la meningitis ACWY en lactantes están financiadas en algunas comunidades autónomas. Sobre esta cuestión, la Dra. Patricia Sierrasesúмага, pediatra y coorganizadora de estas sesiones científicas, subrayó que “la AEP recomienda la administración de la vacuna frente a la meningitis B en el lactante. Mantiene la pauta de la meningitis C a los 4 meses y debido al aumento de casos W e Y, recomienda cambiar la dosis de meningitis C de los 12 meses por la tetravalente ACWY, que amplía la cobertura al resto de serogrupos. También se sigue administrando la tetravalente a los adolescentes”.



## Coronabulos y vacunofobia

Las jornadas se dividieron en mesas redondas, charlas con expertos y monólogos vacunales en los que se trataron, de una forma amena y divertida, temas habituales en internet como los coronabulos sobre los que departió el doctor José García-Sicilia; la vacunofobia, tema que abordó el doctor Roi Piñeiro o las vacunas en las redes sociales con el doctor Pepe Serrano que alertó sobre los intereses económicos que hay detrás de muchas informaciones en contra de las vacunas. “Desde la organización de estas jornadas hemos apostado por enseñar a los pacientes a buscar información de salud en páginas web basadas en la evidencia para evitar los bulos, que pueden ser muy dañinos para la salud”, explicó el doctor Francisco Giménez, director del Instituto Balmis de Vacunas y miembro del comité organizador de estas jornadas.

## Coronabulos y vacunofobia

Estaban previstas para el 18 de marzo de 2020, pero la pandemia obligó a posponerlas. En esta ocasión, los doctores Luis Sierrasesúмага y Enrique Bernaola, tras su jubilación, pasaron el testigo de la organización de esta reunión anual a Paco Giménez, pediatra de Almería y director del Instituto Balmis de vacunas, y a las pediatras navarras Patricia Sierrasesúмага e Isabel Martín. “No hemos querido dejar pasar otro año por la gran cantidad de información nueva en enfermedades infecciosas y vacunas que se está publicando, por lo que optamos por el formato online, a través de la Plataforma de Formación del Colegio de Médicos de Navarra”.

El acceso a las sesiones fue gratuito y se inscribieron un total de 340 profesionales que pudieron participar en los coloquios que giraron en torno a las preguntas que realizaron online y que, para acreditar su participación, tuvieron que responder a preguntas de control que, de manera aleatoria, se fueron planteando en cada una de las charlas. En las cuatro sesiones programadas han participado 24 ponentes (9 de Navarra) de reconocido prestigio y todos muy relacionados en su práctica clínica con el mundo de las vacunas.

Las charlas han quedado grabadas en la Plataforma para visionarse en diferido, pero solo pueden acceder quienes ya estaban inscritos en las Jornadas.





Sociedad Navarra de Reumatología (SONARE)

## Osteoporosis y enfermedad psoriásica: prevención y abordaje multidisciplinar

En el marco del programa de formación continuada del Colegio de Médicos y en colaboración con la Sociedad Navarra de Reumatología (SONARE), reumatólogos navarros han impartido cuatro sesiones dedicadas a osteoporosis y enfermedad psoriásica, dirigidas a diferentes especialidades médicas. El objetivo ha sido actualizar conocimientos y mejorar la competencia y coordinación de los médicos de distintas especialidades implicados en la atención al paciente de patología reumática.

Comenzaron el 21 de octubre de 2020 con los doctores Javier Mendizábal y Sara García, del Complejo Hospitalario de Navarra, que respondieron a la pregunta ¿Cómo garantizar la persistencia al tratamiento en un paciente con alto riesgo de fractura por fragilidad?

El 11 de noviembre de 2020, los doctores Enrique Ornilla y María Laiño, de la Clínica Universidad de Navarra, abordaron la necesidad de individualizar el tratamiento a largo plazo en la paciente osteoporótica.

Las sesiones dedicadas a la enfermedad psoriásica se realizaron en enero y febrero del 2021, con Laura Garrido y Ricardo Gutiérrez, reumatólogos del Complejo Hospitalario de Navarra, que abordaron el impacto de la pandemia covid-19 en el manejo de los pacientes con psoriasis y artritis psoriásica, y los retos y nuevas aportaciones en el manejo de pacientes con psoriasis y artritis psoriásica en Atención Primaria.

### Valoración y conclusiones

El Dr. Vicente Aldasoro, coordinador del programa de formación, miembro de la Junta Directiva de SONARE y reumatólogo del Complejo Hospitalario de Navarra, valora el programa que se ha desarrollado online desde el Colegio de Médicos. La principal ventaja está en "poder seguir formando a profesionales, cuidando la salud de todos y con independencia de la localización geográfica. No



*Dr. Vicente Aldasoro, coordinador del programa de formación, en el debate de la primera sesión online.*

obstante, todo es más frío, no se puede mirar a los asistentes a la cara y, a veces, resulta difícil contestar preguntas o realizarlas a través de la plataforma digital". En este nuevo formato, destaca "la entrega y la dedicación a la hora de preparar las diferentes ponencias y su adaptación a esta nueva forma de trabajar".

De las sesiones dedicadas a osteoporosis, subraya la importancia de hacer hincapié en la prevención secundaria "para prevenir futuras fracturas y los consiguientes gastos asociados, así como la morbilidad asociada, sobre todo en pacientes de más edad". En cuanto a enfermedad psoriásica enfatiza la importancia de que sea considerada como una enfermedad sistémica, más allá de la articulación y/o la piel. "Lo relevante es identificar y controlar los factores de riesgo cardiovasculares, tales como obesidad, hipertensión, dislipemia, hígado graso no alcohólico, etc., para hacer un abordaje multidisciplinar y completo de la enfermedad y reducir la morbilidad asociada".

# Impacto de la pandemia covid en el manejo de pacientes con psoriasis y artritis psoriásica

**Dra.  
Laura  
Garrido  
Courel**

Servicio de  
Reumatología  
del Complejo  
Hospitalario de  
Navarra



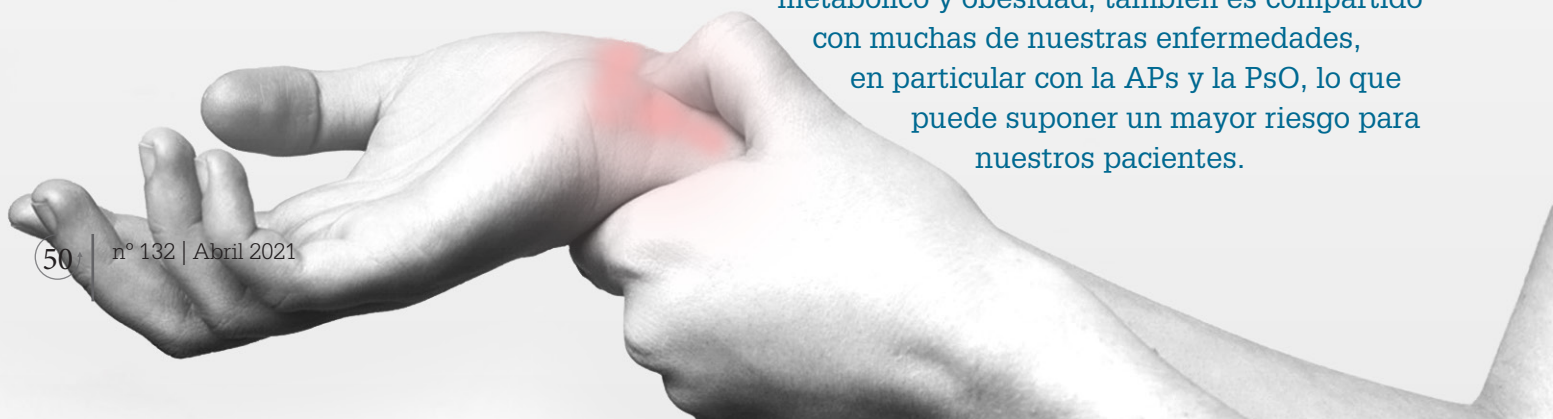
El inicio de la pandemia en marzo de 2020 ha modificado, de muy diversas maneras, el curso de muchas enfermedades. La psoriasis (PsO) y la artritis psoriásica (APs) no han estado exentas de su impacto.

Se cancelaron las consultas externas, se priorizó la atención a los pacientes con covid y se limitó el acceso a los especialistas. Sólo cabía la vía telefónica.

En el caso de algunos de los tratamientos que utilizamos reumatólogos y dermatólogos, se cambió la vía intravenosa por la subcutánea. Algunos pacientes, por miedo, se los dejaron de poner. En definitiva, dejamos de controlar a nuestros pacientes.

Como sabemos, distintos agentes virales se han asociado a un incremento del riesgo de empeorar el curso de la enfermedad y de complicaciones infecciosas en pacientes inmunosuprimidos<sup>1</sup>.

No hay que olvidar que los factores de riesgo para la infección por coronavirus, que incluye la edad elevada, género masculino, comorbilidades cardiovasculares, síndrome metabólico y obesidad, también es compartido con muchas de nuestras enfermedades, en particular con la APs y la PsO, lo que puede suponer un mayor riesgo para nuestros pacientes.





### Consideraciones sobre el uso de fármacos biológicos

Dada la novedad de la infección y del conocimiento rápidamente cambiante en torno a ella, no existen datos específicos ni definitivos sobre cómo afectan las terapias biológicas en el riesgo de adquirir la infección ni su desenlace en nuestros pacientes.

La mayoría de los datos de riesgo de infección que tenemos disponibles sobre los biológicos usados, tanto en psoriasis como en APs, provienen de los datos de ensayos fase 3. Las infecciones típicamente descritas en estos estudios incluyen infecciones del tracto respiratorio superior, del tracto urinario, por gérmenes oportunistas y, menos frecuentes, infecciones graves<sup>2</sup>.

Los datos del registro español de eventos adversos para terapias biológicas en enfermedades dermatológicas (Biobadaderm) mostraron un riesgo aumentado de todas las infecciones, en general, con los anti-TNFα, comparado con Ustekinumab y fármacos no biológicos como metotrexato (MTX), ciclosporina o acitretino. De todos los anti-TNFα, el Infliximab es el que tiene el riesgo más alto de infección<sup>3, 4</sup>.

“No existe evidencia que indique que nuestros pacientes tengan mayor riesgo de contraer la infección o de tener peores desenlaces por sus tratamientos”

### Datos actuales de la infección covid en pacientes con enfermedades reumáticas

Existe una importante heterogeneidad, tanto en las características generales como en las enfermedades autoinmunes y tratamientos de los pacientes incluidos en las cohortes de los estudios<sup>5,6,7</sup>.

De acuerdo con estudios previos de infección por coronavirus en distintas poblaciones, se ha visto que los pacientes con comorbilidades como la HTA, enfermedades pulmonares, diabetes y enfermedad cardiovascular, tienen mayor riesgo de hospitalización. Y que, además, un mayor número de comorbilidades se asocia con peor evolución clínica.

El tipo de diagnóstico parece que juega un papel importante en la probabilidad de ingreso hospitalario y los pacientes con enfermedades sistémicas autoinmunes tienen un riesgo más alto comparado con las artropatías inflamatorias crónicas.

Otro de los datos encontrados en todos los estudios es que el uso de corticoides a una dosis de prednisona mayor o igual a 10mg/día se asoció con un incremento del riesgo de hospitalización (OR 2.05). Sin embargo, no encontraron este riesgo con los FAME convencionales, como metotrexato o leflunomida, ni con FAME biológicos, en su mayoría anti-TNF alfa, ni inhibidores de JAK<sup>5,6,7</sup>.

Curiosamente, parece que el uso previo de fármacos biológicos (en su mayoría anti-TNFα) se asoció con un menor riesgo de hospitalización y de complicaciones<sup>5, 6,7</sup>.

En **Dermatología** encontramos similares resultados. Hay series de casos en los que se describe incluso mejoría de la infección por covid tras la inyección de guselkumab en un paciente con psoriasis<sup>8</sup>. También se ha descrito un paciente que durante el periodo de inducción de Ixekizumab se infectó, permaneciendo asintomático a pesar de continuar con el esquema terapéutico indicado. De hecho, el ixekizumab se está investigando como posible tratamiento frente a la covid, dada la inhibición que ejerce sobre la vía de IL-17/23.

En este sentido, otros estudios han demostrado que la evolución de los pacientes con psoriasis en tratamiento biológico no es peor

ni implica mayor riesgo de hospitalización ni de muerte en el contexto de la infección por covid<sup>10,11,12</sup>. Por otro lado, en una cohorte amplia de 1.193 pacientes con psoriasis y biológicos se vio que sí que tenían más riesgo de ser PCR+ y ser hospitalizados, pero no hubo un incremento del riesgo de ingreso en UCI o de muerte<sup>13</sup>.

En una serie corta de pacientes de los Dres. Queiro y González-Gay con psoriasis tratados con diferentes biológicos, entre ellos, el apremilast, se observó que los pacientes en tratamiento con apremilast mostraron el mejor perfil de seguridad y, junto con el secukinumab, la tasa de infección más baja<sup>14</sup>.

Es difícil sacar conclusiones definitivas sobre la susceptibilidad a la infección por coronavirus en pacientes con PsO y APs con tratamiento sistémico, basándonos sólo en los datos generales de infección.

## PROS Y CONTRAS del uso de biológicos<sup>15,16,17,18</sup>

Al inicio de la pandemia, hubo una avalancha de artículos y de alertas que hizo que, tanto los pacientes como nosotros mismos, nos preocupáramos sobre el posible riesgo de infectarse y de si continuar o no con los tratamientos biológicos prescritos.

Nuestros pacientes, en particular aquellos con APs y PsO, tienen a menudo más riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular, depresión y otras comorbilidades que podrían incrementar la gravedad de la infección por coronavirus.

## A FAVOR DE LA SUSPENSIÓN DE LOS BIOLÓGICOS

- La mayoría de las guías recomiendan la suspensión de los biológicos, en caso de infecciones activas clínicamente importantes.
- Nuestros pacientes reciben de manera crónica tratamientos inmunosupresores que debilitan su sistema inmunitario y los pueden hacer más susceptibles de infecciones.
- Los tratamientos biológicos aumentan el riesgo de infecciones oportunistas.
- Cabría valorarlo en aquellos pacientes que reciban medicación inmunosupresora concomitante o en aquellos con factores de riesgo

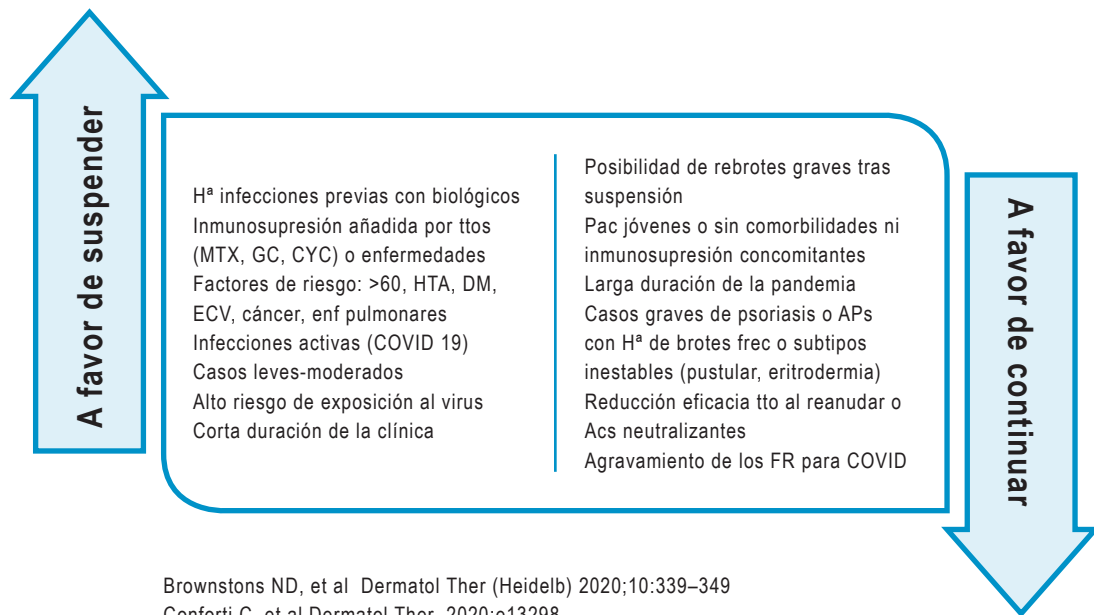
de desarrollar una infección grave por covid (diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, HTA o enfermedades pulmonares).

- Si el paciente tiene antecedentes de infecciones serias previas con los biológicos.
- En casos leves-moderados podría considerarse, teniendo en cuenta que, si se diera el caso de infectarse, la infección no suele alargarse más de 10-15 días en la mayoría de los pacientes, salvo excepciones, por lo que la interrupción o la reducción de la dosis no conduciría a un brote inmediato de la enfermedad.
- En aquellos pacientes con alto riesgo de exposición a la covid-19, bien por su ocupación laboral o bien por contactos estrechos, favorecería la decisión de suspender el tratamiento biológico.

## CONTRA LA SUSPENSIÓN DE LOS BIOLÓGICOS

- La interrupción injustificada en la APs y PsO, al igual que en otras enfermedades reumáticas, puede conducir a brotes de la enfermedad, en ocasiones más dañinos que la propia enfermedad.
- Estos brotes de la enfermedad suponen una inflamación sistémica y una alteración inmunológica, dos factores responsables de aumentar la susceptibilidad a infecciones en las artritis inflamatorias.
- En la psoriasis, los brotes de psoriasis y la eritrodermia puede conducir a empeoramiento de la calidad de vida de los pacientes con las consecuentes probabilidades de precisar hospitalización. Eso conduce, a su vez, a la necesidad de revaloración del paciente, lo que en aquellos momentos estaba totalmente desaconsejado dado el alto riesgo de contagio en los centros sanitarios.
- Además, el parar y reanudar el tratamiento, puede llevar a una reducción de la eficacia del tratamiento, así como al posible desarrollo de anticuerpos neutralizantes.
- Por último, la diabetes, el síndrome metabólico, la HTA y la edad mayor de 60, entre otros, son factores conocidos de riesgo de mortalidad en covid y podrían empeorar en el seno de una enfermedad inflamatoria no controlada, debido al proceso inflamatorio per sé.

## Consideraciones sobre el uso de biológicos durante la pandemia



Brownstons ND, et al Dermatol Ther (Heidelb) 2020;10:339–349  
Conforti C, et al Dermatol Ther 2020;e13298  
Coletto L, et al Dermatol Ther 2020;e13415  
Lebwohl M, et al J Am Acad Dermatol 2020;82 (5):1217-1218

“La terapia inmunosupresora puede iniciarse o continuarse de forma segura en la mayoría de los pacientes”



## Recomendaciones de manejo

En junio, se publicaron unas recomendaciones de tratamiento inmunosupresor en pacientes con psoriasis, como guía para dermatólogos, elaboradas por un comité COVID de la Sociedad Médica de Dermatología y la Sociedad de Dermatólogos Hospitalarios<sup>19</sup>. En ella hacen un repaso de todos los tratamientos empleados en psoriasis, y evalúan los datos sobre el riesgo de cada uno de ellos de infección y la posibilidad de utilizarlos en el contexto de la pandemia. Los estratifican según el riesgo de infección individual, basándose en la evidencia científica disponible.

Concluyen que la terapia inmunosupresora puede iniciarse o continuarse de forma segura en la mayoría de los pacientes. Que los médicos deben cambiar o bien optimizar regímenes de tratamiento a favor de los que representen menor riesgo para los pacientes, siempre que sea posible.

## Recomendaciones manejo inmunosupresión

| Risk                  | Drug                                   | Comments                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| High risk             | Systemic steroids                      | Strong dose-dependent risk of infection and existing evidence for harm in critically ill viral pneumonia patients although some preliminary evidence showing potential mortality benefit of dexamethasone in oxygen or ventilator dependent patients |
|                       | Rituximab                              | Prolonged B-cell depletion; consider potential impact on future vaccine to COVID-19                                                                                                                                                                  |
|                       | Cyclosporine                           | Frequent monitoring; multiple drug-drug interactions; risk of harm is likely dose-dependent                                                                                                                                                          |
|                       | Azathioprine and Mycophenolate mofetil | Association with viral infections, including HZV and CMV (transplant data)                                                                                                                                                                           |
|                       | JAK inhibitors                         | Caution regarding use due to viral infection concern (HZV) and DVT/PE risk. Potentially beneficial anti-viral effect with baricitinib and ruxolitinib, but not with tofacitinib                                                                      |
| Low risk              | TNF inhibitors                         | IFX likely highest risk among anti-TNF; caution with higher doses (e.g., IFX 10 mg/kg dosing)                                                                                                                                                        |
|                       | IL-17 inhibitors                       | Possible increase URI risk suggested in recent metanalysis of clinical trial data                                                                                                                                                                    |
|                       | Methotrexate                           | Low overall risk of infections or infectious complications; may be associated with higher risk when used in combination therapy                                                                                                                      |
|                       | IL-12/23 inhibitors                    | Theoretical role of IL-12 in antiviral response, though not clearly implicated in COVID-19 pathology                                                                                                                                                 |
| Not immunosuppressive | IL-23 (p19) inhibitors                 |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                       | Apremilast                             |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                       | Dupilumab                              |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                       | Hydroxychloroquine                     | No significant risk of infection or infectious complications; to date, no evidence for benefit in treatment of COVID-19                                                                                                                              |
| Not immunosuppressive | Other:                                 | Immunomodulatory agents (e.g. retinoids, dapsone, colchicine, etc.)                                                                                                                                                                                  |

|                       |                                            |                                  |
|-----------------------|--------------------------------------------|----------------------------------|
| High risk             | Evidence suggests harm - avoid if possible | CMV, Cytomegalovirus;            |
| Mixed data            | Mixed data - proceed with caution          | DVT, deep venous thrombosis;     |
| Low risk              | Low risk of harm                           | HZV, herpes zoster virus;        |
| Not immunosuppressive | Not immunosuppressive                      | IL, interleukin;                 |
|                       |                                            | PE, pulmonary embolus;           |
|                       |                                            | URI, upper respiratory infection |

Fig 1. Drug safety recommendations in the context of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. CMV, Cytomegalovirus; DVT, deep venous thrombosis; HZV, herpes zoster virus; IL, interleukin; PE, pulmonary embolus; URI, upper respiratory infection.

## Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología (SER)<sup>20</sup>

Aquellos pacientes en tratamiento inmunomodulador que contraigan la infección sin síntomas o con síntomas leves, pueden continuar con su tratamiento de fondo.

En estos casos el panel considera que los cambios en el tratamiento deben valorarse caso por caso. Consideran que deben ser decisivos los miedos y creencias del paciente; es decir, no debemos recomendar automáticamente la suspensión de los FAME en caso de síntomas leves, pero si el paciente se siente más seguro suspendiéndolos transitoriamente y el reumatólogo cree que no existe un riesgo elevado de rebrote o de complicaciones, se podría defender la suspensión.

En aquellos pacientes con factores de riesgo o con síntomas más graves, se recomienda suspender temporalmente el tratamiento hasta la resolución del cuadro.

“Todas las vacunas disponibles son eficaces y seguras. Se recomienda la vacunación a todos nuestros pacientes”

## Recomendaciones SER de Tratamiento COVID (octubre 2020)

### Pacientes con COVID-19

1. Asintomáticos: mantener tto, salvo si pacientes de riesgo\*
2. Mantener estable tto crónico con GC\*
3. Considerar STOP SSZ, MTX, LEF e IS (MMF, AZA, CFA) hasta resolución del cuadro. Mantener HCQ
4. Retrasar las terapias biológicas u otras dirigidas hasta la resolución, **salvo inhibidores IL-6, IL-1 y baricitinib**

No hay que olvidar que nuestras enfermedades comparten los mismos FR para la infección por coronavirus, como la edad elevada, comorbilidades cardiovasculares, sd metabólico y obesidad

A la menor dosis posible

Documento de posicionamiento de la Sociedad Española de Reumatología sobre funcionamiento y restablecimiento de la actividad de los servicios de reumatología ante la COVID-19. Octubre 2020

Landewé RBM, et al. Ann Rheum Dis 2020;79:851-858



## Vacunas

Ninguna de las vacunas que se emplean en la actualidad usa virus vivo ni partes virales atenuadas.

Actualmente no existen datos del efecto de las vacunas en pacientes en tratamiento inmunosupresor, pero están en marcha estudios al respecto<sup>21</sup>.

Desde la *SER* se ha emitido un documento de posicionamiento sobre las vacunas. De forma resumida, lo que se desprende de ellas es lo siguiente<sup>22</sup>:

- Todas las vacunas disponibles son eficaces y seguras. Se recomienda la vacunación a todos nuestros pacientes.
- La gran mayoría de los pacientes con enfermedades reumatológicas que reciben tratamiento inmunosupresor no deben considerarse como con "inmunosupresión grave".
- La razón para recomendar el uso de otras vacunas en los pacientes inmunosuprimidos es la de una dudosa menor eficacia, no un riesgo mayor de efectos adversos. En este contexto, una vacunación de posible menor eficacia es preferible a la no vacunación.

## Conclusión

No existe evidencia que indique que los pacientes con APs y PsO tengan mayor riesgo de contraer la infección por SARS-CoV 2 o de tener peores desenlaces por sus tratamientos de fondo.

En los pacientes con infección activa se debería valorar interrumpir los FAME convencionales, el tofacitinib y los anti-TNF. Es necesario individualizar, valorando, siempre que sea posible, alternativas más seguras.

Las recomendaciones de que disponemos son basadas en opiniones de expertos y están sujetas a futuras actualizaciones.

La llegada de las vacunas supone el camino hacia la ansiada normalidad.



“Los cambios en el tratamiento deben valorarse caso por caso, considerando los miedos y creencias del paciente”



## BIBLIOGRAFÍA

1. Quédraogo D-D, et al. Clin Rheumatol 2020.
2. Dermatol Ther (Heidelb) 2020; 10:339-349.
3. Robert E, et al. Jama Dermatol 2015; 151(9).
4. Ritchlin et al. BMC Rheumatol 2019; 3:52.
5. Gianfrancesco M, et al. Ann RheumDis 2020; 79:89-866.
6. Pablos JL, et al. Ann Rheum Dis 2020; 79: 1544-1549.
7. Freitas Nuñez DD, et al. Ann Rheum Dis 2020; 79: 1393-1399.
8. Benhadou F, Del Marmol V. Improvement of SARS-CoV2 symptoms following Guselkumab injection in a psoriatic patient. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020.
9. Balestri R, et al. SARS-CoV-2 infection in a psoriatic patient treated with IL-17 inhibitor. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020.
10. Elmas ÖF, et al. Psoriasis and COVID-19: A narrative review with treatment considerations. Dermatol Ther. 2020 Jun 17:e13858.
11. Burlando M, et al. A survey of psoriasis patients on biologics during COVID-19: a single centre experience. J Dermatolog Treat. 2020:1.
12. Gisondi P, et al. Risk of hospitalization and death from COVID-19 infection in patients with chronic plaque psoriasis receiving a biologic treatment and renal transplant recipients in maintenance immunosuppressive treatment. J Am Acad Dermatol. 2020.
13. Damiani G, et al. Biologics increase the risk of SARS-CoV2 infection and hospitalization, but not ICU admission and death: Real-life data from a large cohort during red-zone declaration. Dermatol Ther. 2020:e13475.
14. Queiro S, Armesto S, et al COVID-19 patients with psoriasis and psoriatic arthritis on biologic immunosuppressant therapy versus apremilast in North Spain. <https://doi.org/10.1111/dth.13961>.
15. Brownstons ND, et al Dermatol Ther (Heidelb) 2020; 10:339-349.
16. Conforti C, et al Dermatol Ther 2020; e13298.
17. Coletto L, et al Dermatol Ther 2020; e13415.
18. Lebwohl M, et al J Am Acad Dermatol 2020; 82 (5):1217-1218.
19. Ricardo y col. Considerations for safety in the use of systemic medications for psoriasis and atopic dermatitis during the COVID-19 pandemic. *Dermatologic Therapy* 2020.
20. Documento de posicionamiento de la Sociedad Española de Reumatología sobre funcionamiento y restablecimiento de la actividad de los servicios de reumatología ante la COVID-19. Octubre 2020.
21. December 2020 update: Information from the American College of Rheumatology regarding Vaccination against SARS-CoV-2.
22. Posicionamiento de la Sociedad Española de Reumatología (SER) sobre vacunación frente a la COVID-19. 2 de marzo de 2021.



# Retos y nuevas aportaciones en el manejo de pacientes con psoriasis y artritis psoriásica en Atención Primaria

**Ricardo  
Gutiérrez  
Polo**

Médico Adjunto  
de Reumatología.  
Complejo  
Hospitalario de  
Navarra.



La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel, frecuente en la población, muy variada en su presentación clínica. Actualmente se entiende como una enfermedad inflamatoria crónica multisistémica, asociada a múltiples comorbilidades, de causa desconocida, pero con importante carga genética, mediada por el sistema inmune. La artritis psoriásica (APs), manifestación frecuente, forma parte de su espectro clínico, junto a la afectación cutánea y ungueal.

El diagnóstico ha mejorado gracias a su mejor y más extendido conocimiento, no es infrecuente que sea el reumatólogo el primero en objetivar una lesión psoriásica en una consulta de artritis (muchas veces, lesiones discretas u ocultas en pliegues, cuero cabelludo, región retroauricular o umbilical o con onicopatía) o que el dermatólogo sospeche o indague la presencia de una artritis o espondilitis en pacientes con psoriasis, más aún si hay obesidad, psoriasis severa o familiares de primer grado con la enfermedad.

La **presentación clínica** de la psoriasis es muy variada. La más común es el patrón crónico en placas; otras, *guttata*, pustular, potencialmente grave. Los síntomas, la extensión, severidad y localización de las lesiones (peor en cara, cuero cabelludo, pliegues cutáneos, genitales y uñas) puede producir una importante repercusión en la salud, física y mental, y en la calidad de vida, determinando el tratamiento. La APs es, también, clínicamente muy heterogénea: artritis oligoarticular asimétrica (la más frecuente); poliarticular simétrica (principalmente en mujeres); la que cursa con afectación axial (espondilitis/espondiloartritis), con mayor afectación en varones; la mutilante (destruktiva, con dedos en "telescopaje"), infrecuente; y la que predomina en articulaciones interfalángicas distales, en muchas ocasiones acompañada de onicopatía en el mismo dedo. Además, es relativamente frecuente la presencia de entesitis (en talones, codos, rodillas, sobre todo) y muy característica, aunque no exclusiva, la dactilitis (o "dedo en salchicha"), tanto en manos como, sobre todo, en pies, que implica la potencial combinación de tenosinovitis flexora, artritis de interfalángicas, entesitis, osteítis y celulitis. Podría acompañarse ocasionalmente de uveítis y enfermedad inflamatoria intestinal. La actividad inflamatoria cutánea y articular, además de no tener que coexistir en el tiempo, no siempre van a la par.

El **diagnóstico** es fundamentalmente clínico, tanto a nivel cutáneo-ungueal como osteoarticular. A veces, se requiere biopsia cutánea, o toma de muestra ungueal (para descartar onicomycosis, por ejemplo), o pruebas complementarias como ecografía,

resonancia, además de radiología simple articular (típico, el patrón interfalángico en "copa y lápiz", con hipertrofia ósea de la base de la falange distal y resorción ósea de la cabeza de la proximal). Analíticamente, se puede observar elevación de reactantes de fase aguda y, en formas axiales o con uveítis anterior aguda, sobre todo, presencia del HLA B27.

El **tratamiento**, en general, intenta el control de todos los componentes de la enfermedad, cutáneo y articular, lo más tempranamente posible, pero priorizando según expectativas, preferencias u opinión de cada paciente. Además del control de los síntomas, las lesiones y la prevención del daño estructural, se tiene en cuenta la repercusión física, psíquica, social y laboral. También, la presencia de comorbilidades (obesidad, diabetes mellitus, hipertensión, síndrome metabólico, hepatopatía grasa, entre otras). En tratamientos sistémicos, también los deseos genésicos.

Previo al tratamiento inmunomodulador sistémico, se realiza un estudio analítico, en el que se incluye la serología de virus de la hepatitis A, B y C, del varicela-zoster y sarampión, además de descartar tuberculosis latente, con la prueba del Mantoux, Quantiferón y radiología de tórax, con el fin de planificar una serie de medidas preventivas de complicaciones infecciosas (incluyendo vacunaciones –las más habituales, antigripal, antineumocócicas, anti-VHB y, actualmente, anti-SARS-CoV2– y quimioprofilaxis antituberculosa, si fuera preciso).

El tratamiento de estos procesos incluye, de entrada, tratamientos sintomáticos, fundamentalmente tópicos, en el caso de la psoriasis, y otras medidas como la terapia ultravioleta. En APs antiinflamatorias, no esteroideas y esteroideas, preferentemente orales, aunque estos últimos se intentan evitar en la medida de lo posible, o se usan a la menor dosis y el menor tiempo posibles, o se intentan infiltraciones locales; en ocasiones se precisan medidas ortopédicas, rehabilitadoras o quirúrgicas.

Aunque la psoriasis cutánea y la APs comparten ciertos procesos fisiopatológicos, presentan diferencias como la desigual eficacia de ciertos tratamientos sistémicos en la piel y la articulación. Entre éstos, existen fármacos



## DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

sintéticos, sintéticos dirigidos y biológicos. En Reumatología, se denominan Fármacos Anti-reumáticos Modificadores de la Enfermedad (FAME) porque, aun no siendo curativos, puede actuar sobre los signos y síntomas de la enfermedad, mejorar la función física e inhibir la progresión del daño estructural y la discapacidad que puedan originar los procesos reumáticos inflamatorios crónicos.

Los FAME sintéticos convencionales (FAMEc) son compuestos químicos de bajo peso molecular que actúan interfiriendo procesos intracelulares. A pesar de tener una estructura química muy diferente, distintos mecanismos de acción y un perfil de toxicidad variable, pueden conseguir disminuir –al cabo de semanas o meses– la actividad inflamatoria e inducir remisión. Los FAME sintéticos específicos o dirigidos (FAMEd), sin embargo, interactúan de manera específica con dianas y moléculas bien definidas que desempeñan un papel en la actividad de la enfermedad.

Los FAME biológicos (FAMEb) se dirigen a moléculas específicas como proteínas solubles o receptores de superficie celular. Son anticuerpos monoclonales o proteínas de fusión de receptores que actúan contra una molécula extracelular específica que desempeña un papel en la actividad de la enfermedad.

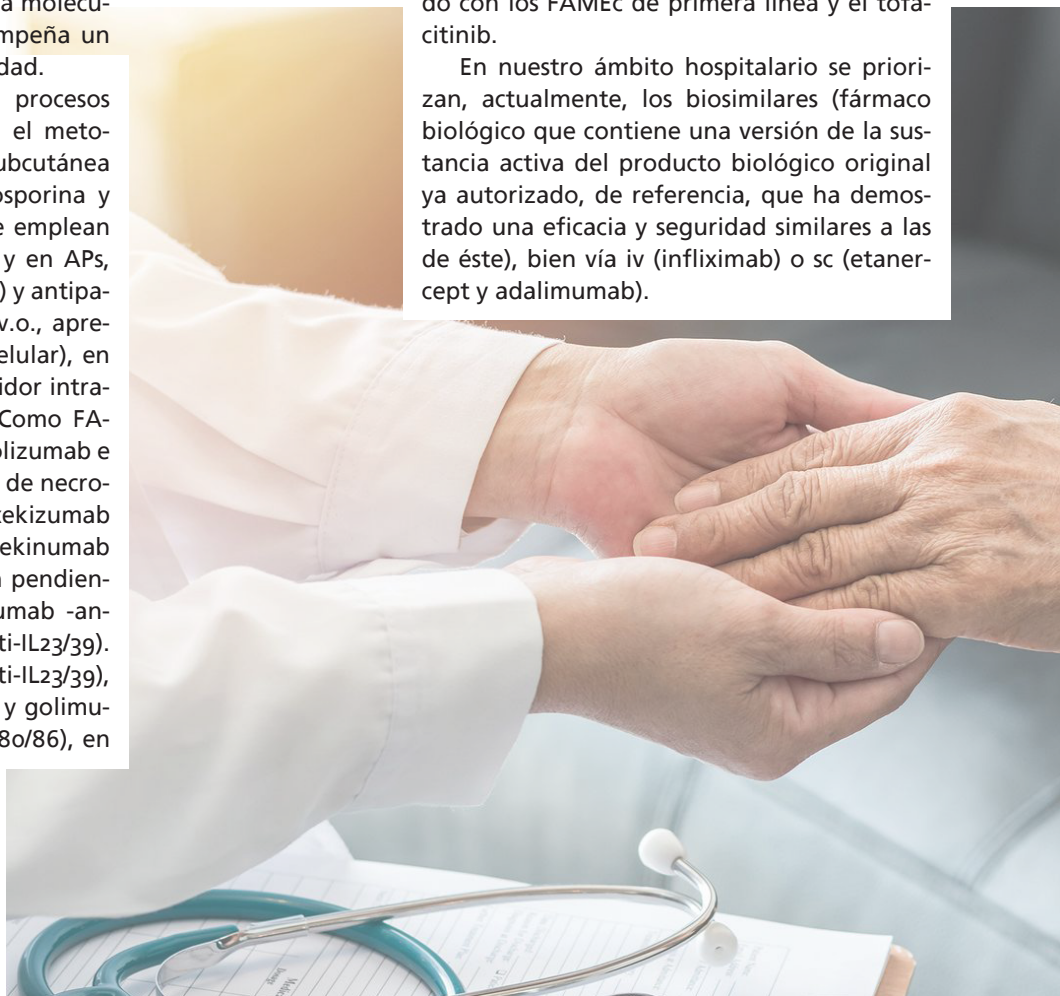
Se pueden emplear en ambos procesos como FAMEc: de manera habitual, el metotrexato (MTX), vía oral (v.o.) o subcutánea (sc); y más excepcionalmente, ciclosporina y azatioprina. En psoriasis también se emplean retinoides (acitetrina), entre otros, y en APs, leflunomida (LEF), sulfasalazina (SSZ) y antipalúdicos (todos v.o.). Como FAMEd, v.o., apremilast (anti-fosfodiesterasa-4 intracelular), en ambos; y tofacitinib (*jakinib* o inhibidor intracelular de Janus kinasas), en APs. Como FAMEb, etanercept, adalimumab, certolizumab e infliximab (dirigidos contra el factor de necrosis tumoral o TNF), secukinumab e ixekizumab (anti-interleucina 17, anti-IL17), y ustekinumab (anti-IL12/23), en ambos; otros están pendientes de aprobación en APs (brodalumab -anti-IL17 receptor- o guselkumab -anti-IL23/39). Tildrakizumab y risankizumab (anti-IL23/39), daclizumab (anti-IL2R), en psoriasis, y golimumab (anti-TNF) y abatacept (antiCD80/86), en

APs. La mayoría se administran vía sc y/o intravenosa (iv).

Existen múltiples **guías clínicas** orientativas para el tratamiento de la APs. La Sociedad Española de Reumatología (SER), en 2018, establece recomendaciones generales, entre las que destaca el manejo multidisciplinar; y unas específicas, que destacan la intervención precoz con FAME, esquematizando luego según el dominio clínico en cada caso. Así, si prevalece la artritis periférica, el tratamiento sistémico se inicia con FAMEc (MTX, LEF o SSZ); si no se alcanza el objetivo se puede plantear o FAMEb (terapia anti-TNF, anti-IL12/23 o anti-IL17) o FAMEd. Para el control de entesitis o dactilitis refractarias, FAMEb o FAMEd, y para la afectación axial refractaria, FAMEb (anti-TNF o anti-IL17).

En general, se concede un período de prueba de unos 3 meses para cada tratamiento pautado, salvo intolerabilidad o secundarismos. Para ello, se realizan, entre otras, pruebas analíticas seriadas, más frecuentes al inicio, que incluyan especialmente hemograma (vigilar descenso de las 3 series), transaminasas y, en ocasiones, perfil lipídico, por si existe elevación en sus parámetros, sobre todo con los FAMEc de primera línea y el tofacitinib.

En nuestro ámbito hospitalario se priorizan, actualmente, los biosimilares (fármaco biológico que contiene una versión de la sustancia activa del producto biológico original ya autorizado, de referencia, que ha demostrado una eficacia y seguridad similares a las de éste), bien vía iv (infliximab) o sc (etanercept y adalimumab).



La **derivación de pacientes entre diferentes facultativos** puede ir en varias direcciones. Del Reumatólogo y Dermatólogo a una Unidad Conjunta superespecializada, al menos, los casos más complejos de pacientes con artritis y psoriasis. Del Dermatólogo al Reumatólogo, y viceversa, especialmente cuando hay sospecha de psoriasis o artritis, respectivamente. Desde Atención Primaria (AP) al especialista, en general cuando bajo el criterio del facultativo así lo considere, en función de su formación, conocimiento o capacidad de manejo. Y del especialista a AP para compartir el oportuno seguimiento de los casos, o llevar a cabo las medidas preventivas requeridas, como vacunaciones, en ocasiones siguiendo la recomendación, también, del Servicio de Medicina Preventiva. De forma resumida, ver tabla 1.

TABLA 1

## DERIVACIÓN EN PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA

### Desde Atención Primaria a Dermatología

- Confirmación del diagnóstico.
- Enfermedad severa/extensa.
- Impacto importante sobre la calidad de vida.
- Insuficiente familiaridad del MAO con tratamientos tales como PUVA, fototerapia o inmunomoduladores.
- Respuesta inadecuada al tratamiento o pérdida de efectividad.
- Secundarismos rebeldes.

### Desde Atención Primaria a Reumatología

- Artritis o sospecha de ella (periférica o axial)
- Idem

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sbidian E, Chaimani A, Garcia-Doval I, Doney L, Dressler C, Hua C, Hughes C, Naldi L, Afach S, Le Cleach L. Systemic pharmacological treatments for chronic plaque psoriasis: a network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 1. Art. No.: CD011535. DOI: 10.1002/14651858.CD011535.pub3.
2. J.C. Torre Alonso et al. Reumatol Clin. 2018; 14(5): 254-268. Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología sobre el tratamiento y uso de terapias sistémicas biológicas y no biológicas en Artritis Psoriásica.





# Valoración geriátrica integral en pacientes candidatos a cirugía, en Manchester (Inglaterra)

POPS (Proactive care of older people undergoing surgery)

♦ Por **María Fernanda Ramón Espinoza**

- ♦ Residente de Geriátrica en el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) e investigadora en la Unidad de Geriátrica del Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA).
- ♦ Ganadora de la Beca MIR 2019 del Colegio de Médicos de Navarra.





## TESTIMONIO BECA MIR

### Incertidumbre al inicio

En septiembre del 2019, tenía ya aprobada la rotación externa en Salford Royal NHS Foundation, hospital que se encuentra en la ciudad de Manchester (Inglaterra). Posteriormente, tuve la oportunidad de ganar la beca del Co-



legio de Médicos de Navarra y, hasta ese momento, todo iba bien. Es entonces cuando se inició la pandemia por covid-19 y llegaron muchas incertidumbres: las rotaciones externas se cancelaron y todos los médicos teníamos que estar en primera línea de actuación en los hospitales. A lo largo de ese tiempo, y entre correos electrónicos que iban y volvían con noticias como “aún no sabemos si puedes venir”, “todo esta en el aire”, tres semanas antes de la fecha prevista me confirmaron nuevamente que la rotación seguía en pie. En ese momento, tuve que arreglar todo lo que necesitaba: buscar un piso,

hacer maletas y emprender el viaje en tiempos de pandemia con todo lo que suponía. Una vez en Manchester y tras realizar cuarentena durante 15 días fui al hospital.

“El abordaje de la patología quirúrgica en el paciente mayor es la base fundamental para evitar su deterioro funcional y los efectos secundarios”

### Ya en el hospital Salford Royal

El primer encuentro fue con Arturo Vilches Moraga, mi tutor durante la rotación. Médico geriatra de origen español, formado en Inglaterra, “Consultant in The Ageing and Complex Medicine (Care of the Elderly) Department”, es profesor titular de la Facultad de Ciencias Médicas y Humanas de la Universidad de Manchester y con una destacada trayectoria dedicada a la investigación en uno de sus principales temas de interés, “proactive care of older people undergoing surgery-POPS”, Unidad a la que específicamente fui a rotar.

La jornada laboral se iniciaba a las 9, en la Unidad de agudos de Geriátrica, hasta las 13; teníamos una hora para comer y sobre las 14 íbamos a las plantas de cirugía.

La rotación consistió en asistir por la mañana a la planta de agudos de Geriátrica, en la que pude aprender muchas cosas y fijarme en las similitudes y diferencias que existían con respecto al hospital en el que me formo actualmente.



# TESTIMONIO BECA MIR

## Diferencias y similitudes

En cuanto a la parte médica el manejo, no difiere del que realizamos en la planta de Geriátrica del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN). Las diferencias consistían en que durante el día se realizan dos sesiones multidisciplinarias, a primera y última hora de la jornada laboral. A esta sesión acudían médicos, enfermeras, auxiliares, farmacéutico, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadora social. Sin embargo, en el CHN se realiza la sesión multidisciplinar una vez a la semana con médicos, enfermeras, auxiliares y trabajadora social, sin disponer del resto de colectivos antes mencionados, a excepción que contamos con una fisioterapeuta en la planta (en varias ocasiones han colaborado terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas en trabajos de investigación que, desde nuestro Servicio, se impulsan).

Otra diferencia es que las habitaciones se componen de 6 camas, que se separan con cortinas en momentos de mayor privacidad de los pacientes. En el CHN contamos con habitaciones para 1 y 2 personas.

Al igual que en nuestro Servicio, se intenta minimizar al máximo el uso de psicofármacos en pacientes con síndrome confusional agudo, observando que allí emplean más medidas no farmacológicas.

En Manchester existen varios equipos de atención al paciente; entre ellos está la Unidad de Demencia, que visita a los pacientes durante el ingreso y realiza su seguimiento ambulatorio. También disponen de una Unidad de Disfagia, que se encarga del diagnóstico y el ajuste de la dieta en los pacientes que lo necesitan. También disponen de varios recursos de seguimiento estrecho del paciente tras su alta para evitar nuevamente descompensaciones y reingresos.

Por la tarde, íbamos a las plantas de cirugía en las que realizábamos y aplicábamos los POPS (proactive care of older people undergoing surgery). A esta sección acudíamos con una enfermera que, en Inglaterra, se conoce con el nombre de "Advanced clinical practitioner" (experta en el área).



María Fernanda Ramón ▲  
en Manchester.



## Valoración geriátrica antes y después de una cirugía

En cirugía, el trabajo consistía en la valoración de los pacientes mayores que habían sido sometidos a cirugía abdominal, tanto urgente como electiva. Se beneficiaban de esta valoración los pacientes mayores de 65 años que se consideran frágiles por la escala "Clinical Frailty Scale" y todos los pacientes mayores de 80 años, independientemente de la valoración de dicha escala. Se les realizaba una exhaustiva valoración geriátrica integral, multidisciplinar y multiprofesional, en diferentes circunstancias:

1. De manera ambulatoria, en pacientes que se sometían a cirugía electiva.
2. En el servicio de urgencias, previamente a la intervención.
3. En la planta de cirugía, tras la intervención.

En tiempos de pandemia, la consulta ambulatoria se realizaba de forma telefónica.

En este primer contacto se valoraba la patología actual, comorbilidad, situación funcional, cognitiva y social. También se hacía una revisión de fármacos, ajustando tratamientos para evitar la polifarmacia; una valoración nutricional y se les indicaba pautas de ejercicio físico previos a la intervención quirúrgica (salvo en los casos de urgencia).

Tras la intervención, acudían los fisioterapeutas para realizar rehabilitación lo más tempranamente posible. Durante el ingreso se realizaban visitas diarias para el control evolutivo y ajustes, según necesidades y/o complicaciones, que pudieran presentar los pacientes. En este proceso se trabaja de manera multiprofesional y multidisciplinar, planificando todos los recursos que el paciente pueda precisar al alta.

El abordaje de la patología quirúrgica, tanto electiva como urgente, en el paciente mayor es la base fundamental para la recuperación del paciente, evitar su deterioro funcional y los efectos secundarios.



“He participado en un estudio de investigación sobre covid-19 y fragilidad, que se estaba llevando a cabo en el hospital”

Con Josh, Uzma y Tom, residentes del Servicio de Geriátria del Salford Royal.





## De planta de agudos a planta covid

Durante la segunda ola de la pandemia, la planta de agudos de Geriátría se convirtió en planta covid y tuve que hacer las funciones que correspondían para atender a estos pacientes. Generalmente, se trataba de pacientes mayores de 70 años pero, en ocasiones, ingresaba algún paciente más joven por escasez de camas. Fue interesante y de relevancia para mi formación tener otra perspectiva del manejo de pacientes con covid. El protocolo de actuación y tratamiento para la infección por SARS-COV2 era similar al utilizado en ese mismo momento en el Comple-

jo Hospitalario de Navarra. Pese a esta situación de pandemia, se realizaba a todos los pacientes mayores una valoración geriátrica integral y, del mismo modo, una intervención multidisciplinar y multiprofesional.

Durante la estancia pude participar en la recogida de datos para un estudio de investigación sobre covid-19 y fragilidad, que se estaba llevando a cabo en el hospital y esperamos que muy pronto se publiquen los resultados. También estoy participando en un artículo que compara las unidades de agudos de geriatría de España e Inglaterra en el que participan varios hospitales.

Además de la actividad asistencial, acudía a las sesiones clínicas para los residentes del hospital, que se basaban en la exposición y discusión de casos clínicos y temas específicos de Geriátría.

Con Arturo Vilches-Moraga,  
▼ tutor de la rotación.



“En pandemia también se realizaba a todos los pacientes mayores una valoración geriátrica integral”

“Espero que, poco a poco, en Navarra se potencien estos circuitos asistenciales para la atención de los pacientes mayores”



## Crecimiento personal y profesional

Esta rotación me ha permitido crecer a nivel profesional, aportar conocimientos a mi formación en un área específica para el beneficio de los pacientes mayores que van a realizarse una intervención quirúrgica y conocer una visión general de cómo es la Geriátrica fuera del hospital que me estoy formando. En esta experiencia también he experimentado un crecimiento a nivel personal por haber podido residir en un país diferente, con otro idioma y cultura, y compartir experiencias con otras personas.

Con esta rotación he complementado la formación recibida en el Complejo Hospitalario de Navarra. Espero que, poco a poco, en Navarra se potencien –con el apoyo de la administración y con el buen hacer del Servicio de Geriátrica– estos circuitos asistenciales para la atención de los pacientes mayores y que se puedan beneficiar de un trabajo multiprofesional y multidisciplinar. Y, por mi parte, aportar todo lo aprendido en esta rotación.

Me he sentido muy acogida por el personal del hospital Salford Royal. Quiero agradecer principalmente a Arturo Vilches por su dedicación, tiempo y por todos los conocimientos impartidos. También agradezco la atención recibida por otros compañeros y su predisposición a ayudarme en un ambiente que era nuevo para mí, especialmente a Angeline y Uzma.

Agradezco al Colegio de Médicos y a Laboratorios Cinfa por la Beca recibida, que me ha permitido enriquecer mi formación, y a mi Servicio de Geriátrica por concederme la oportunidad de realizar esta rotación.

## Covid -19 y Geriátrica

España es uno de los países más envejecidos del mundo y, como sabemos, la infección por covid-19 afecta especialmente a la población mayor vulnerable. Esto ha supuesto una clara afectación para la salud de los pacientes mayores, no solo por el número de infecciones graves, ingresos hospitalarios, complicaciones y muertes que ha causado esta enfermedad sino por el impacto que ha supuesto a nivel funcional, cognitivo y social para este colectivo.

La restricción de la movilidad por el aislamiento tiene repercusiones negativas en los pacientes mayores, con un incremento en la incidencia de los síndromes geriátricos. La restricción del contacto social ha supuesto que muchos pacientes presenten trastornos afectivos. También en pacientes con deterioro cognitivo y trastornos de conducta esto ha generado descompensaciones de su patología.

Por tanto, considero que estos pacientes se beneficiarían de una valoración e intervención individual adecuada a sus necesidades por personal y unidades específicas para su atención.



ORIENTANDO A LOS FUTUROS MÉDICOS

## CHARLAS SOBRE MEDICINA RURAL Y ONCOLOGÍA EN LA UNIVERSIDAD

En colaboración con los delegados de curso y Facultad, el Colegio de Médicos organiza charlas informativas sobre diferentes especialidades para orientar y resolver las dudas de los estudiantes sobre su futuro profesional.

Las últimas sesiones informativas para estudiantes de segundo ciclo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra han abordado la Medicina rural y la Oncología Radioterápica y Médica.

Las sesiones, que se imparten presencialmente desde la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra y también por videoconferencia, se eligen en función de las preferencias de los propios alumnos y, posteriormente, se fija la fecha atendiendo a su disponibilidad y calendario.

El Colegio de Médicos, en colaboración con las sociedades científicas, contacta con los ponentes y asesora en la metodología y presentación de las charlas informativas.

En pasado 9 de febrero se presentó a los estudiantes la especialidad

de oncología radioterápica en la que participaron Amaya Sola Galarza, tutora de residentes de Oncología Radioterápica en el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) y vocal de Tutores en la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra y Andrea Barco Gómez, residente de Oncología Radioterápica en el CHN.

La Medicina rural fue la especialidad elegida para la sesión celebrada el 25 de febrero, en la que participaron Juana Celay Rodrigo, vocal de Medicina Rural en la Junta Directiva del Colegio y médico de Burguete; Luis Mendo Giner, tutor de residentes MIR y médico de Cascante y Sonia Camba Camarillo, médico residente de Medicina de Familia en Cascante.

La última charla informativa dedicada a la oncología médica tuvo lugar el 27 de abril con Lucía Teijeira, responsable de rotatorios de estudiantes en Oncología Médica del CHN; Susana de la Cruz, tutora MIR; y Edurne Muruzabal, residente de quinto año de Oncología Médica en el CHN.

*Juana Celay, en la sesión sobre Medicina rural.*

*Participaron también por videoconferencia Luis*

▼ *Mendo y Sonia Camba.*





Andrea Barco y Amaya Sola, en la presentación de la especialidad de Oncología Radioterápica. ►



Susana de la Cruz, Lucía Teijeira y Edurne Muruzábal presentaron la especialidad de Oncología Médica a los estudiantes. ▼



## OSASUNBIDEA CONDENADA A PAGAR 40.000 € A UN MÉDICO TRAS UNA AGRESIÓN EN SU PUESTO DE TRABAJO

LA SENTENCIA LE CONDENA POR “INCUMPLIMIENTO GRAVE DE LOS DEBERES PREVENTIVOS”

### ♦ Mariano Benac

Asesor Jurídico del Colegio del Médicos de Navarra.



El Tribunal Superior de Justicia de Navarra (Sala de lo Social) ha confirmado la sentencia dictada en noviembre pasado por el Juzgado de lo Social nº 2 por la que, con fundamento en el incumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales, se condena al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea al pago de una indemnización por importe de 40.000 € por los daños causados a un médico como consecuencia de la agresión efectuada por un paciente, en reclamación defendida por el asesor jurídico del Colegio Oficial de Médicos de Navarra, Mariano Benac.

La sentencia recoge que un paciente, sin previo aviso, se abalanzó sobre el médico tirándole al suelo y golpeándole reiteradamente, causándole como consecuencia de la

agresión diversos hematomas en la cara y escoriaciones, lo que dio lugar a varios días de baja médica por incapacidad temporal.

La sentencia recoge que, en el momento de la agresión, no existía ningún tipo de alarma sonora o dispositivo que permitiera avisar ante una situación de peligro; y que no se había realizado un plan específico de riesgos laborales para la Unidad del centro sanitario en que se produjo la agresión.

Con posterioridad a la agresión se adoptaron medidas de seguridad como revisión del correcto funcionamiento del sistema de accionamiento de la alarma sonora, instalación de botón antipánico informático y pulseras de seguridad para los profesionales que contienen pulsador de alarma.

El Tribunal Superior de Justicia estima que ello constituye “el incumplimiento de las más elementales medidas de prevención”, con infracción de lo dispuesto en el artículo 14 y siguientes de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, sin que a ello pueda oponerse la existencia de fuerza mayor en la causación del daño por el carácter imprevisible de la reacción del paciente.

La sentencia afirma que el riesgo era previsible y, por tanto, debería haberse prevenido con medidas adecuadas.

Concluye que el Servicio Navarro de Salud es responsable civil del daño sufrido y le condena al pago de 40.000 € (la cantidad solicitada era superior), imponiéndole las costas del recurso.



## An Innovative Approach to Understanding and Treating Cancer: Targeting Ph.

From Etiopathogenesis to New Therapeutic Avenues.

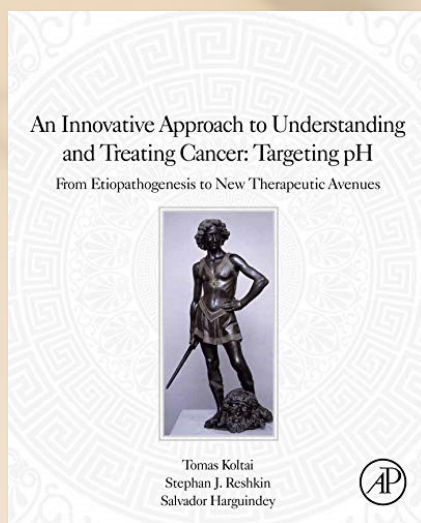
**Autores:** Salvador Harguindey, Tomas Koltai y Stephen J. Reshkin.

**Páginas:** 550

**Editorial:** Elsevier

**ISBN:** 978-0-12-819059-3

**Año:** 2020



### LA OBRA

La Editorial Elsevier-Academic Press ha publicado en Estados Unidos un libro sobre las nuevas tendencias en investigación y tratamiento del cáncer. Su autor sénior es el oncólogo vitoriano Dr. Salvador Harguindey, junto a sus colaboradores Tomas Koltai y Stephen J. Reshkin. Este volumen representa un compendio del llamado "Nuevo Paradigma en Oncología", que defiende la nueva perspectiva unitaria de que todos los tumores malignos tienen más cosas en común

a todos los niveles interpretables que lo que les separa a unos de otros.

A lo largo de sus más de 550 páginas, se muestra no sólo la importancia de la dinámica del ión hidrógeno en el cáncer sino también los mecanismos de funcionamiento de todo el proceso maligno, desde su causalidad, inicio y progresión a los mecanismos subyacentes al proceso metastático. Desde el punto de vista terapéutico se consideran los métodos más recientes para inducir la muerte selectiva de las células cancerosas, lo conocido como apoptosis selectiva, de todos los tumores malignos.

También se describen las múltiples formas en que la manipulación terapéutica de la dinámica anormal del pH intracelular/extracelular puede detener o al menos ralentizar el proceso maligno y disminuir el riesgo y actividad de las metástasis y las muertes por cáncer.

Finalmente, a tenor del creciente número, que se cuentan por miles, de publicaciones internacionales sobre este modelo, se propone la utilización concertada de inhibidores del transporte de protones celulares y de las bombas de protones en ciertos tumores malignos y en diversas situaciones clínicas.

Para información o solicitud de extractos del libro, interesados escribir a: [salvaszh@telefonica.net](mailto:salvaszh@telefonica.net)

Para más información detallada, ver [www.apcrt.org](http://www.apcrt.org) "Association for Proton Cancer Research and Treatment (APCRT)".

E-mail: [info.apcrt@gmail.com](mailto:info.apcrt@gmail.com)

### AUTORES

Uno de los autores del libro es el Dr. Salvador Harguindey, que se graduó en la Universidad de Navarra en 1969. Se especializó en Endocrinología en el Hospital Royal Infirmary, de la Universidad de Edimburgo, Escocia (1974-1977) y posteriormente en la Escuela de Medicina de Georgia, en el Hospital Eugene Talmage Memorial, USA (1977-1981). Obtuvo la especialidad de Oncología Médica en el

Hospital Roswell Park Memorial, en Buffalo, Nueva York (1980-1985). Asimismo fundó y fue vicepresidente de la Sociedad Internacional de la Dinámica de Protones en el Cáncer (ISPDC) en el año 2008. Fue editor y autor de un volumen especial de la revista "Seminarios en Biología del Cáncer", titulado: "El nuevo paradigma centrado en el pH en Oncología y Medicina" (Estocolmo, Suecia,

2107). El Dr. Harguindey ha publicado más de 140 artículos científicos de Biología y Oncología en revistas anglosajonas sobre un enfoque nuevo e integral para la comprensión del los tumores malignos y de las enfermedades neurodegenerativas basado en anormales dinámicas del ion hidrógeno, de la etiopatogénesis al tratamiento, siendo clave en su creación inicial.



**CLEN College**



COLEGIO OFICIAL  
DE MÉDICOS DE  
NAVARRA

CURSOS REFUERZO EXAMEN ADULTOS

# REFUERZOS CAMBRIDGE

 Cambridge Assessment  
English  
Authorised Exam Centre

**CLEN College**  
CENTROS LINGÜÍSTICOS

 International  
House  
Pamplona

**APÚNTATE EN [CLENCOLLEGE.ES](https://clencollege.es)**

**HORARIOS**

**FECHAS**

**PRECIO**

**EXAMEN**

**FCE**

Lunes, martes, miércoles y jueves  
De 10:30 a 12:30

Del 01/06/21  
al 17/06/21

**242 €**

**19/06/21**

**CAE**

Lunes, martes y Jueves  
De 15:30 a 17:30

Del 01/06/21  
al 17/06/21

**176 €**

**19/06/21**

Lunes, martes, miércoles y jueves  
De 10:30 a 12:30

**242 €**

**19/06/21**

**FECHA TOPE DE INSCRIPCIÓN 23/05/21**

Clases online o presenciales a elegir  
en el Colegio de Médicos o Rochapea.



# REFUERZOS CAMBRIDGE

## ADOLESCENTES

FECHA TOPE DE INSCRIPCIÓN 23/05/21

**APÚNTATE EN CLENCOLLEGE.ES**



### HORARIOS

### FECHAS

### PRECIO

### EXAMEN

Lunes, martes y jueves  
De 15:30 a 17:30

Del 01/06/21  
al 17/06/21

**176 €**

**19/06/21**

Lunes, martes, miércoles y jueves  
De 10:30 a 12:30

**242 €**

**19/06/21**

Lunes, martes y jueves  
De 15:30 a 17:30

Del 01/06/21  
al 10/06/21

**75 €**

**12/06/21**

Lunes, martes, miércoles y jueves  
De 10:30 a 12:30

**120 €**

Lunes, martes y jueves  
De 15:30 a 17:30

Del 01/06/21  
al 10/06/21

**75 €**

**12/06/21**

Lunes, martes, miércoles y jueves  
De 10:30 a 12:30

**120 €**

**12/06/21**

Lunes, martes y jueves  
De 15:30 a 17:30

Del 01/06/21  
al 17/06/21

**264 €**

**26/06/21**

+

Lunes, martes y jueves  
De 10:30 a 12:30

Del 21/06/21  
al 24/06/21

Lunes, martes, miércoles y jueves  
De 10:30 a 12:30

Del 01/06/21  
al 24/06/21

**275 €**

**26/06/21**

**Clases online o presenciales**



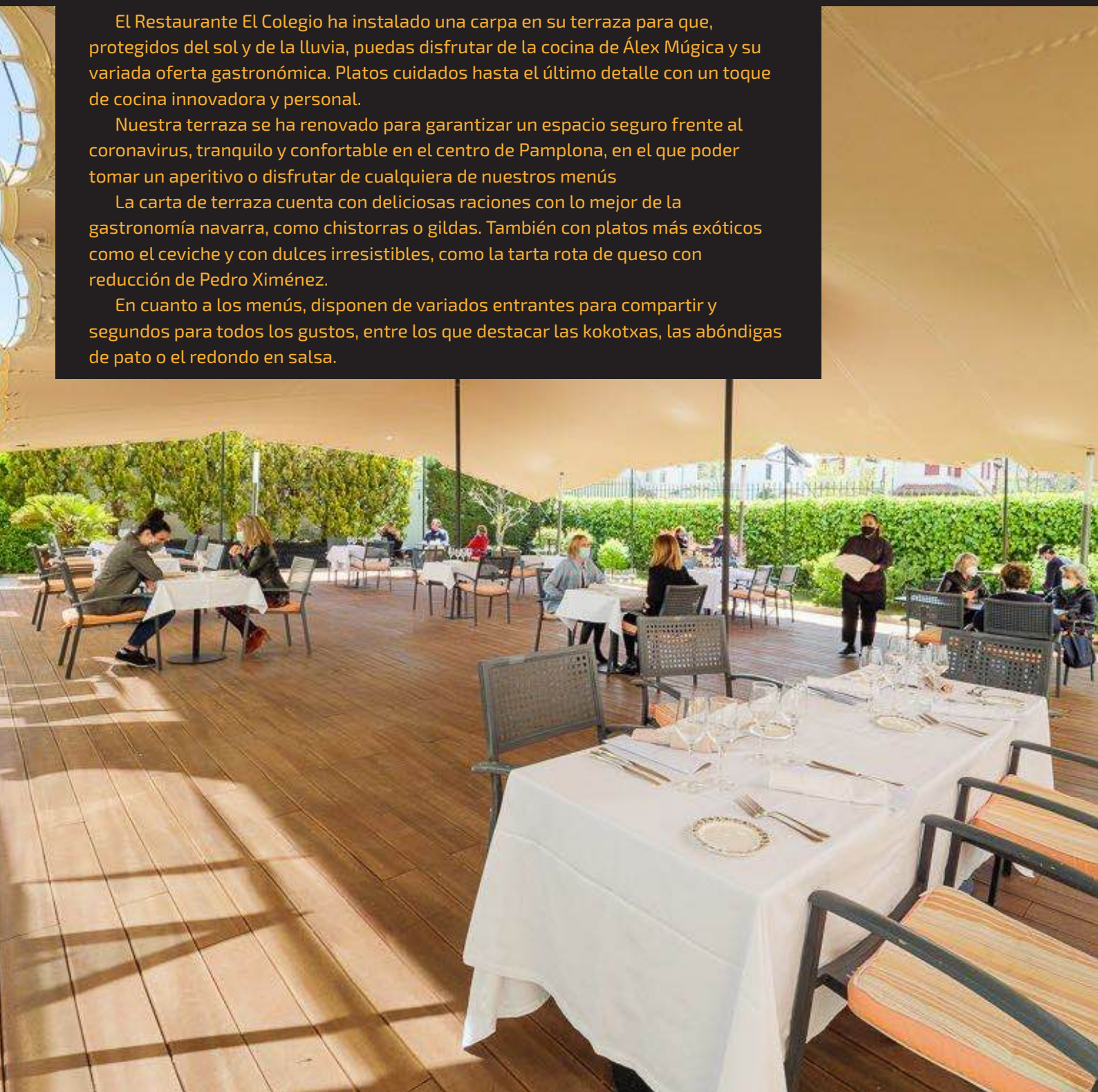
# DISFRUTA DE LA TERRAZA DEL

El Restaurante El Colegio ha instalado una carpa en su terraza para que, protegidos del sol y de la lluvia, puedas disfrutar de la cocina de Álex Múgica y su variada oferta gastronómica. Platos cuidados hasta el último detalle con un toque de cocina innovadora y personal.

Nuestra terraza se ha renovado para garantizar un espacio seguro frente al coronavirus, tranquilo y confortable en el centro de Pamplona, en el que poder tomar un aperitivo o disfrutar de cualquiera de nuestros menús

La carta de terraza cuenta con deliciosas raciones con lo mejor de la gastronomía navarra, como chistorras o gildas. También con platos más exóticos como el ceviche y con dulces irresistibles, como la tarta rota de queso con reducción de Pedro Ximénez.

En cuanto a los menús, disponen de variados entrantes para compartir y segundos para todos los gustos, entre los que destacar las kokotxas, las abóndigas de pato o el redondo en salsa.





# RESTAURANTE



## EL COLEGIO



Cardo con  
foie y pato

- Ver MENÚ DEL DÍA
- Ver MENÚ FIN DE SEMANA
- Ver CARTA DE TERRAZA

Los colegiados/as disfrutarán de  
un descuento de un 10%

### Horario de apertura:

La terraza del Restaurante El Colegio estará abierta de martes a sábado, desde las doce del mediodía y hasta las nueve de la noche, aunque el horario podrá ser ampliado en la medida que mejore la situación sanitaria.

Reservas en el **948 226 364** o **696 370 075**.

También en su página web

## ¡¡¡TE ESPERAMOS!!!



*Alex Múgica*  
**Colegio**

- Video de Álex Múgica

Entrevista con Álex Múgica:

"LA CALIDAD ESTÁ EN DAR BIEN DE COMER Y OFRECER UN BUEN SERVICIO"



COLEGIO DE  
MÉDICOS DE NAVARRA

75<sup>+</sup>



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

## MÁS VALE PREVENIR QUE CURAR

*Sólo por hoy trataré de pasar el día, sin esperar resolver el problema de toda mi vida (Frank Crane).*

El conocido refrán “Más vale prevenir que curar” nos ha llevado a creer que todo lo que hagamos antes de que vengan las cosas (pre-venir) es bueno, pero lo cierto es que no siempre es así. El diagnóstico precoz goza, en no pocas ocasiones, de una exagerada buena fama, y es que hay muy buenos programas de cribado, pero aquí describo algunos de los riesgos, errores o sesgos que puede conllevar el diagnóstico en las fases precoces de la enfermedad.

*No desees que las cosas se hagan deprisa. No te fijas en las pequeñas ventajas. Desear que las cosas se hagan deprisa impide que se hagan bien. Fijarse en las pequeñas ventajas impide realizar grandes empresas (Confucio).*

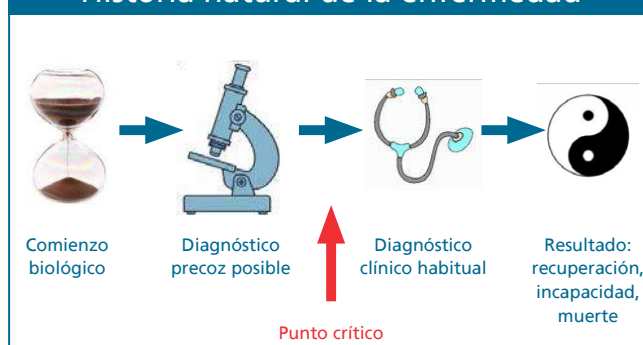
*Suerte es lo que sucede cuando la preparación y la oportunidad se encuentran y fusionan. (Voltaire)*

En el proceso diagnóstico hay una especie de máxima, y es que sólo se debe aplicar una prueba diagnóstica si la información que aporta puede modificar la actitud ante el paciente, llegando a un diagnóstico, lo que nos permite administrar un tratamiento que se prevé efectivo, o descartando una enfermedad, y evitando así un tratamiento que sólo provocaría efectos adversos. En este proceso nos encontramos con varias piedras en el camino: las pruebas diagnósticas no son infalibles, no siempre un resultado positivo quiere decir que el paciente tenga la enfermedad, ni un resultado negativo quiere decir que no la tenga; y no siempre disponemos de tratamientos efectivos que mejoren la salud de los individuos, tanto en términos de supervivencia como en calidad de vida.

*Aprende de los errores de otros. No puedes vivir lo suficiente para cometerlos todos. (Martin Vanbee)*

En el diagnóstico precoz (antes de que los pacientes muestren síntomas) es necesario, además, que exista un **punto crítico** en la historia natural de la enfermedad, antes del cual el tratamiento es o más eficaz o más fácil de aplicar. Este punto crítico debe estar entre el diagnóstico precoz posible (porque disponemos de pruebas para detectar la enfermedad en sus comienzos) y el diagnóstico clínico habitual. Si estuviese antes no podríamos detectar la enfermedad, y si estuviese después ya no sería diagnóstico precoz.

### Historia natural de la enfermedad



En un programa de detección precoz la prueba diagnóstica debe ser sensible, específica, fiable, segura, aceptable y no excesivamente costosa. La sensibilidad es la probabilidad de un resultado positivo en los enfermos, y la especificidad la probabilidad de un resultado negativo en los no enfermos. Queremos que la prueba sea sensible (con pocos falsos negativos) para detectar a la mayoría de los enfermos, y así puedan beneficiarse de un tratamiento potencialmente efectivo, pero también queremos que sea específica (con pocos falsos positivos), para no etiquetar y tratar como enfermos a personas que no tienen la enfermedad. Lamentablemente, no hay muchas pruebas con una sensibilidad y especificidad del 100%, y las que hay son muy caras o muy cruentas. Es más, generalmente, conforme ganamos sensibilidad, perdemos especificidad, y al contrario, si queremos una prueba muy específica



suele ser a costa de perder sensibilidad. En el diagnóstico precoz, si hay que elegir ¿qué es preferible, sensibilidad o especificidad? Creo que si contestamos de forma rápida diríamos que sensibilidad, que ningún enfermo se quede sin diagnosticar, porque así podríamos mejorar su supervivencia o su calidad de vida, mientras que un falso positivo (individuo sin la enfermedad en el que la prueba ha resultado positiva) como mucho se llevará un susto y una biopsia. ¿Sólo? ¿Cuántos sustos y biopsias compensan, por ejemplo, un año de vida ganado? Porque si la prevalencia de la enfermedad es baja, los falsos positivos, en números absolutos, pueden ser muchos. Imaginemos que queremos hacer el diagnóstico precoz de la enfermedad de Sosika, cuya prevalencia es 10/100.000 habitantes. Si la sensibilidad de la prueba es del 100% y la especificidad del 99% (valores francamente altos), tras un resultado positivo, la probabilidad que tiene ese paciente de tener la enfermedad es del 1% (10/1.010). Sólo un 1%, que se llevarán un susto, una biopsia, pero con el tratamiento adecuado probablemente mejorará su salud. Al otro 99% sólo les toca susto y biopsia.

Una forma de aumentar el valor predictivo positivo (probabilidad de que el paciente tenga la enfermedad cuando ha dado un resultado positivo), ese 1% que acabamos de ver, es aplicando la prueba diagnóstica en aquellos grupos de la población en los que la probabilidad de la enfermedad es, a priori, más alta. Siguiendo con el ejemplo, si aplicásemos la prueba a personas entre 50 y 70 años, cuando la enfermedad es más frecuente, afectando a un 5% de este segmento de la población, el valor predictivo positivo pasaría a ser del 84% ( $5.000/5.950 = 0,84$ ).

|            | Enfermos | No enfermos | Total   |
|------------|----------|-------------|---------|
| Prueba (+) | 10       | 1.000       | 1.010   |
| Prueba (-) | 0        | 98.990      | 98.990  |
|            | 10       | 99.990      | 100.000 |

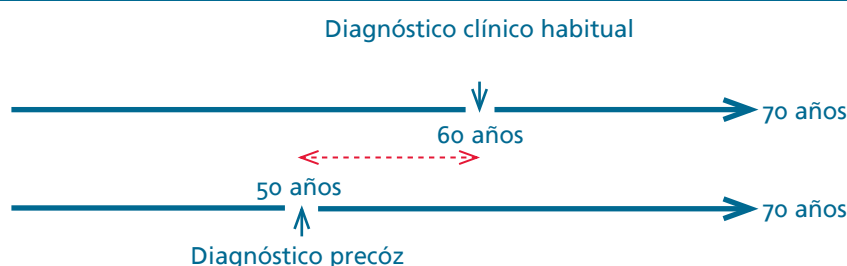
|            | Enfermos | No enfermos | Total   |
|------------|----------|-------------|---------|
| Prueba (+) | 5.000    | 950         | 5.950   |
| Prueba (-) | 0        | 94.050      | 94.050  |
|            | 5.000    | 95.000      | 100.000 |



Además de equivocarnos en el diagnóstico (falsos positivos, falsos negativos) podemos adelantarnos al mismo sin que ello conlleve una mejora en el pronóstico de los pacientes, incluso todo lo contrario.

*Los bosques se adelantan a las civilizaciones. Los desiertos las siguen.*  
(François René de Chateaubriand)

## Sesgo de adelanto diagnóstico



Imaginemos una enfermedad cuyos síntomas se presentan habitualmente a los 60 años. Cuando esto ocurre, el paciente acude al médico y puede ser diagnosticado. Es el diagnóstico clínico habitual. En media, estos pacientes viven 10 años tras el diagnóstico, es decir, hasta los 70 años. Disponemos de una prueba con la que realizar el diagnóstico de forma precoz a los 50 años, y estos pacientes, en media, vivirán 20 años tras el diagnóstico, es decir, hasta los 70 años. Si hablamos de supervivencia desde el diagnóstico, parece que se ha duplicado, ha pasado de 10 a 20 años, pero lo único que hemos hecho es mover el tiempo cero a partir del cual se cuenta la supervivencia. Se trata del **sesgo de adelanto diagnóstico**, porque “no se ha alargado la vida hacia adelante, se ha alargado el tiempo de enfermedad hacia atrás”. Nos hemos adelantado en el diagnóstico, pero no hemos mejorado el pronóstico, porque de una manera u otra los pacientes van a vivir sólo hasta los 70 años. Es más, les hemos “fastidiado” 10 años de su vida, de los 50 a los 60 años, viviendo con la espada de Damocles, etiquetándolos de enfermos, administrándoles tratamientos que muy probablemente tienen muchos efectos adversos, cuando, en realidad, ese tiempo podrían haber vivido tranquilamente, desconocedores de esa enfermedad que iba evolucionando en su interior y que, en cualquier caso, sólo les permitiría vivir hasta los 70 años.

*He presenciado muchas tormentas en mi vida. La mayor parte me pilló por sorpresa, por lo que tuve que aprender, y muy rápidamente, a mirar más lejos,*

*a entender que no soy capaz de controlar el tiempo, a practicar el arte de la paciencia, y a respetar la furia de la naturaleza.*  
(Paulo Coelho)

El objetivo último del diagnóstico precoz no es diagnosticar precozmente una enfermedad, sino mejorar, globalmente, la salud de aquel grupo de la población al que va dirigido el programa de cribado. En este grupo hay enfermos y no enfermos y podemos cometer errores con unos y otros. Esperamos poder mejorar la salud de la mayoría de los enfermos, pero no debemos olvidarnos de los falsos positivos.

*Sólo con una ardiente paciencia conquistaremos la espléndida ciudad que da luz, justicia y dignidad a todos los hombres.*  
(Pablo Neruda)

**amim**

Correspondencia:

Begoña Bermejo Fraile.

Asesoría en Metodología de Investigación en Medicina

E-mail: bbermejo\_amim@hotmail.com

## XXV CONGRESO TELEMÁTICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA (SEMA)

### Pamplona / Iruña

Los días 26, 27 y 28 de mayo 2021 desde el Colegio de Médicos de Navarra

El comité organizador de SEMA y el Colegio de Médicos de Navarra ultiman los preparativos del XXV Congreso Telemático de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA), que se celebrará los días 26, 27 y 28 de mayo de 2021.

Desde la plataforma de formación del Colegio de Médicos de Navarra se podrá participar en los simposios, mesas de actualización, talleres simultáneos, comunicaciones, sesiones de casos clínicos y conferencias programadas.

El Comité Organizador lo forman los doctores Raimon Pèlach Pàniker (presidente), Beatriz Rodríguez Pérez y Maite Sota Virto (vocales) y Manuela Sánchez Echenique (tesorera).

**Es sabido que durante la adolescencia se desarrolla el individuo en los diferentes aspectos físicos, psicológicos, emocionales y sociales; asimismo es una época de muchos riesgos con la adopción de hábitos y conductas que se extenderán a la edad adulta. Los profesionales sanitarios deben estar preparados para abordar las necesidades de salud integral de esta peculiar edad, detectar cuanto antes sus problemas, proporcionando el tratamiento adecuado, e instaurar medidas preventivas realizando educación sanitaria. La SEMA anima a todos los profesionales interesados en el apasionante mundo del adolescente a acudir e intervenir en las actividades programadas.**

**El Congreso está dirigido a** pediatras, médicos de familia, residentes y profesionales interesados.



### SECRETARIA CIENTÍFICA Y TÉCNICA

**Colegio Oficial de Médicos de Navarra**  
Pilar San Esteban  
formacion@medena.es  
Tel. 948 226 093

Web del Congreso

Inscripciones

Programa

# Los microscopios de Ramón y Cajal (II)

◆ **Carlos Panizo**  
Hematólogo.  
Clínica Universidad de Navarra.



*Santiago Ramón y Cajal y Juan Bartual Moret, que llegaría a ser Decano, en su laboratorio de la Facultad de Medicina de Valencia*

Después de opositar de forma infructuosa por tres veces, Santiago Ramón y Cajal terminó ganando la cátedra de Anatomía descriptiva de la Facultad de Medicina en Valencia. Se incorporó en enero de 1884, siendo acogido cordialmente por el claustro de la Universidad y las instituciones científicas de la ciudad. También él hizo por integrarse en la sociedad valenciana frecuentando las reuniones del Casino de Agricultura y del Ateneo Valenciano (1,2). Aunque en su autobiografía *"Recuerdos de mi vida"* evocaba con satisfacción esa época, también relataba las estrecheces de su sueldo de catedrático en esos primeros tiempos para mantener a su familia y el laboratorio y animalario que había organizado en su propio domicilio (1). Para conseguir algún ingreso extraordinario tuvo que recurrir a la organización de un curso de histología normal y patológica que ofrecía clases a los doctorandos y doctores necesitados o deseosos de profundizar en la materia. Se conserva alguna imagen fotográfica, en realidad autorretrato, de esa actividad extra académica en su laboratorio, como en la que aparece con su discípulo Juan Bartual Moret (3) (Foto 1). Aquel curso resultó el inicio de una relación de amistad entre ambos y de una estrecha colaboración en los inicios de la investigación de la aplicación de la tinción con el método de Golgi sobre los centros del tejido nervioso que Cajal acababa de aprender en el laboratorio de Simarro (1,4).

Consta en los escritos de Cajal que con esos ingresos complementarios dotó de nuevo equipamiento científico su laboratorio, comprando, entre otros, un micrótomó automático de Reichert capaz de mejorar en precisión, grosor y regularidad los cortes histológicos realizados tradicionalmente con cuchilla de barbero. Varias fotografías dan fe de esa adquisición, y también de la presencia de algún otro microscopio en el laboratorio, distinto de su primer Verick ya descrito (5). Concretamente, el modelo que maneja Juan Bartual es el "petit modèle" de la marca francesa Nachet, fabricante de los microscopios más utilizados por la generación de histólogos españoles anterior



a Cajal, pero cuyas ópticas ya no satisfacían las necesidades técnicas para sus investigaciones, como atestigua la carta que escribió a otro de sus discípulos, el jesuita Antonio Vicent cuando éste se encontraba ampliando estudios en Lovaina (6,7).

*“¡Ah! ¡Quién tuviera esos magníficos objetivos que a Fleming, Strassburger y Carnoy deben sus descubrimientos! ¡Quién pudiera poseer un Seibert 1/6 o un Zeiss 1/18! Aquí desgraciadamente las facultades no tienen material y, aunque yo me empeñara en pedir uno de esos objetivos, no me lo permitiría el decano por falta de fondos. Mucho envidio más aún esa riqueza de medios de que Vds. gozan, con la que se hace cuanto se quiera. Yo tengo que resignarme con un objetivo 8 de inmersión Verick y este gracias a que es de mi propiedad, que por la facultad no tendría más que un 5 o un 6 de Nachet”.*

Este modelo de microscopio en particular ya aparece en el catálogo de Nachet de 1856 referido como el «petit modèle inclinable» (8). Se trata de un instrumento pequeño ideado para el uso en el laboratorio y construido en el típico estilo continental (Foto 2). El enfoque macroscópico se logra deslizando el tubo óptico principal y dispone de un tubo que, cuando está completamente extendido, permite duplicar el aumento de la lente del objetivo. El enfoque micrométrico se consigue mediante el control de ruedecilla cuya forma particular es característica de los microscopios de esta firma, en la parte superior del pilar principal. El espejo cóncavo se sujeta mediante un cardán giratorio, fijo en los primeros modelos y montado en un brazo articulado con movimientos horizontales y verticales, para permitir la iluminación oblicua en los modelos de 1863 en adelante. El pie tiene la forma de paralelepípedo de los primeros modelos de Nachet, que evolucionó con el tiempo hacia la forma de pie en herradura estándar de los microscopios de esta marca de finales del siglo XIX (8,9). En la década de 1880 se rediseñó el sistema de sujeción de la preparación a la pletina, pasando de ser una barra deslizante a tener dos clips. En el microscopio del laboratorio de Cajal se aprecia este último sistema de sujeción con clips, lo que permite datar la factura del microscopio en el mismo tiempo en que se realizó el autorretrato en su laboratorio domiciliario.

*Enlace a  
la imagen*



## BIBLIOGRAFIA

1. Santiago Ramón y Cajal. (1923) Recuerdos de mi vida. 3ª Edición.
2. Neurología Comunidad Valenciana. Orígenes. LXVI Reunión de la Sociedad Española de Neurología. Valencia 18-22 de noviembre 2014.
3. Cajal, catedrático de anatomía en Valencia (1884-1887). F. José Vera Sempera. Revista Española de Patología 2002; 35 (4).
4. La amistad de Santiago Ramón y Cajal con Juan Bartual Moret a través de escritos y correspondencia inédita. (2011). Jose María Bartual Pastor. Ed. Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz. ISBN CA 404-2011.
5. Los microscopios de Cajal (I). Carlos Panizo. Panacea Colegio Oficial de Médicos de Navarra 2021; 131.
6. Ramón y Cajal. José María Piñero. (1988) Salvat. Barcelona. ISBN: 8434582090.
7. Carta de Cajal al padre Antonio Vicent fechada en Valencia a 1 de enero de 1885 y que se conserva en el Archivo -Biblioteca de Teodoro Llorente propiedad de J.T. Corbín Llorente..
8. Microscope Nachet “petit modèle inclinable” (Paris, 1863-1872). Giovanni Maga. [http://www.igm.cnr.it/pagine-personali/maga/maga-microscopes/nachet/?fbclid=IwAR16\\_VFWbloMqPhFVEIJepF3r3IYDP2AoKx-41niCo7TNvjBigFDws8SUako](http://www.igm.cnr.it/pagine-personali/maga/maga-microscopes/nachet/?fbclid=IwAR16_VFWbloMqPhFVEIJepF3r3IYDP2AoKx-41niCo7TNvjBigFDws8SUako)
9. Catalogue descriptif des instruments de micrographie fabriques par Nachet et fils constructeurs à Paris. (1863) Paris. Imp. De E. Martinet.

# IRURITA:

## RIQUEZA MONUMENTAL E HISTÓRICA

■ **Salvador Martín Cruz**

Aunque en un valle como el de Baztán siempre caben las sorpresas -y como tal hay que señalar a Irurita, dada su riqueza monumental e histórica-, lo cierto es que uno se queda corto solamente con ello. Recordando que por aquí pasa el Camino de Santiago. Que hasta aquí llegó desde Pamplona, por Artesiaga, engañando a los carlistas con su estratagema, el general Martínez Campos para levantar el sitio de Elizondo. Y que los libros también señalan que aquí nació Agustín de Jauregui, virrey del Perú, y uno de los miembros de la familia Gastón de Iriarte, que luchó contra el inglés en Trafalgar; lo cierto es que van a ser sus palacios cabo de armería y sus casonas palacianas blasonadas, los que mejor van a contar la nobleza de su historia. Desde la torre medieval de Dorrea, en lo alto del caserío, el palacio de Casa Torre, levantado en torno a la torre medieval de Jaureguizuría y a la salida del lugar hacia Elizondo, a los de los Gastón de Iriarte y los duques de Goyeneche, ambos situados en torno a la plaza "mayor" del lugar, el segundo en población del valle, por encima de la que se levanta, llena de cultura pelotazale, la plaza "del rebote". Aunque Luis Feduchi en su libro monumental *Itinerarios de arquitectura popular española*, no daba ninguna importancia a la plaza en sí, la verdad es que con el conjunto de edificaciones que la flanquean es, por lo menos, para destacarla como una de las más importantes de toda esta geografía... Y que no se nos olvide entrar en la parroquia, una edificación del siglo XVIII, con una torre ochavada llena de distinción y en su interior un retablo rococó en la capilla mayor lleno de solidez y de belleza -no he logrado saber el escultor, pero no hay duda de que las

diez piezas escultóricas que lo componen, cinco arriba y cinco abajo, tienen que ser de alguien que dominaba a la perfección el oficio-. En una de las capillas laterales hay una virgen firmada por Oliveri, distinta del conjunto del retablo mayor, pero llena de gracia.

Una de las características importantes de Irurita es la de ser lugar de concentración, o dispersión, según se mire, de caminos y carreteras del valle, y aunque su papel como punto nodal ha quedado relegado desde que entró en funcionamiento la nueva NA-121 B, todavía tiene su importancia. Aquí llega el Camino de Santiago baztanés, aunque luego se divide en dos ramales; uno que, a través del puerto de Velate, busca sumarse al Camino Francés en la Trinidad de Arre, alcanzando con él Pamplona. Y otro que, siguiendo el valle del Bidasoa, termina sumándose al llamado Camino del Norte. Actualmente, la carretera NA-2540 se ha convertido a partir de Irurita en la carretera de esta parte del valle, hasta desembocar en la NA-121 a la altura de Almándoiz. En su





## FICHA PRÁCTICA

Como es fácil deducir del párrafo anterior, a Irurita se puede llegar por cualquier camino, aunque lo recomendable sea hacerlo desde Pamplona por la NA-121 hasta Mugaire, donde debe tomarse la NA-121 B hasta Arráyo, para coger aquí la NA-8307. A la hora de pensar en el alojamiento, después de recordar que en el propio Irurita hay varias casas rurales y que en el antiguo Colegio de Lekároz hay un albergue juvenil, por distancia, instalaciones y calidad recomendaría el Hotel Baztán, en la carretera que

va a Elizondo, en Echarri, apenas traspasada la linde entre Irurita y Gartzáin. Pensando en comer yo lo hice bien y ajustado de precio en el restaurante Olari, en el centro de Irurita, y en el ya citado Hotel Baztán, con un buen servicio de restauración. Para no repetirme, a la hora del menú, recomiendo ver mi artículo sobre Arizkun. Lo mismo que en el tema de lecturas y guías.

arranque a la izquierda, junto al río Ibur, le llega el ramal que asciende a Meaka y Atesiaga y, atravesando parte de Quinto Real, bordeando el pantano de Eugui, se une en Zubiri con la NA-135. Pero Irurita, curiosamente, hoy tiene varias salidas más o entradas, que da lo mismo: las de la antigua Carretera General de Valle, hoy la Na-8307, que atraviesa el lugar viniendo de Mugaire, camino de Elizondo, y a través de la que también llega la actual General del Valle desde Arráyo (la NA-121 B); y la comarcal, que dejando a un lado el antiguo Colegio de los Capuchinos de Lekároz, sube hasta el casco central de este lugar.





Dicen que el hombre no es hombre mientras no oye su nombre de labios de una mujer

**(Antonio Machado. Escritor español. 1875-1939)**

**Dr. Iñaki Santiago,**

Médico de Urgencias en el Complejo Hospitalario de Navarra.

En cuanto nacemos, comenzamos a morir. Suena a filosofía barata, pero es verdad. Ciertamente es también que existe un ínfimo espacio de tiempo postparto en el que el desarrollo físico continúa su trabajo. Bueno, en algunos individuos e individuos ese insignificante lapso temporal lo tienen relegado a la nada, personajes a los que un amigo mío se refiere como que *"les falta un hervor"*. Mi vecino, el del octavo, que es más antiguo que comer con la mano y muy *jodío*, suele decir que *"es que les falta un par de carbonadas"*. El caso es que la bendita fisiología hay veces que no da para más.

Los defensores de la teoría evolucionista defienden que la especie mejora porque perduran los más fuertes. El pez grande se come al chico. El macho más fuerte gana al que lo es menos y de este modo es capaz de traspasar a su descendencia los genes del supuesto bicho genéticamente más fuerte.

Aunque viendo las barbaridades que hemos cometido los humanos a lo largo de nuestra evolución, da la sensación de que el primigenio macho alfa de nuestro dilatado árbol genealógico, portador del mapa genético ideal, debió resbalar accidentalmente y desnucarse cuando iba a comerse vivo al macho no dominante que, a la sazón y viendo como nos ha ido, no era el más listo de la cuadrilla, ni el

más esquilado. Pero como debía ser el único que quedó tras el luctuoso final del genéticamente perfecto Adonis-Einstein, tuvo la suerte de poder dejar su pírrica carga genética cruzándose de forma profusa y destacada con hembras diversas y numerosas que dieron a luz a una humanidad de lo más variopinta en cuanto a tontura e idiotez. Vista la situación en cuanto a la escasez de machos alfa en condiciones, seguro que las hembras pensaron: *"Qué le vamos a hacer, hermanas. ¡Para el hambre no hay pan duro!"*. De esta forma tan tonta, las hembras pasaron a ser el vector involuntario que iba a desencadenar la desgracia humana: la azarosa transmisión de los genes del tonto de la manada. Huelga decir que el listo, el macho alfa que no pudo transmitir la perfección genética pasó a la historia como el más torpe de la banda.

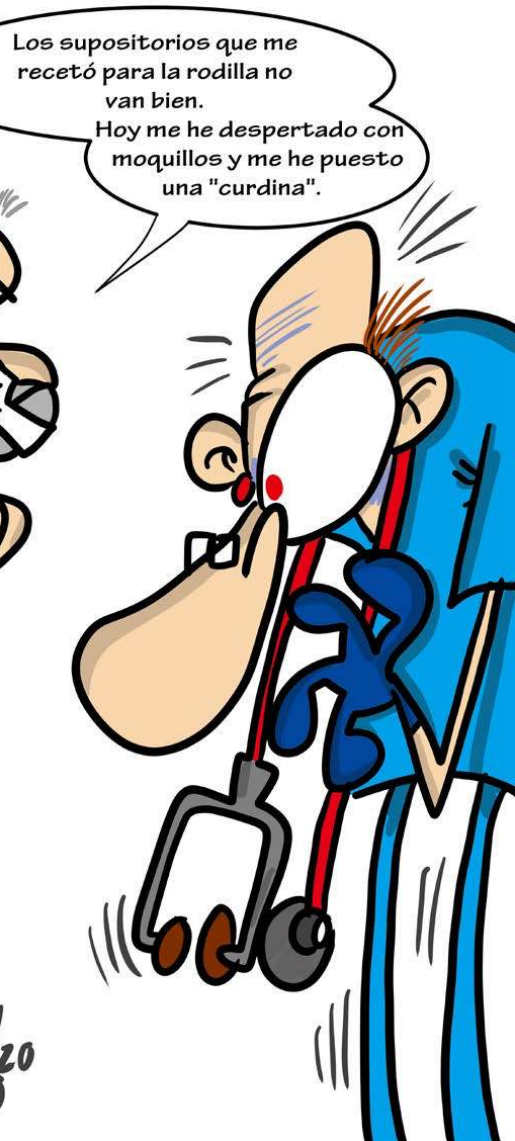
Porque, como bien dice la santa mi señora esposa, que de aguantarme durante años sabe mucho del tema (de ahí lo de santa): *“el gran problema de la humanidad es ese puñetero trozo de cromosoma que os falta a los hombres”*. Está convencida de que la inteligencia y el buen saber estar se concentra en ese pequeño trozo de cromosoma del que adolecemos los machos. Creo que va a tener razón y que la inteligencia masculina estaba antaño ubicada en el telómero del brazo que nos falta,

brazo que sí tenía el macho aquel que para nuestra desgracia resbaló y se partió la crisma, dando paso al otro macho, al tonto de la manada, que era el que tenía atrofiado un brazo, y no precisamente del tronco, y nos dejó cojos de una cromátide, dando lugar al doloroso nacimiento del maldito cromosoma "Y". Mirándolo fríamente, no deja de ser curioso que la falta de un brazo nos produzca cojera, ¡pero de todo el cuerpo y el espíritu! Efectivamente, mi mujer, mi santa mujer, va a tener razón. ¡Toma esa, Darwin, que a ti ni se te había ocurrido!

La evolución humana es tremenda y ha dado lugar a curiosas, variopintas y numerosas teorías sobre la evolución humana.

Los hay quienes creen a pies juntillas en lo que pone la Biblia y están plenamente convencidos de que nuestro mundano cuerpo físico se atiene a aquella sentencia que dice: *"Polvo eres y en polvo te convertirás"*, que en el Génesis 2:7 lo pone bien claro aquello de que *"Entonces Yavé Dios formó al hombre del polvo de la tierra..."* A este respecto, un amigo mío suele añadir que no nos





olvidemos que es este momento bíblico de la Creación el que provoca el hecho de que *"busquemos el polvo con ahínco durante toda nuestra vida"*. Creo que debo hablar con mi amigo y explicarle que no es bueno mezclar religión y sexo. Pero volviendo al polvo, así acabaremos, en el frío suelo (o, en nuestras modernas costumbres, al caliente horno crematorio). Qué curiosa coincidencia que, mientras escribo esto me doy cuenta de que hoy es Miércoles Santo, donde te insisten en lo del polvo. Mi amigo estará gozoso de contento y no precisamente por la festividad.

Pues si lo del polvo, el barro y hombre suena a cuento de ficción, con los antiguos nórdicos, o sea los vikingos de toda la vida, la cosa se enreda un poco más, ya que según su mitología, hubo un gigante primigenio, de nombre Ymir, que no tuvo mejor ocurrencia que crear en primer lugar una vaca de grandes tetas, a lo

Dolly Parton, de la que manaban ingentes ríos de leche. Y no sería para echar un cafelito con leche, porque la creación de la famosa infusión todavía ni se había planteado. Fue al parecer el tamaño de las tremendas ubres de la vaca Dolly lo que le puso burraco al solitario Ymir, cosa por otro lado curiosa, ya que este ser mitológico carecía de género y por ende, entendemos que de sexo. El caso es que como no había otra forma de desahogo, yacieron juntos, gigante y bóvido, engendrando a los dioses. ¡Tela! Mi amigo me dice que prefiere el tema del polvo, que lo del animalismo no es lo suyo.

Lo de los antiguos griegos también es para nota, ya que tras una gran bronca entre un follón de dioses, todos ellos padres, hijos y madres a la vez, le dieron al hombre la capacidad de la lógica. No sabemos cuándo, porqué, cómo, ni quién, pero el hombre ya pululaba por ahí, sin lógica, a lo tonto. Creo que sería bueno que esos dioses repartieran un poco más de esa lógica, porque me da a mí que me encuentro por ahí todos los días a personajes que no han sido bendecidos con ese hálito de lógica. *"Les falta un par de carbonadas"*, insiste mi vecino, el del octavo. Lo curioso de estos griegos es que Hefesto, dios del fuego, debió darse cuenta de que ahí faltaba algo y en un pis-pás creó a la mujer de las mismas llamas. Mi amigo dice que de ahí viene lo de la fogosidad y que se está pensando pasarse a los griegos. Yo le aviso de que tenga cuidado y que al final no le hagan *"un griego"*.

Los aztecas (o mexicas) ya empiezan a entrar en razón, ya que, según sus creencias, su dios, Quetzalcóatl, acertó con la creación a la quinta. Es decir, se ajustó al esquema prueba-error. Creo, no me gusta, lo destruyo. Así hasta cuatro veces. Y al final se debió aburrir y nos dejó como somos, las mujeres con su "X" y los

hombres con su "cojera". Mi amigo dice que aquí no quiere opinar, que sigue dudando entre Génesis y griegos. Le insisto en que mucho ojo con los griegos.

Y sus vecinos los mayas cogieron el Génesis y lo modelaron a su imagen y semejanza, ya que defendían que tras la creación del hombre, Dios cogió barro y creó a todos los animales, presentándoselos para que eligiera. Y como vio que ninguno le convenía, le dijo no sin cierto enfado y bastante sorna: ¡Joder tío, ¿te doy a elegir millones de seres y no te gusta ninguno?! ¡Pues toma, te vas a enterar! Y creó a la mujer. Mi amigo dice que, si en vez de al hombre, le hubieran dado a elegir los diferentes animales a Ymir, el de los vikingos y la vaca tetona, está convencido de que se habría pasado por la piedra a todas las bestias, bichos y alimañas y ahora viviríamos en un mundo distópico, al más puro estilo *Men in Black*. Creo que sigue indeciso.

Afortunadamente apareció por escena el señor Charles Darwin y su famosa teoría de la evolución de las especies, aunque en ningún momento nos supo explicar en qué turbador instante perdimos los machos ese trozo de cromosoma y nos volvimos tontos de capirote. ¡Va a tener razón mi santa esposa!

Dice un sabio principio, llamado la navaja de Ockham, que en igualdad de condiciones, la explicación más sencilla suele ser la más probable. Sería aplicable a que ante una orden sencilla la respuesta esperable debería ser la más lógica y normal. Pues no señor. En el mundillo de la asistencia sanitaria existe una manida coletilla que emplea todo el mundo y que todos aceptamos: *"Es que en el médico me pueden los nervios"*. No obstante, la varonil cojera cromosómica explicaría muchas de esas ilógicas situaciones achacadas a los *"nervios en el médico"*.

## ANECDOTARIO



## ANECDOTARIO

### LA NAVAJA DE OCKHAM

Aquel joven y apuesto varón, de treinta y pocos, al que se le suponían estudios, mínimo hasta el bachiller, acudió a Urgencias por dolor abdominal. Tras la consabida anamnesis, la médica le indicó que iba a proceder a explorarle.

– Por favor, quítate la ropa y ponte ese camisón de ahí.

El paciente, obediente él, pasó detrás de una cortinilla y al poco rato indicó que ya estaba, por lo que la doctora le invitó a abandonar la intimidad del cortinaje y le pidió que se dirigiera hacia la camilla.

Efectivamente, el jovencito salió de detrás de su zona de protección, ataviado con el típico y antiestético camisón hospitalario, pero con una curiosa particularidad: se lo había colocado con la abertura hacia delante, enseñando sin pudor todas sus vergüenzas.

Aguantando no sin dificultad la risa, la doctora le indicó su error y le sugirió amablemente:

– No, así no. Tienes que darle la vuelta.

Dicho y hecho. El joven regresó al refugio cortinil, para aparecer de nuevo con el camisón al que efectivamente había dado la vuelta, pero se la había dado cual calcetín, dejando las costuras hacia afuera, continuando

con la abertura hacia adelante y todas las criadillas al aire.

La médica soltó un fuerte suspiro y tras una nueva, paciente y pormenorizada explicación digna del mejor parvulario, consiguió finalmente que el paciente se colocara de forma correcta la antierótica prenda.

– Es que es la primera vez que me toca colocarme uno de estos –se excusó el turbado muchacho.

Como todo lo que hagas por primera vez lo hagas así, Dios te coja confesado, pensó la doctora mientras hundía las manos en la tripa del fulano.

### LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN

Aquél varón, rozando la cincuenta y con aspecto rudo y de pocas luces, había acudido a consulta de su médico por un molesto dolor de rodilla que le impedía hacer su vida normal. El médico exploró aquella rodilla y comprobó que todo apuntaba a una más que probable artrosis precoz, por lo que solicitó un estudio radiológico que no hizo sino confirmar sus sospechas.

– Tiene usted una artrosis de caballo –indicó coloquialmente el médico a fin de que el paciente comprendiera de forma clara su problema.

– ¿Astrosis? –preguntó el doliente individuo con cara de susto. –¿Eso qué es lo que es?

– ¡Ar-tro-sis! –respondió el galeno, remarcando cada sílaba como si le fuera la vida en ello. Desgate de los huesos.

No era cuestión de entrar en ni-miedades de cartílagos y huesos.

– Le voy a recetar un antiinflamatorio.

– Por favor, doctor, que no sea para tragar, porque lo paso muy mal –suplicó el paciente. –¡Y de pinchar, ni hablar!

– Vale –afirmó el médico. –Pues solo nos quedan los supositorios.

Y así, le hizo la receta de los benditos supositorios y le citó para revisión en unos días, pasados los cuales el dolorido paciente entró cojeando en la consulta, sin aparentes visos de mejoría.

– ¿No está mejor? ¿No ha mejorado con los supositorios que le receté? –preguntó extrañado el doctor.

– Para nada. Por cierto, hablando de supositorios. Me tiene que recetar esparadrapo –exigió el hombre.

– ¿Esparadrapo? –preguntó todavía más intrigado el médico. –¿Para qué?

– ¡Pues pa qué va a ser! ¡Pa sujetarme los supositorios esos en la rodilla!

# ¡Angelicos!





IN MEMORIAN

116

MÉDICOS HAN FALLECIDO DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19,  
UNO CADA TRES DÍAS

**NUNCA OS OLVIDAREMOS**

Ante los datos de contagios y muertes, los colegios de médicos demandan que la profesión médica sea reconocida como profesión de riesgo

El 18 de marzo hizo un año del primer médico fallecido en el ejercicio de su profesión a causa de la covid-19, el Dr. Francesc Collado en Barcelona. Desde entonces, 116 médicos han fallecido durante el último año, una cifra triste y estremecedora que refleja el esfuerzo, sacrificio, profesionalidad y vocación de todos los facultativos de nuestro país. Desde la declaración del Estado de Alarma, cada 72 horas la profesión médica ha perdido a un compañero por hacer frente a la pandemia desde su puesto de trabajo, la más alta entre todos los profesionales sanitarios de nuestro país.

Con motivo del aniversario de la declaración del Estado de Alarma, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM) resaltó la labor y compromiso de estos 116 facultativos, un recuerdo y cariño que hizo extensible también a los cientos de compañeros que aún siguen luchando con las complicaciones de esta enfermedad y por los miles que están dando lo mejor de esta profesión en estos momentos. “Se lo debemos a los que ya no están con nosotros”.

La Organización Médica Colegial concederá a los médicos fallecidos por la covid-19 la condición de colegiado de honor nacional con emblema de plata, en homenaje a su labor y entrega.

#### Dispositivo Integral COVID 19 de la FPSOMC

Ante las necesidades del colectivo médico causadas por la pandemia, la Fundación para la Protección Social de la OMC (FPSOMC) puso en marcha un Dispositivo Integral Covid-19 que contempla un paquete de medidas especiales para ayudar a las familias de los médicos que han fallecido y a los profesionales que presenten secuelas físicas o psíquicas.

#### Profesión médica, profesión de riesgo

Desde mayo de 2020, los colegios de médicos vienen demandando que la profesión médica sea declarada profesión de riesgo en nuestro país. Solicitan la inclusión del coronavirus como enfermedad profesional de forma permanente e inciden en que esta enfermedad, procedente de la dedicación laboral, se inserte en un ejercicio de riesgo continuado.

VER VÍDEO



COLEGIO DE  
MÉDICOS DE NAVARRA

87



# Seguro de Automóvil



## ¿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](mailto:pamplona@amaseguros.com)

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

Tel. 948 21 02 28 [cpamplona@amaseguros.com](mailto:cpamplona@amaseguros.com)

## LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

[www.amaseguros.com](http://www.amaseguros.com)

913 43 47 00 / 900 82 20 82

Síganos en



y en nuestra APP



**A.M.A.**  
agrupación mutual  
aseguradora

