



### Campaña audiovisual

### "Píldoras para la Salud 2022",

en colaboración con sociedades científicas.





- → Bárcena y Guergué, premios Sánchez Nicolay a las Buenas Prácticas Médicas.
- → Entregadas las becas MIR y Senior 2021.
- La Atención Primaria se muere.
- Prevención y manejo de la fragilidad en el anciano.



### Seguridad hasta los 80 años

PSN Previplús es un seguro de Vida para mayores de 65 años, que asegura la tranquilidad de quienes más quieres hasta que cumplas 80 años.

**SEGUROS · AHORRO E INVERSIÓN · PENSIONES** 



Previsión Sanitaria Nacional

Revista trimestral del COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA Enero, 2022 - nº 135

## SUMARIO

### Consejo de Redacción:

Rafael Teijeira, Tomás Rubio, Carlos Beaumont, Julio Duart y

### Comisión Científica:

Laura Barriuso, Mª Victoria Güeto, Oscar Lecea, Rebeca Hidalgo, Marcos Lama, Carlos Panizo, Tomás Rubio y Enrique Sáinz de Murieta.

Coordinación General: Trini Díaz: trini@medena.es

Redacción y fotografía:

Publicidad:

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:

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

PRECIO:

6 Euros (IVA incluido

### En este número destacamos...

- **7 Félix Bárcena:** "La Atención Primaria me ha permitido disfrutar de mi profesión".
- 8 Juan Mª Guergué: "La UCI es vida".
- Becas MIR 2021 para Teresa Dot y Ángela Estenaga.
- 12 El anestesista David Nagore gana la Beca Senior 2021.
- 14 Homenaje a jubilados y colegiados honoríficos.
- **22** #PildorasParaLaSalud.

  Bronquiolitis y gripe en niños: cómo prevenir y detectar estas infecciones respiratorias. Por Natividad Viguria.
- 26 Negativa de tratamiento en una paciente con cáncer ovárico.
  Caso ganador del IV Certamen Ético-Deontológico.
- Epidemiología en la Universidad de Harvard (EEUU).

Por **Pedro Antonio de la Rosa,** ganador de la Beca Senior 2020.

- 48 Foro Médico de AP de Navarra: La Atención Primaria se muere.
- Prevención y manejo de la fragilidad en el anciano.

  Por Bernando Abel Cedeño.

... y además.

4 Editorial:

- 6 Premio Sánchez Nicolay.
- 18 Navidad 2021. Concurso de dibujos.
- 20 Campaña audiovisual Píldoras para la Salud.
- 24 Formación.
  Programa Código MIR
- 32 Ética y deontología. Accésit del IV Certamen de Casos Clínicos.
- 40 Sociedades científicas: ANPE, namFYC y SENNA.
- 47 Ventajas y acuerdos colegiación.
- 60 Universidad: Charlas informativas.
- 62 Epidemiología y estadística: Por Begoña Bermejo.
- 66 Idiomas Clen College.
- 68 Asesoría Jurídica: Por Mariano Benac.
- 70 Pacientes. EM Navarra.
- 74 Microhistorias: Luis Simarro. Por Carlos Panizo.
- 78 Viajes. Tarazona.
  Por Salvador Martín Cruz.
- 80 Anecdotario. Por Iñaki Santiago
- 8<sub>3</sub> Libros

Síguenos para estar informado de la actualidad colegial y profesional.











### INCERTIDUMBRES Y CERTEZAS

Rafael Teijeira Álvarez. Presidente del Colegio de Médicos de Navarra..



iego Gracia, en una muy reciente entrevista publicada en un medio de comunicación, a la pregunta de cómo influye la bioética en el mundo de las incertidumbres morales respondió: "La certeza es muy infrecuente en la vida humana. Lo normal es la incertidumbre".

Llevamos ya dos años de pandemia y la incertidumbre ha sido, y sigue siendo, la característica que rige la toma de decisiones en muchos casos. En concreto, cuando en Navarra nos preguntamos el por qué de la intensidad de las olas pandémicas que estamos sufriendo, encontramos argumentos y respuestas parciales, pero no una respuesta global que nos permita comprender cuáles son las verdaderas razones. Sin tener claro cuál será el momento óptimo -hay incluso quien dice que ya no procede- creemos que buscar una explicación científica a esta situación, mediante una auditoria de expertos, por ejemplo, no está de más. Llegarán nuevas olas y seguro que nuevas pandemias y, como dice el informe de ISGlobal Lecciones aprendidas con la pandemia de COVID-19, para afrontar una futura crisis sanitaria "debemos construir la infraestructura teórica, legal, institucional y personal que nos permitirá prevenir la próxima tragedia". Aunque este planteamiento el equipo lo interprete abierto a un contexto internacional, nada hay que impida trasladar esta propuesta a un nivel nacional, incluso autonómico. Necesitamos, cuanto antes, un nuevo marco regulatorio que permita la toma de decisiones conjuntas y de aplicación nacional, sin olvidar que invertir en investigación, prevención y preparación, es prioritario en nuestra Comunidad. Como dice este informe, "saldrá mucho más rentable que no hacerlo, pero debemos hacerlo inmediatamente. No podemos olvidar cómo la pandemia afecta a nuestra vida y corremos el riesgo de que cuanto más tiempo pase, más nos cueste empezar a trabajar en esta área".

Son muchas las voces que sugieren reforzar, rediseñar y reformar los servicios de salud pública y su interconexión con la Atención Primaria como primera línea de defensa ante las crisis sanitarias. Pero en la segunda línea, el ámbito hospitalario, también es necesario y urgente tomar decisiones.

En ambos casos, estabilizar las plantillas profesionales mediante OPES ha sido acertado por parte de las autoridades sanitarias; no se entiende un trabajo en equipo si no se establecen condiciones que vinculen y fidelicen al profesional a un proyecto, y la estabilidad es una de ellas, si bien no la única. Ya en junio de 2020, el anterior Presidente de la OMC, el

Dr. Serafín Romero, en el Congreso de los Diputados lanzó una propuesta que trasladamos desde nuestro Colegio. Se hablaba del gobierno clínico, de la necesidad del liderazgo médico y de los grandes esfuerzos realizados durante la pandemia por los profesionales de salud para adaptar en tiempo record las estructuras sanitarias. Se hablaba también de la conveniencia de dotar de mayor polivalencia a nuestros profesionales, capacitarlos para atender y/o apoyar a otros especialistas e incluso otras especialidades. En ese sentido cabe una figura formativa novedosa dentro de las previstas en la capacitación específica, de carácter voluntario, eminentemente práctica, que permita obtener las competencias necesarias para prestar esa ayuda que se ha demostrado tan necesaria. Figuras como ésta facilitarán la flexibilidad y autogestión que tan necesarias se han demostrado en esta crisis y que lo serán en el futuro.

Si hablamos de incertidumbres y certezas debemos referirnos a la situación de nuestros médicos. Son múltiples los estudios que han puesto de manifiesto la situación de fragilidad de los profesionales. El estudio realizado por la Fundación Galatea y presentado en el IX Congreso PAIME en noviembre de 2021 señala que, tras la encuesta a profesionales realizada

en el segundo semestre de 2020, seis de cada diez médicos presentan algún indicador de fatiga, dolor y/o estrés, incluso después de finalizado el momento agudo de la crisis pandémica, nada más y nada menos que el doble de los que había antes. También seis de cada diez médicos que contestaron a esta encuesta, manifestaba que sufre el síndrome de burnout, una forma de estrés que se cronifica y que cursa en forma de hartazgo y de agotamiento personal o profesional. Este fenómeno, que se observa en todas las franjas de edad, lo hace con especial relevancia en los médicos más jóvenes, menores de 30 años. La encuesta realizada por el Vocal MIR de nuestro Colegio y cuyos resultados han sido publicados recientemente y recogidos en medios sanitarios y no sanitarios, así lo indican. El programa PAIME ha evidenciado un incremento en la atención a nuestros médicos, también en los jóvenes. Seguro que, en parte, este hecho se debe a un mayor conocimiento del programa por parte de nuestros colegiados y también por la implicaciónde los médicos de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales. Reforzar estos servicios, que tan útiles se han demostrado en la atención a los profesionales en las crisis sanitarias, se demuestra rentable, tanto como lo es el apoyo institucional que viene recibiendo este programa PAIME por las autoridades sanitarias.

Pero no todo son malas noticias en los estudios publicados. Aunque más de una tercera parte de los profesionales encuestados en el estudio GALATEA "fantasea sobre la posibilidad de dejar la profesión, saben que en el fondo no lo harán". Ese mismo estudio pone de manifiesto que los médicos han contado con el apoyo de sus colegas (el 83% se sentían reconocidos por ellos en el peor momento de la crisis), lo cual habla muy bien de las relaciones interprofesionales, que no siempre son sencillas.

Otra buena noticia es que la mayoría de nuestros MiRes quieren quedarse a ejercer en Navarra, lo que pone de manifiesto, como dice el Dr. Joaquín de Carlos, "la satisfacción formativa con el sistema en el que han trabajado", aunque también, "hace falta mejorar el sistema de contratación".

No parece oportuno concluir sin despejar una de las mayores incógnitas: ¿Qué será de este sistema sanitario? Un buen sistema sanitario, de carácter universal y excelente, es el mejor ejemplo de equidad social. Hablar de justicia social requiere hablar de un sistema sanitario abierto, moderno, innovador y accesible para todos. El aprendizaje que nos ha dejado esta pandemia no puede caer en saco roto, es una obligación realizar un análisis profundo y crítico que nos permita dotarnos de un mejor sistema sanitario que el actual, que ha mostrado ya sus debilidades en momentos complejos.

En los últimos meses, a petición de la administración, este Colegio, con la participación activa de los profesionales de la AP, ha trabajado la necesidad de modificar los sistemas de gestión sanitaria, proponiendo como alternativa más demandada la autogestión de los equipos sanitarios en el ámbito de primaria. Este modelo de autogestión es también necesario en el ámbito hospitalario. En consecuencia, reclamar resultados y cambios normativos y regulatorios en el corto plazo, se nos

antoja imprescindible. El consenso político es necesario si se pretende dotar de mayor autonomía a las autoridades sanitarias y, por tanto y en última instancia, a los médicos como principales actores de este nuevo sistema. Esto obliga a tomar decisiones valientes como modificar la Ley Foral de Salud y otras normativas que permitirán, o debieran hacerlo, aumentar la capacidad de autogestión liderada por los médicos y otras medidas que hagan más atractivo a nuestros profesionales su permanencia en nuestra Comunidad. La profesionalización de la gestión sobre la que ha apostado y apostará el Colegio, debe ser un "debe" para poder pivotar el cambio de modelo, adaptándose a la realidad sanitaria y no a la realidad política.

En la entrevista a la que hacemos referencia al inicio de este editorial, el Profesor Diego Gracia concluye su respuesta diciendo: "la prudencia es la virtud que enseña a tomar decisiones razonables en condiciones de incertidumbre". Compartimos esta máxima, pero también sostenemos que procede tomar las decisiones cuanto antes.

Termino en la esperanza de que 2022 sea un año mejor para todos. Desde el Colegio nos sentimos orgullosos por vuestra gran labor profesional, habéis transcendido cualquier expectativa previa con un alto coste personal del que somos conscientes.

Queremos tener un recuerdo especial para las familias de los fallecidos y los pacientes que han pasado y sufren las consecuencias de esta pandemia, consecuencias directas por la Covid e indirectas por la necesidad de recuperar la atención de patologías no Covid.

### Félix Bárcena y Juan Mª Guergué, premios Sánchez Nicolay a las Buenas Prácticas Médicas

El médico de Atención Primaria Félix Bárcena y el intensivista Juan Mª Guergué han sido galardonados con el XI Premio Sánchez Nicolay a las Buenas Prácticas Médicas, que otorga el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra y el Colegio de Médicos.



Este galardón, que reunió en esta edición a dos médicos, se entregó el 23 de noviembre en el Salón del Trono del Palacio de Navarra y reconoce al Dr. Bárcena por su labor en la defensa de los valores de la Medicina de Familia y Comunitaria y por su dedicación a la formación de residentes; y al Dr. Guergué por su impulso a la integración de los servicios de Medicina Intensiva y por su participación, una vez jubilado, en

el Comité Asesor de Decisiones Éticas, que se creó durante la pandemia por la Covid-19.

En el acto intervinieron la consejera de Salud, Santos Induráin; el presidente del Colegio Oficial de Médicos de Navarra, Rafael Teijeira; los galardonados y dos compañeros de los premiados, Álvaro Gimeno y Juan Pedro Tirapu, quienes hicieron una semblanza de cada uno de ellos.



permitido disfrutar de mi profesión"

El Dr. Félix Bárcena Amigo, ejerció como médico de Atención Primaria durante 35 años en el Centro de Salud de Barañain y ha destacado en el ámbito docente por su gran labor como tutor de residentes.

En su intervención agradeció al Colegio de Médicos, al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y al Gobierno de Navarra "por haberse fijado en mí para concederme este Premio, que tanto significa en la sociedad navarra". Agradeció, además, la presencia de la familia del Dr. Sánchez Nicolay en el acto de entrega.

Aseguró sentirse muy afortunado por "haber estudiado medicina gracias al esfuerzo de mis padres ya fallecidos; porque me lancé a la aventura de la especialidad de Medicina de Familia en el año 1980, de lo que no me he arrepentido nunca y me ha hecho disfrutar de la profesión médica; porque conseguí plaza de médico de Atención Primaria en Navarra; y por elegir el Centro de Salud de Barañain en 1985, donde he trabajado hasta mi jubilación en 2020, siendo Centro Docente desde sus inicios".

Compartió el Premio con los que le han ayudado a desarrollar su trabajo, "que son muchos", comenzando por sus pacientes. "Mi relación con ellos ha sido muy gratificante. Durante estos años he intentado prevenir, diagnosticar, curar, paliar, aconsejar y orientar sus problemas de salud, así como en algunos casos ayudarles a convivir con la enfermedad".

Dedicó también el Premio al equipo del Centro de Salud de Barañain, "la ayuda más cercana que he tenido. Para mí ha sido muy importante sentirme partícipe de este equipo, que ha ido creciendo con entradas y salidas de profesionales".

Extendió su dedicatoria a la atención hospitalaria y especializada, en gratitud por los informes recibidos de las interconsultas y altas hospitalarias, "ahora mucho más fácil con las historias informatizadas".

Destacó que una de sus mayores satisfacciones ha sido su participación en la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria, sobre todo en los inicios.

Mostró su agradecimiento a la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Comunitaria (namFYC), Colegio de Médicos, gerencias de Atención Primaria y Unidad Docente de Medicina de Familia Comunitaria, "que se han ocupado de proporcionarnos la formación continuada que ha sido fundamental por la evolución de la medicina y la tecnología". Al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea agradeció "los esfuerzos que hacen para proporcionarnos los recursos para ejercer nuestro trabajo que, por supuesto, creemos que son mejorables".

Terminó su intervención solicitando unidad para mejorar la Atención Primaria "que, a día de hoy, no puede realizar sus tareas correctamente". Subrayó que "la Atención Primaria está herida y siendo la puerta de entrada al sistema sanitario, si no funciona bien, repercutirá en el resto del sistema sanitario y su calidad asistencial. Entre todos, pacientes, personal sanitario y no sanitario, colegios profesionales, sindicatos, directivos, gerentes, SNS-Osasunbidea y Gobierno de Navarra, tenemos que analizar las causas de esta situación, que creo que son muchas, y buscar soluciones".



El Dr. Juan Mª Guergué Irazábal, médico intensivista, impulsó la integración de los servicios de Medicina Intensiva con la creación de la nueva UCI del entonces Hospital de Navarra, en el año 1982, y en 2017 la del Hospital Reina Sofía de Tudela, además dedicó gran parte de su vida a la docencia y a la formación.

Ya jubilado se puso a disposición del Servicio Navarro de Salud para ayudar en la gestión de la primera crisis de coronavirus y participó en el Comité Asesor de Decisiones Éticas, que se creó durante la pandemia.

En su intervención hizo balance de su trayectoria profesional. "Nada ni nadie podía predecir que yo fuera a ser médico. No hay antecedentes en la familia y no tenía una vocación definida, por lo tanto, fue una vocación circunstancial. Y fue la cosa más maravillosa que me ha pasado. Ser médico. Siempre recibes más que das y, cuando ejerces con pasión, se hace dueña de tu vida. Ha merecido la pena".

Este galardón, explicó Guergué, "quiero hacerlo extensivo a todo el

personal que trabaja en la UCI, por su gran entrega y profesionalidad, soportando largas jornadas de trabajo, lo que ha supuesto una gran sobrecarga física y sobre todo emocional". Dedicó unas palabras a los más jóvenes: "además de ser buenos, tenéis que intentar ser los mejores, pero sobre todo seguir cultivando esa virtud que es la compasión y el respeto al paciente y a su dignidad. También y no menos importante, cuidaros a vosotros mismos. Reñiréis, discutiréis, os enfadaréis, pero sobre todo os necesitareis".

Recordó a los que ya no están: José Luis Pérez Arancón, anterior jefe de Servicio y José María Elizalde (Pepe), coordinador de trasplantes; y tuvo palabras de agradecimiento para la familia del Dr. Sánchez Nicolay, "a quien conocí en 1981 ya que formaba parte del tribunal de oposición para cubrir las plazas de intensivista en el Hospital. Posteriormente, tuve la oportunidad de compartir espacios y experiencias y de admirar sus dotes de liderazgo en relación con nuestra común especialidad".

Frente a la idea equivocada de que a la UCI se va a morir, subrayó que "debemos contraponer la idea de que la UCI es vida. El ingreso en UCI es una experiencia inesperada y relevante que te cambia la vida; es una ruptura drástica. Te ves arrancado de la noche a la mañana de tu casa, de tu familia. Sientes que la muerte puede estar cercana. Los familiares se encuentran en un ambiente desconocido, tecnificado, rodeado de aparatos y monitores. Y eres tú el que está allí, cualquiera que sea tu condición (médico, enfermera, auxiliar, celador, personal de la limpieza). Tienes la oportunidad de cogerle la mano, dirigirle una palabra de cariño. Es verdad, estás cansado, llevas muchas horas de guardia... pero todas estas circunstancias hacen necesario un alto grado de compasión y de respeto".

Para el Dr. Guergué uno de los grandes avances ha sido la UCI humanizada, la UCI de puertas abiertas, "donde las familias son sujeto principal, implicándoles en el cuidado y haciéndoles sentirse útiles".

### LA PANDEMIA COMO TELÓN DE FONDO\_

Ambos galardonados se refirieron a la pandemia y las consecuencias en sus ámbitos de trabajo. Para Félix Bárcena, "la Atención Primaria está herida" y pidió unidad para buscar soluciones en un nivel asistencial que es la puerta de entrada al

sistema sanitario. Para Juan María Guergué, la pandemia "ha supuesto hacer frente a un tsunami para el que no estábamos preparados. Las UCIs y sus profesionales han tenido una exposición pública como nunca había ocurrido".

### ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO?\_

En su discurso, el Dr. Guergué enumeró los aprendizajes que nos ha traído la pandemia.

"HEMOS APRENDIDO que hay compromisos y lealtades profesionales que no se pagan con "salarios", sino con "honorarios", es decir con reconocimiento social a quien más allá de sus obligaciones, presta una atención excelente, porque sabe que en la relación asistencial no solo se juega la dignidad de la persona atendida (cuidada, protegida, lavada, alimentada o acariciada) sino el propio proyecto de autorrealización personal.

HEMOS APRENDIDO que en cualquier momento podemos morir y

debemos reconocer como sociedad la deuda que hemos contraído con las personas que han fallecido en absoluta soledad.

HEMOS APRENDIDO que las personas vulnerables lo son más aún durante la pandemia por lo que es importante reconocer la responsabilidad colectiva para su protección, evitando su estigmatización y discriminación. En el caso de las personas mayores, ofreciéndoles cuidados de calidad, aun reconociendo las limitaciones que impone la posible escasez de recursos. Aquí más que nunca "el cuidar prevalece sobre el curar".

**HEMOS APRENDIDO** que lo importanmomentáneo, compasión es compro-

### Premio Dr. Sánchez Nicolay

El Premio Dr. Sánchez Nicolay a las Buenas Prácticas Médicas recuerda la figura de este doctor, fallecido en 2005, que fue pionero e innovador en Medicina Intensiva y que puso en marcha el primer embrión de UCI en Navarra. Asimismo, Sánchez Nicolay fue durante 17 años, de 1980 a 1997, presidente del Colegio de Médicos de Navarra y también ostentó la presidencia de la Organización Médica Colegial de España, desde 1997 hasta 2001.

Desde el año 2010, Gobierno de Navarra y Colegio de Médicos otorgan anualmente el Premio Doctor Sánchez Nicolay a las Buenas Prácticas Médicas con el objetivo de reconocer la labor de los médicos de la sanidad navarra que, día a día, dan su vida por el paciente. Es un premio a la dedicación, el interés por el enfermo, la empatía, la preocupación por la buena práctica y la ética profesional.

Álvaro Gimeno

y Juan Pedro



### Becas MIR 2021 para Teresa Dot y Ángela Estenaga

Viajarán a París y Sidney con el fin de completar su formación MIR



### NEUROPATOLOGÍA EN PARÍS

Teresa Dot Gómara (Pamplona, 1994) es residente de tercer año del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Navarra (HUN) y viajará a París para completar su formación en neuropatología. Su estancia formativa en el Hospital Pitié-Salpêtrière de París (Francia) tiene como objetivos profundizar en el estudio y diagnóstico de tumores primarios del sistema nervioso central, en procesos desmielinizantes e inflamatorios, encefalopatías espongiformes, enfermedades neurodegenerativas y neuromusculares.

Le permitirá, además, formarse en técnicas para el diagnóstico de la patología muscular y neuropatología, en el tallado del cerebro y la toma de muestras, y en el diagnóstico diferencial anatomopatológico.

Pitié-Salpêtrière es un hospital universitario de asistencia pública, adscrito a la Universidad de la Sorbona, y referencia nacional e internacional en neurología, neurocirugía, patología y neurociencia. Destaca por su tradición ininterrumpida de 230 años de estudios de neurociencia. Su Departamento de Neuropatología desempeña un papel central en la investigación del cerebro y médula espinal en el Institut du Cerveau et de la Moelle (ICM) y el Institute of Myology, y colabora con el Instituto Pasteur en la identificación de encefalitis de virus emergentes. "Además, el biobanco NeuroCEB de donación de cerebros es una herramienta fundamental para la investigación en patología neurodegenerativa. El análisis sistemático de los cerebros le permite estar a la vanguardia de la detección y seguimiento de nuevas

enfermedades o nuevas formas de trastornos previamente conocidos. Ha desarrollado un papel clave en la distinción de diferentes tipos de encefalopatías del SIDA y de enfermedades priónicas", destaca la Dra. Dot.

La Neuropatología es un campo por el que Teresa Dot muestra predilección desde el inicio de su formación como residente. En congresos y reuniones científicas ha presentado estudios sobre hallazgos neuropatológicos cerebrales de diferentes casos clínicos. En estos momentos, participa como investigadora en un proyecto de la Universidad Pública de Navarra sobre biomarcadores tempranos de análisis basado en imágenes para enfermedades neurodegenerativas y ha diseñado una página web sobre patología fetal destinada a madres que reciben diagnóstico ecográfico de malformación fetal en el embarazo.

### DERMATO-ONCOLOGÍA Y CIRUGÍA DERMATOLÓGICA EN SIDNEY

Ángela Estenaga Pérez de Albéniz (Pamplona, 1993), residente de cuarto año en la especialidad de Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología en la Clínica Universidad de Navarra, realizará su estancia formativa en el Departamento de Dermatología del Hospital Westmead de Sídney (Australia).

COLEGIO DEICIAL D

PROCON

Ora. Día. Teresa Dot Górnara

La selación de accidente la del paracio Lumbriche 2021

por addre no accidente la del paracio Lumbriche 2021

por addre no accidente la del paracio Lumbriche 2021

por addre no accidente la del paracio Lumbriche 2021

por addre no accidente la del paracio Lumbriche 2021

por addre no accidente la del paracio Lumbriche 2021

por addre no accidente la del paracio Lumbriche 2021

Alla Disputation de la del paracio Lumbriche 2021

Alla Disputation del paracio Lumbriche 2021

Alla Disputation del paracio 2021

Alla Dis

Teresa Dot es residente de tercer año en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Navarra (HUN).



Ángela Estenaga es residente de cuarto año de Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología en la Clínica Universidad de Navarra.

Su estancia en Sídney, con el profesor Pablo Fernández-Peñas, le permitirá familiarizarse con la inmunología aplicada a la dermatología y adquirir mayor conocimiento sobre la enfermedad inierto contra huésped cutánea. Podrá además profundizar en la investigación traslacional en cáncer de piel, el tratamiento quirúrgico y médico del cáncer de piel y el melanoma cutáneo en todas sus fases. El Hospital Westmead es un centro de referencia internacional, tanto en el tratamiento de cáncer de piel (linfomas, melanoma, cáncer de piel no melanoma) como en investigación. "La rotación en dicho centro puede aportar una visión diferente sobre la forma de enfocar el tratamiento de estas patologías. Además, es muy enriquecedor aprender cómo se trabaja en otros países, para que a la vuelta podamos impulsar cambios positivos para nuestros hospitales y sugerir futuras líneas de investigación".

La Dra. Estenaga puntualiza que "el melanoma es muy frecuente en la población australiana, por lo que es un lugar de especial interés en dermato-oncología. Por otra parte, al ser un centro volcado en la investigación, me permitirá ampliar conocimientos sobre propuestas futuras de diagnóstico precoz y tratamiento en fases avanzadas de cáncer de piel, que aún no están disponibles en Navarra".

Durante su formación en la Clínica Universidad de Navarra, la Dra. Estenaga ha participado como investigadora en ensayos clínicos sobre seguridad, eficacia y tolerabilidad de medicamentos para la dermatitis atópica, vitíligo, hidradenitis supurativa y otras patologías dermatológicas. Además, participa activamente en la investigación en cáncer de piel, con especial interés en el tratamiento médico y quirúrgico del carcinoma basocelular.



### El anestesista David Nagore gana la Beca Senior 2021

Se formará en París en técnicas de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO)

La Fundación Colegio de Médicos de Navarra ha otorgado la Beca Senior 2021, en su décima edición, a David Nagore Setién, especialista en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, director médico de OIBU.Clinic. consultor clínico en St Bartholomew's hospital y profesor asociado en el Queen Mary University of London.

La Beca Senior, dotada con 2.500 euros, le permitirá financiar su estancia en el Departamento de Anestesiología y Cuidados Intensivos del Hospital Bichat-Claude-Bernard de París para formarse en el tratamiento con técnicas de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) y asistencias ventriculares. "Estas técnicas, cada vez más extendidas desde el inicio de la pandemia, han demostrado ser indispensables para algunos pacientes críticamente enfermos, con fallo cardiaco y/o respiratorio refractario a tratamientos convencionales", explica el Dr. Nagore.

El Hospital parisino Bichat-Claude-Bernard ha liderado el ranking de hospitales europeos con cirugía cardiaca y tratamiento mediante membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) durante tres años consecutivos. Es también uno de los centros especializados en cirugía cardiovascular más grande de Europa, con cobertura para una población de más de 5 millones de habitantes.

### ASISTENCIA VENTRICULAR EN LA **PANDEMIA**

El interés del Dr. Nagore por realizar esta estancia formativa en un centro de reconocido prestigio internacional surge con el objetivo de contribuir a un mayor desarrollo de los recursos para el tratamiento con este tipo de técnicas de oxigenación. En este sentido, destaca que "la infección por COVID-19 llenó las unidades de cuidados intensivos de pacientes con fallo respiratorio, llegando a colapsar los servicios. Muchos de estos pacientes sufrieron una evolución desfavorable, teniendo como única alternativa terapéutica la oxigenación mediante técnicas artificiales. La pandemia ha evidenciado la necesidad de desarrollar e investigar más este tipo de tratamientos, tan necesarios en determinados grupos de pacientes".

A su vuelta a Navarra, David Nagore traerá nuevas técnicas, iniciativas y proyectos de investigación. "Gracias a la Beca Senior del Colegio de Médicos podré desarrollar este proyecto que ojalá tenga un importante impacto, una gran utilidad y un enorme beneficio para profesionales de la salud en nuestra comunidad y nuestros pacientes".



### ¿POR QUÉ PARÍS?

David Nagore explica que cientos de anestesistas cardíacos e intensivistas de todo el mundo han seguido el programa formativo (fellowship) del Hospital Bichat-Claude-Bernard, establecido en 1986. Una de las razones de su poder de atracción para jóvenes anestesistas es que está asociado con uno de los centros de cirugía cardiaca más grandes de Europa en el que anualmente se realizan más de 4.000 casos de cirugía cardíaca y es centro de referencia para la colocación de asistencias ventriculares.

Otro incentivo para la elección del hospital francés es el peso de su currículo investigador y docente, especialmente enfocado a la ecocardiografía transesofágica perioperatoria. "Esta técnica de monitorización ha demostrado disminuir el número de reintervenciones y la morbimortalidad en cirugías cardíacas electivas y de urgencia".



### **CURRICULUM**

David Nagore Setién (Pamplona, 1983) está casado y es padre de 3 hijos. Es especialista en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Al acabar el MIR en 2012, decidió seguir formándose en el extranjero; primero en Londres, donde se especializó en anestesia cardiaca y ecocardiografía y obtuvo el Diploma Europeo en Cuidados Intensivos. Más tarde en la Cleveland Clinic de Ohio (EE.UU.) donde realizó un fellowship en asistencias ventriculares.

En Navarra ha trabajado como anestesista, tanto en la Clínica Universidad de Navarra como en el Hospital Universitario de Navarra (HUN). Actualmente es el director médico de QIBU. Clinic, en Artica, creada en

Ha dedicado su actividad asistencial y docente de los últimos 10 años a la anestesia cardíaca, siendo el tema principal de su tesis doctoral. Es, además, consultor clínico en Anestesia Cardiaca y Cuidados Intensivos, investigador y profesor asociado de la Queen Mary University of London (QMUL).

### FORMARSE, A PESAR DE LA COVID-19

En el acto de entrega de la Beca Senior, que tuvo lugar el 21 de diciembre de 2021, el presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teijeira destacó que "por segundo año consecutivo, la entrega de esta beca está marcada por la covid-19. Nuestros médicos tienen muchas dificultades para plantearse estancias formativas fuera de sus centros, ahora saturados. Es de agradecer que, a pesar del cansancio físico y anímico que arrastran, sigan estando dispuestos a seguir formándose".

Añadió que "este Colegio también ha guerido continuar convocando la Beca, porque es una garantía de calidad para el futuro de nuestra sanidad y porque todo lo que aprendan contribuirá a mejorar la atención de nuestros pacientes".

QUÉ ES LA OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA

La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) es una técnica de ventilación mecánica que sustituye la función respiratoria de intercambio de gases (oxígeno y dióxido de carbono), permitiendo a los pulmones permanecer menos activos, ganando así tiempo para su recuperación.

Está considerada como una técnica de rescate para aquellos pacientes que presentan insuficiencia respiratoria secundaria a enfermedades que impiden la llegada de suficiente oxígeno a la sangre y/o la eliminación del dióxido de carbono necesario. En estas circunstancias, cuando otras herramientas o métodos convencionales no están funcionando (oxigenoterapia normobárica, ventilación mecánica no invasiva, ventilación mecánica con intubación endotraqueal...) se presenta la posibilidad de tratamiento con ECMO.

El funcionamiento del ECMO consiste en extraer la sangre desde una vena del paciente, a través de una cánula o tubo, para dirigirla a un oxigenador artificial en el exterior del organismo. La sangre es devuelta al organismo una vez oxigenada. Tras el tiempo de recuperación necesario, y una vez estabilizado el paciente, se pasa a utilizar el método convencional de ventilación mecánica.

## Homenaje a 67 médicos jubilados y 68 colegiados honoríficos

La Vocalía de Médicos Jubilados ya representa el 18,5% de la colegiación

### El Colegio de Médicos

homenajeó a sus 67 médicos que, durante el año 2021, se han iubilado en Navarra. También recibieron el homenaje de la profesión, los 68 colegiados honoríficos que alcanzan esta condición por haber cumplido 70 años o por retiro anticipado. Los facultativos homenajeados forman ya parte de la Vocalía de Médicos jubilados

que suma un total de 842 facultativos, lo que supone el 18,5% de los 4.536 profesionales colegiados en Navarra.



Víctor Manuel Egia, ▲
Rafael Teijeira y
Luis Forga,
en el acto celebrado
en el salón de
congresos.

GALERÍA DE FOTOS DE LA REUNIÓN ANUAL DE MÉDICOS JUBILADOS 2021.



Jubilados y colegiados honoríficos en el 2021, que asistieron al homenaje. El resto lo siguió por streaming.

sional de los homenajeados porque "formáis parte -subrayó- de la historia más reciente que ha colocado a Navarra entre las comunidades mejor valoradas por nuestros pacientes, que son los que nos importan. La pandemia ha puesto al descubierto los fallos estructurales de un sistema que ya estaba dando muestras de agotamiento y que se mantiene por el esfuerzo continuado de sus profesionales. Dejáis una huella imborrable en las generaciones más jóvenes, que van a tener que afrontar retos complejos y explorar nuevos caminos para seguir manteniendo la excelencia profesional".

Luis Forga, vocal de Médicos Jubilados, explicó que desde el Colegio de Médicos se está trabajando para "facilitar y orientar el acceso a personal emérito a aquellos compañeros que deseen seguir manteniendo una actividad docente o investigadora tras haberse jubilado, y para mejorar la satisfacción de los médicos jubilados cuando vuelven a contactar con el sistema sanitario, esta vez como pacientes".

Por segundo año consecutivo, debido a la pandemia, la celebración se pudo seguir por streaming y muchos de los homenajeados optaron por esta modalidad. Comenzó con una misa en recuerdo de los 17 médicos fallecidos en 2021, que tuvo lugar el 14 de diciembre y que contó con la participación del coro del Colegio de Médicos de Navarra, y una conferencia —el 15 de diciembre— impartida por el Dr. Víctor Manuel Egia sobre "Agua, higiene y salud en la Pamplona de los siglos XVIII y XIX".



- 1. Francisco Javier Abadía Gauna,
- 2. Antonio Álvarez Iriarte,
- 3. Santiago Amillo Garayoa,
- 4. Isabel Arcéiz Campos,
- 5. María Julia Arrastia Lacunza,
- 6. Alberto Arrondo Mutiloa,
- 7. María Nieves Ascunce Elizaga,
- 8. Enrique Astier Ruiz de Escudero,
- 9. María Carmen Ayerdi Navarro,
- 10. José Ramón Ayestarán Ruiz-Bazán,
- 11. Joaquín Barba Cosials,
- 12. José Joaquín Betelu Corcuera,
- 13. José Ignacio Bilbao Jaureguizar,
- 14. Miguel Ángel Biurrun Elizaga,
- 15. Luis Miguel Cambra Gembero,
- 16. María Francisca Catalán Fabo,
- 17. María Begoña Churio Beraza,
- 18. María Teresa Cía Lecumberri,
- 19. Julio De Pablos Fernández,
- 20. Teodoro Dura Trave,
- 21. Javier Eguaras Ros,
- 22. Miguel Ignacio Galarza Celaya,
- 23. María Jesús Gil Gorricho,

- 24. Ladislao González Castellanos,
- 25. María Carmen Guarch Troyas,
- 26. María del Mar Hernández Espinosa,
- 27. Jesús Ignacio Ibáñez Olcoz,
- 28. Martín Iriarte Patiño,
- 29. Carmen Irigaray Vidondo,
- 30. María Gloria Iso Pabolleta,
- 31. María Teresa Lacalle Larrea,
- 32. Salvador Larripa Campo,
- 33. Ana María Lezáun Induráin,
- 34. Ángel María Lizarbe Hernández,
- 35. José Ramón Loayssa Lara,
- 36. Francisco Javier Lorente Pérez,
- 37. Pedro Maraví Petri,
- 38. Iñaki Martínez Garbizu,
- 39. Eduardo Antonio Martínez Vila,
- 40. Martín José Mazquiarán Mendía,
- 41. Antonio Merino Díaz de Cerio,
- 42. Fernando Olaz Preciado,
- 43. María Victoria Oroz Izco,
- 44. Eduardo Paja Fano,
- 45. Fernando Pardo Sánchez,
- 46. Juan Ignacio Pascual Piedrola,

- 47. Concepción Pellejero García,
- 48. María Dolores Redín Areta,
- 49. María Lourdes Rezusta Sagasti,
- 50. Antonio Juan Rodríguez Barrera,
- 51. José Manuel Rodríguez del Río,
- 52. David Rosell Costa,
- 53. María Isabel Sala Juániz,
- 54. Francisco Javier Salvador Rodríguez
- 55. Antonio Sánchez Cruz,
- 56. José Ramón Sánchez Quintana,
- 57. Miguel Ángel Senosiain Zabalegui,
- 58. Rosa María de Linarejos Suescun García,
- 59. Fermín Urtasun Grijalba,
- 60. María Esther Vaquero Oroquieta,
- 61. Ramón Villanueva Moreno,
- 62. Ángel María Villarreal Aldasoro,
- 63. Rosario Vives Nadal,
- 64. Ángel María Vizcay Redín,
- 65. María Carmen Zabalza Goicoechandía,
- 66. José Manuel Zozava Urmeneta,
- 67. Antonio María Zubiaur Carreño.

### Los **68** nuevos colegiados honoríficos en el 2021 fueron:

- 1. Miguel Javier Ágreda Los Arcos,
- 2. Javier Álvarez Cienfuegos Suarez.
- 3. María Jesús Artundo Purroy,
- 4. Pedro Atienza Arellano,
- 5. María Begoña Bermejo Fraile,
- 6. Enrique Bernaola Iturbe,
- 7. José Luis Carcas Sansuan,
- 8. José Ramón Carmona Salinas,
- 9. Salvador Carrascosa Moreno,
- 10. María Luisa Chocarro San Martín.
- 11. Carlos Ciganda Mangado,
- 12. Carlos De Aranzadi Menéndez,
- 13. Máximo del Castillo Arbeloa,
- 14. José Rafael Delgado Gelabert,
- 15. María Rosario Donézar Díez de Ulzurrun,
- 16. Esteban Echeverría Goñi,
- 17. Arturo Erlanz Abad,
- 18. Isabel Errea Amóstegui,
- 19. José María Erroba Larraya,
- 20. Manuel Ezquieta Espelosín,
- 21. Jaime Gállego Culleré,
- 22. Juana Gamboa Garciandía,

- 23. Manuel García Carasusan,
- 24. Carlos Gurpide Ayarra,
- 25. Matías Jurado Chacón,
- 26. Román Antonio Lezáun Burgui,
- 27. Ignacio Logroño Ezcaray,
- 28. José Manuel Luquin Garrués,
- 29. Santiago Martínez Alfaro,
- 30. Pedro Javier Martínez Landa,
- 31. Francisco Javier Molina Garícano.
- 32. Francisco Monreal Enamorado,
- 33. Javier Muñoa Arribillaga,
- 34. Rosa María Murillo Zardoya,
- 35. José Antonio Ortega Arruti,
- 36. María Ángeles Pardo Callao,
- 37. María Josefa Pelay Ruata,
- 3/. Iviaria Josefa Felay Ruata,
- 38. José Javier Pérez Dettoma,
- 39. Carlos Juan Pérez García,
- 40. Francisco Javier Pérez Prim,
- 41. Mariano Ponz González,
- 42. Eduardo Portillo Bringas,
- 43. María Pilar Prat Madrazo, 44. Miguel Ángel Pueyo Villacampa,
- 45. María Purificación Puy Andueza,
- 46. José Ángel Richter Echevarría,

- 47. Jesús Rodríguez Irisarri,
- 48. Carlos Romero Ibarra.
- 49. María Carmen Royo Jiménez,
- 50. María Esperanza Sagaseta de Ilúrdoz Fernández,
- 51. José María Salazar Fernández de Erenchun,
- 52. María Jesús Sorbet Zubiría,
- 53. Luis Julio Sota de la Gandara,
- 54. José Antonio Soto Monreal,
- 55. María Nieves Tajadura Iso,
- 56. José Ignacio Ubau Balda,
- 57. Javier Úriz Ayestarán,
- 58. María José Úriz Pascual,
- 59. José María Vázquez Torres,
- 6o. María Josefa Vigata López,
- 61. Ester Vila Mayo,
- 62. Irene Vila Mendiburu,
- 63. María Concepción Villarreal Aldasoro,
- 64. María Teresa Virto Ruiz,
- 65. María Teresa Visus Eraso,
- 66. César Viteri Torres.
- 67. María Carmen Yoldi García,
- 68. Walid Zayat Habach.



### Colegio de médicos - Navidad 2021

### Gabriela Peña de Berrazueta y Sofía Larrañeta felicitaron la Navidad con sus dibujos premiados

Por segundo año consecutivo, la pandemia impidió celebrar la fiesta de los más pequeños en la sede colegial. En retransmisión por zoom, el presidente del Colegio de Médicos, Rafael Teijeira, dio a conocer las ganadoras del XI Concurso de dibujos navideños.

En la categoría de 4 a 8 años, el premio -un patinete- fue para Gabriela Peña de Berrazueta Goena. En la categoría de 9 a 12 años, el dibujo premiado fue el de Sofía Larrañeta Hidalgo, que ganó la bicicleta.

En esta edición se presentaron 60 dibujos, 35 en la categoría de 4 a 8 años y 25 en la categoría de 9 a 12 años. La elección de los dibujos ganadores la realizó el pintor pam-

plonés Juan José Aquerreta, que desde hace años colabora con el Colegio en este concurso navideño como Jurado.

Tanto la proclamación de los premios como el sorteo de dos estuches de pintura entre los participantes se realizó desde la sede del Colegio de Médicos por zoom. Su presidente Rafael Teijeira condujo el acto y conversó con las ganadoras.

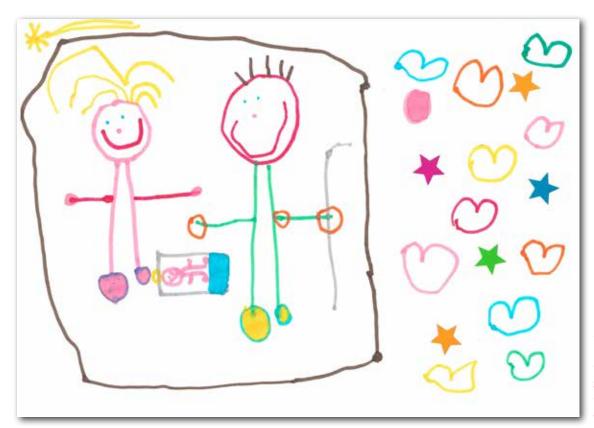
Los participantes en el Certamen recibieron una felicitación navideña con su dibujo. Los dos trabajos ganadores se enviaron como felicitación navideña del Colegio.



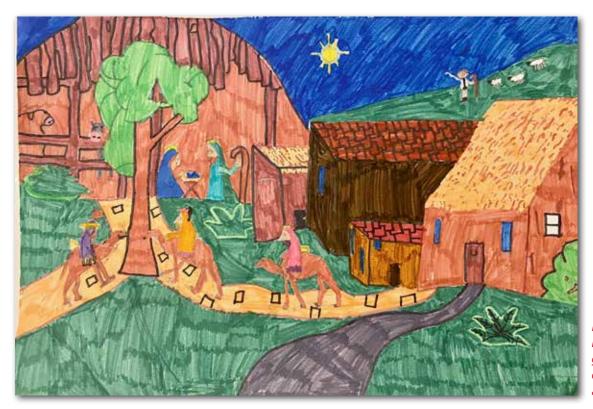
Rafael Teijeira en ▲
la proclamación de
las ganadoras por
zoom.

EXPOSICIÓN VIRTUAL DE LOS DIBUJOS PRESENTADOS

### Colegio de médicos - Navidad 2021



Dibujo de Gabriela Peña de Berrazueta, ganadora en la categoría de 4 a 8 años.



Dibujo de Sofía Larrañeta, ganadora en la categoría de 9 a 12 años.

### EL **COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA** LANZA SU SEGUNDA CAMPAÑA AUDIOVISUAL **PÍLDORAS PARA LA SALUD**, DIRIGIDA A LA CIUDADANÍA.





En el portal web <a href="https://colegiodemedicos.es">https://colegiodemedicos.es</a> y en la redes sociales del Colegio de Médicos de Navarra con el hashtag #PíldorasParaLaSalud

### UN ESPACIO DE EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN SANITARIA, EN COLABORACIÓN CON SOCIEDADES CIENTÍFICAS.

Con el fin de dar consejo sanitario, mejorar la salud y el bienestar de la población, y ofrecer información fiable y acreditada sobre algunos de los problemas de salud que más preocupan a la población, el Colegio de Médicos de Navarra en colaboración con sociedades científicas lanza su segunda campaña audiovisual Píldoras para la Salud #PíldorasParaLaSalud. La primera se realizó durante el año 2020.

El 18 de enero se difundió la primera video-entrevista sobre "Bronquiolitis y gripe en niños: cómo prevenir y detectar estas infecciones respiratorias" con Natividad Viguria Sánchez, pediatra del Hospital Universitario de Navarra (HUN). Esta primera píldora se ha realizado en colaboración con la Asociación Navarra de Pediatría (ANPE).

La campaña de video-entrevistas (de entre tres y cinco minutos de duración), tienen como protagonistas a profesionales de Atención Primaria y Hospitalaria de Navarra que contestan preguntas sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más prevalentes entre la población y aclaran las dudas que con mayor frecuencia plantean los pacientes en sus consultas médicas.

### PRESCRIPTOR DE SALUD ON-LINE

Esta campaña cumple con uno de los objetivos primordiales del Colegio de Médicos de Navarra, que es contribuir a dar información fiable a la población.

Rafael Teijeira, presidente del Colegio de Médicos de Navarra, subraya que "esta campaña se lanza en un momento en el que, cuando se empezaba con la recuperación de las agendas de pacientes noCovid, la sexta ola ha vuelto a tensionar las consultas de Atención Primaria y los hospitales, a sobrecargar los servicios y a volver a suspender parte de su actividad programada. La pandemia está de nuevo fagocitado los recur-

sos sanitarios, dejando de lado en muchas ocasiones al resto de enfermedades y pacientes".

El Colegio de Médicos de Navarra publica en su web información actualizada sobre covid 19 con enlaces a páginas oficiales, pero esta campaña busca además ofrecer información de calidad sobre patologías no-Covid "porque ante la creciente dificultad de acceder a los centros de Salud -destaca el Dr. Teijeira- cada vez son más los pacientes que recurren a la red para encontrar respuesta a sus problemas de salud. Las consultas al Doctor Google crecen, por lo que esta iniciativa pretende garantizar el acceso del paciente del siglo XXI a una información sobre su salud en internet y redes sociales que sea fiable, basada en la evidencia científica, contrastada y veraz".

El Colegio de Médicos de Navarra anima a profesionales, medios de comunicación y sociedad a prescribir y difundir estas Píldoras para la Salud, con una duración breve y un formato digital.

### COLEGIO DE MÉDICOS - PÍLDORAS







### DOSIS: UNA PÍLDORA AL MES

Cada mes, y coincidiendo con la celebración de días internacionales o nacionales relacionados con la salud, se difundirá una Píldora sobre algunos de los temas que más frecuentemente ocupan y preocupan a profesionales y pacientes en la consulta. En esta ocasión, los expertos contestarán a preguntas sobre bronquiolitis en niños, caídas en las personas mayores, dolor de espalda, trombosis, migrañas, redes sociales y adolescencia, demencias, buen uso de los antibióticos o parada cardiorrespiratoria. También se difundirán píldoras de salud que informen sobre el sistema de triaje en urgencias o la citación en Atención Primaria.

Por orden de difusión de las píldoras, participan en esta campaña a lo largo del año 2022:

- Dra. Natividad Viguria Sánchez.
   Pediatra del Hospital Universitario de Navarra. Asociación Navarra de Pediatría (ANPE).
- Dra. Itxaso Marín Epelde. Geriatra del Hospital Universitario de Navarra. Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología (SNGG).
- Dr. Félix Ceberio Balda. Médico rehabilitador. Presidente de la Sociedad de Euskal Herria de Medicina Física y Rehabilitación.
- Dra. Mº José Dronda Prados. Médica de Atención Primaria. Centro de Salud de San Juan (Pamplona).
   Vocal de comunicación y enlace de la Sociedad Navarra de Medicina Familiar y Comunitaria (namFYC).
- Dr. Iñaki Santiago Aguinaga. Médico de Urgencias en el Hospital Universitario de Navarra y presidente de la Sociedad Navarra de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES-Navarra).
- Dra. Ana González Uriarte. Psiquiatra, Psicóloga y Terapeuta familiar. Asociación Navarra de Pediatría (ANPE).

- Dra. Rosa Larumbe Ilundáin. Neuróloga del Hospital Universitario de Navarra y vicepresidenta de la Sociedad Navarra de Neurología (SNN).
- Dra. María Martín Bujanda. Neuróloga del Hospital Universitario de Navarra y encargada de la gestión de las consultas de cefalea. Sociedad Navarra de Neurología (SNN).
- Dra. Julia Coll Vallier. Especialista en Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario de Navarra. Tesorera de la Asociación Vasco-Navarra de Hematología y Hemoterapia (ASOVASNA).
- Dra. María José Redín Sagredo. Médica de Atención Primaria. Centro de Salud de Lodosa. Presidenta de la Sociedad Navarra de Medicina Familiar y Comunitaria (namFYC).
- Dra. Fermina Beramendi Garciandía. Médica UVI móvil. Pamplona.
   Sociedad Navarra de Medicina de Urgencias y Emergencias (SE-MES-Navarra).

PRESENTACIÓN DE LA CAMPAÑA

VER Y DESCARGAR PÍLDORAS PARA LA SALUD





### COLEGIO DE MÉDICOS - PÍLDORAS





### BRONQUIOLITIS Y GRIPE EN NIÑOS: CÓMO PREVENIR Y DETECTAR ESTAS INFECCIONES RESPIRATORIAS

### Con la Dra. Natividad Viguria Sánchez, pediatra del Hospital Universitario de Navarra (HUN)

En colaboración con la Asociación Navarra de Pediatría (ANPE)

La bronquiolitis y la gripe son dos de las principales infecciones virales que afectan a la población infantil y que cursan con síntomas respiratorios.

Mientras que con la bronquiolitis los niños suelen tener tos seca, sibilancias (ruidos respiratorios en el pecho) y dificultad respiratoria, junto con fiebre en grado leve, en la gripe el síntoma principal suele ser la fiebre alta junto con congestion nasal, tos leve, y dolor muscular y de las articulaciones.

La Dra. Natividad Viguria, pediatra del Hospital Universitario de Navarra (HUN), da pautas para distinguir y prevenir estas infecciones víricas en los niños en la #PíldoraParaLaSalud sobre "Bronquiolitis", que estrena la campaña de educación sanitaria 2022, impulsada por el Colegio de Médicos de Navarra en colaboración con distintas sociedades científicas.

¿DÓNDE VER Y DESCARGAR VÍDEOS?

@MedenaColegio

#PíldorasParaLaSalud fin 🕥

La bronquiolitis afecta a menores de 2 años, provocando tos y dificultad respiratoria

La Dra. Natividad Viguria explica que la bronquiolitis es una infección respiratoria "que afecta a niños menores de 2 años y que produce una inflamación de los bronquiolos (la parte más pequeña de los bronquios); esto provoca síntomas como tos y dificultad respiratoria".

La causa más frecuente de bronquiolitis es el virus respiratorio sincitial (VRS) que, en nuestro medio, circula desde el final del otoño hasta el comienzo de la primavera.

SÍNTOMAS. La Dra. Viguria explica que "cuando el niño se contagia, los primeros días presenta síntomas de un resfriado común con mucosidad nasal, tos y fiebre no muy alta. Más tarde, puede comenzar con dificultad respiratoria y ruidos en el pecho. Podemos notar que su respiración es más agitada, con mayor esfuerzo de los músculos del tórax y el cuello y, en ocasiones, esta dificultad respiratoria puede producirle dificultad para alimentarse".

### ¿QUÉ HACER FRENTE A LOS PRIMEROS SÍNTOMAS?

Cuando el bebé comienza con síntomas, lo aconsejable es acudir a su pediatra del Centro de Salud, que nos dará las principales recomendaciones como son: los lavados nasales con suero salino fisiológico, la posición semiincorporada con elevación de 30° en la cabecera de la cuna, fraccionar la tomas (es decir dar tomas más frecuentes pero de menor cantidad), dar antitérmicos si presenta fiebre y vigilar la aparición de signos de alarma (como las apneas o el aumento progresivo de dificultad respiratoria).

### ¿CÓMO SE CONTAGIA?

El virus respiratorio sincitial se contagia **por contacto** con partículas virales, que emiten las personas infectadas al hablar, al toser y al estornudar, y que contaminan las manos y las superficies.

### Las medidas para prevenir el contagio consisten en:

- Lavarnos frecuentemente las manos con agua y jabón o con gel hidroalcohólico.
- 2. Cubrirnos nariz y boca con el codo, al toser o estornudar.
- No exponer al bebé con personas que presenten síntomas de infección respiratoria.

### Es aconsejable, explica la Dra. Viguria:

- 1. Mantener la lactancia materna.
- 2. Evitar fumar durante el embarazo y el contacto del niño con el tabaco.
- 3. Desinfectar las superficies que puedan estar contaminadas.
- Evitar la asistencia a la guardería durante los primeros meses de vida.



La gripe es una infección de las vías respiratorias, causada por el virus influenza. En los niños, cursa con síntomas respiratorios que en la mayoría pueden ser leves, pero en ocasiones provoca cuadros graves y también complicaciones como sobreinfección bacteriana y neumonía neumocócica. La infección gripal también es una causa frecuente de convulsiones febriles y, además, puede afectar a otros sistemas provocando encefalitis, hepatitis y miocarditis.

Natividad Viguria subraya que "los niños entre 6 y 23 meses tienen un riesgo muy elevado de hospitalizaciones relacionadas con la gripe (con tasas de hospitalización iguales o superiores a las de las personas >65 años), y que los niños entre 2 y 6 años siguen teniendo mayor riesgo de consultas en Atención Primaria y Urgencias, y de ingreso hospitalario. Dos terceras partes de los niños que ingresan son totalmente sanos".

Hasta ahora, el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría aconsejaba la vacunación en niños y adolescentes pertenecientes a grupos de riesgo (enfermedades crónicas cardiacas, renales, pulmonares, diabetes mellitus...), incluyendo también la vacunación antigripal de los prematuros menores de 2 años; y en niños y adolescentes que conviven con personas de alto riesgo.

La pauta ha cambiado en la campaña antigripal 2021. Ahora, el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría recomienda la vacunación antigripal en todos los niños sanos, entre los 6 meses y hasta los 6 años de edad, como un grupo de riesgo más, tal y como lo habían propuesto hace tiempo la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro Europeo para la prevención y el control de enfermedades (ECDC). "De esta manera :explica la Dra. Viguria- se proporciona al niño una protección individual y se favorece la protección familiar y comunitaria. Los niños son el factor fundamental en la cadena de transmisión y uno de los principales vectores de la enfermedad, ya que sus secreciones respiratorias contienen una alta carga viral y excretan el virus durante más tiempo que los adultos".

La vacuna de la gripe tiene una efectividad alrededor del 60%. Es una vacuna inactivada, de virus fraccionados, de administración intramuscular y bien tolerada. Puede producir efectos adversos como reacciones locales (dolor, enrojecimiento) en el lugar de la inyección o décimas de fiebre tras la vacunación. A niños con reacciones alérgicas graves al huevo se puede administrar una vacuna cultivada en medio celular, totalmente libre de proteínas del huevo.

Natividad Viguria concluye que "vacunarse frente a la gripe es la manera más eficaz de no contraer la infección y de no transmitirla al entorno".

### Natividad Viguria contesta en el vídeo a las siguientes preguntas:

- 1. ¿Qué es la bronquiolitis?
- 2. ¿Qué podemos hacer para prevenir el contagio?
- 3. La vacunación antigripal se recomienda a partir de los 6 meses ¿por qué?



### PROGRAMA CÓDIGO MIR

Más de 200 alumnos y 18 docentes para el abordaje de 16 temas de Medicina de Urgencias

La edición 2022 del Programa CÓDIGO MIR, organizado por SEMES Navarra con la colaboración del Area de Desarrollo Profesional del Colegio de Médicos de Navarra, está en marcha con la participación de más de 200 alumnos y 18 docentes para el abordaje de 16 temas de Medicina de Urgencias.

El Curso CÓDIGO MIR es una iniciativa de SEMES Navarra que tiene como objetivo fomentar y ayudar a la formación de los residentes que tienen interés e inquietud por los temas relacionados con la Medicina de Urgencias. La primera edición, en 2021, contó con 88 alumnos inscritos y 13 docentes que participaron en el desarrollo de 13 temas.

SEMES Navarra había organizado ya actividades para residentes. La situación actual ha obligado a la reinvención y adaptación a las circunstancias, algo característico en la Medicina de Urgencias y Emergencias. Para afrontar el cambio necesario se ha tratado de dar una vuelta de tuerca al formato on-line con la idea de que sea lo más eficaz posible y se adapte a las inquietudes, dudas y necesidades de los participantes.

El programa, de tres meses de duración, se realiza a través de la plataforma formacion.colegiodemedicos.app, con actividades en aula virtual (revisión de documentación, foros de dudas y comentarios por cada uno de los temas), en tres bloques de contenidos. Cada uno de ellos se cierra con una sesión telepresencial, emitida desde el Colegio a través de la plataforma, en la que los profesores responden a las consultas y comentarios de los alumnos en los foros. El aprendizaje en cada uno de los bloques se evalúa mediante un examen, que se realiza también en la plataforma.

Cronograma y temas seleccionados para esta edición:

Hasta el 27 de Enero	LINEAS DE COMUNICACIÓN
Hasta el 30 de Enero	LECTURAS OBLIGATORIAS
SESIÓN TELEPRESENCIAL 17:00 a 19:00 31 de Enero	CONTENIDOS
	LECTURA CRÍTICA DE ART. CIENTÍFICOS
	INTOXICACIONES VÍA DIGESTIVA
	PATOLOGÍA BILIAR
	HSA (HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA)
	PROTOCOLO BLUE
	EDEMA AGUDO DE PULMÓN
	EXAMEN BLOQUE 1

Hasta el 23 de Feb.	LINEAS DE COMUNICACIÓN
Hasta el 27 de Feb.	LECTURAS OBLIGATORIAS
	CONTENIDOS
SESIÓN TELEPRESENCIAL 17:00 a 19:00	INTOXICACIONES VÍA INHALADA
	PACIENTE AGITADO
	PATOLOGÍA AÓRTICA
28 de Febrero	FIBRILACIÓN AURICULAR
	TRANSFERENCIA DE PACIENTES / IMASER
	EXAMEN BLOQUE 2

Hasta el 23 de Marzo	LINEAS DE COMUNICACIÓN
Hasta el 27 de Marzo	LECTURAS OBLIGATORIAS
SESIÓN TELEPRESENCIAL 17:00 a 19:00	CONTENIDOS
	CETOACIDOSIS DIABÉTICA
	ANTICOAGULACIÓN
	CAPNOGRAFÍA
28 de Marzo	DONACIÓN DE ÓRGANOS
	DELIRIUM TREMENS
EXAMEN BLOQUE 3	
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA	



### EN PREPARACIÓN:

Programa de actualización en Hemoterapia y Medicina Transfusional.

Se realizará durante los meses de marzo, abril y mayo de 2022. Está dirigido especialmente a colegiados/as con actividad asistencial extrahospitalaria.

El Programa se estructura en tres módulos:

- 1. Gestión del paciente sangrante.
- Introducción y visión global del
- Procesos y procedimientos en PBM. Circuito de analíticasservicios implicados. Resultados de analíticas, papel de médico de Atención Primaria en el circuito.
- La anemia preoperatoria: detección, diagnóstico y manejo clínico.
- Revisión de casos clínicos (Mesa redonda de ponentes).

- Banco de Sangre y Tejidos de Navarra. Donación sangre total, donación por aféresis de hemocomponentes y derivados del plasma.
- Autodonación y autotransfusión.
- Hemocromatosis y la sobrecarga de hierro.
- Anemia o Hemoglobina subóptima.
- Donación de médula ósea, donación de cordón, REDMO.

- 3. Hemoterapia: indicaciones de la transfusión, efectos adversos.
- Aféresis terapéutica.
- Atención domiciliaria.

### Equipo Docente:

Especialistas del Grupo de Trabajo PBM, Banco de Sangre y Tejidos de Navarra, Sección de Hemoterapia y Análisis Clínicos.

Próximamente se abrirá la inscripción al Programa, que se anunciará a los colegiados.



ORGANIZAMOS TU CONGRESO ONLINE, PRESENCIAL O SEMIPRESENCIAL

### NEGATIVA DE TRATAMIENTO EN UNA PACIENTE CON CÁNCER DE OVARIO:

### **CASE REPORT**

### Caso ganador del IV Certamen de Casos Clínicos Ético-Deontológicos.

### **AUTORES:**

- · Antonio Sierra Maestro-Lansac,
- Javier López Herreros,
- Vladimir Rodaev y
- Juan Pablo Valverde Aldana.

Estudiantes de 6° curso de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.

### **RESUMEN**

### Introducción:

El cáncer de ovario es uno de los más letales en mujeres. La negativa al tratamiento es un derecho del paciente.

### Caso Clínico:

Mujer de 56 años afectada de cáncer de ovario. Dado el estadío clínico de su tumor, ya metastatizado a peritoneo, implica la necesidad de tratamiento quimioterápico al que la paciente se ha negado reiteradamente, y no acude a las consultas de seguimiento.

### Discusión:

Valoramos si el sistema de salud ofrece un tratamiento adecuado y proporcional a la patología de la paciente, los motivos que pueden estar detrás de las decisiones de la paciente y las consecuencias que se pueden derivar de dichas decisiones.

### **Conclusiones:**

El plan terapéutico ofrecido a la paciente es adecuado y proporcional a la enfermedad presente. La paciente tiene el derecho a negarse al tratamiento y los clínicos que la atienden ven adecuado el uso de cuidados paliativos.

### **PALABRAS CLAVE:**

Negativa a tratamiento, autonomía, cáncer de ovario.





### **CUESTIÓN MÉDICA**

El tumor ovárico es la primera causa de mortalidad de origen ginecológico maligno. La mayor incidencia se registra en mujeres de 60 a 64 años, siendo la mayoría diagnosticadas por encima de los 50. En Europa, según estimaciones globales, puede haber una incidencia de 5 a 15 casos cada 100.000 mujeres, siendo menor la incidencia en el Sur de Europa (1).

El 90% de las neoplasias malignas de ovario es de estirpe epitelial y dentro de ese 90%, el subtipo más frecuente es el seroso (80% de todos los cánceres de ovario).

El origen de este tumor contempla causas multifactoriales: antecedentes familiares de primer grado (de cáncer de ovario y de mama), uso de terapia hormonal, endometriosis, menopausia tardía y sobrepeso. La patogénesis de esta enfermedad es heterogénea y la divide en dos patrones: tipo 1 y tipo 2.

Los de tipo 1 tienden a ser de bajo grado, indolentes y se asocian a mutaciones KRAS, BRAF, PTEN y otras; los tumores se inician como un precursor benigno y tornan a malignos.

Los de tipo 2 tienden a ser de alto grado, agresivos, como los serosos, endometrioides o los indiferenciados. Se asocian frecuentemente a mutaciones en TP53 y no suelen presentar lesión precursora. Los serosos de alto grado pueden empezar dentro de las fimbrias, como el carcinoma seroso tubular intraepitelial, y puede metastatizar a ovarios y cavidad peritoneal.

El diagnóstico en estadíos precoces es difícil pues no hay programas de screening consolidados y los síntomas raramente se presentan hasta no alcanzar fases avanzadas de la enfermedad, además de que éstos tiendan a ser inespecíficos (molestias gastrointestinales, dolor abdominopélvico, etc). Las pruebas diagnósticas comprenden la realización de palpación bimanual con la posterior realización de una ecografía transvaginal, que en algunos centros constituye el gold-standard diagnóstico (sin la necesidad de pedir una tomografía), aunque finalmente la confirmación sea por biopsia.

La principal estrategia terapéutica consiste en realizar una quimioterapia citorreductora basada en los platinos, especialmente en casos avanzados (2).

### **CUESTIÓN DEONTOLÓGICA**

La ley de autonomía del paciente 41/2002 (3) confiere la posibilidad al paciente acordar y decidir junto con el médico las opciones terapéuticas que más convienen a su patología. Además, en último término es el paciente el que decide el tratamiento a seguir dentro de las que su Servicio de Salud oferta, incluyendo la negativa a tratamiento.

Esto viene recogido también en el Código de Deontología Médica en sus artículos 9: "El médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias" y 12: "El médico respetará el derecho del paciente a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, sobre las opciones clínicas disponibles. Es un deber del médico respetar el derecho del paciente a estar informado en todas y cada una de las fases del proceso asistencial (...) El médico respetará el rechazo del paciente, total o parcial, a una prueba diagnóstica o a un tratamiento. Deberá informarle de manera comprensible y precisa de las consecuencias que puedan derivarse de persistir en su negativa, dejando constancia de ello en la historia clínica" (4).

### CASO CLÍNICO

### **ANAMNESIS**

### **Datos personales:**

- Sexo: Mujer.Edad: 54 años.
- Contexto social: Dos hijos de 29 y de 20 años, casada.
- Motivo de consulta: Acude a consulta para control de cáncer de ovario.
- Antecedentes personales: Operada de apendicitis a los 13 años. Asma leve persistente en tratamiento con inhaladores.
- Antecedentes familiares: Padre fallecido a los 44 años por cáncer próstata metastásico, pese a haber recibido quimioterapia sin mucho éxito. Madre con esclerosis múltiple. Abuelo fallecido por cáncer microcítico de pulmón.
- Historia actual: En abril de 2018 acude a su centro de salud por distensión abdominal. Se objetiva un abdomen duro, distendido, con ruidos intestinales conservados. Fecha de última regla: 2017. En el momento de la consulta había perdido 13 kg de peso en los últimos 5 meses. Una TAC confirmó que se trataba de una neoplasia de ovario con carcinomatosis peritoneal e implantes hepáticos. En junio del mismo año se le interviene quirúrgicamente con el objetivo de hacer una citorreducción con una linfadenectomía radical pélvica bilateral y radical paraaórtica, y omentectomía supra e inframesocólica por vía laparoscópica. El informe de anatomía patológica mostró que se trataba de un carcinoma papilar seroso de ovario de alto grado en estadío FIGO IIIC. Se consigue una citorreducción óptima. Se le planteó tratamiento con 6 ciclos de quimioterapia adyuvante con carboplatino 5 AUC + Taxol 175 mg/ m2. La paciente aceptó iniciar el tratamiento. Un mes más tarde no acude a la consulta pre-quimioterapia y rechaza el tratamiento en conversación telefónica. En cada nuevo control se le recuerda la posibilidad de iniciar el tratamiento quimioterápico ante el cual sigue reacia. El pronóstico aproximado es de 6 meses. A lo largo de los controles de los años siguientes se observa un aumento de la enfermedad a nivel local.

### **Exploración física**

Buen estado general, ánimo conservado, buena coloración de piel y mucosas. Auscultación cardiopulmonar normal. Adenopatías inespecíficas axilares. Abdomen duro, distendido. No se palpan organomegalias. Se palpan varias masas de tamaño variable en fosas ilíacas e hipogastrio, duras, no móviles, no dolorosas. Algunas de ellas drenan contenido seropurulento al exterior. Linfedema secundario marcado en ambas piernas, creciente respecto a consulta anterior.



### DISCUSIÓN

### **CUESTIÓN MÉDICA**

### 1. ¿Fue correcto el plan terapéutico propuesto?

Posibilidades terapéuticas en cáncer de ovario (5):

- Estadíos precoces: cirugía y quimioterapia adyuvante basada en platinos y taxanos.
- Estadíos avanzados: cirugía citorreductora y quimio adyuvante basada en platinos. Bevacizumab puede que prolongue la supervivencia libre de enfermedad, pero no la supervivencia total.
- En todos los casos parece que la quimioterapia neoadyuvante no cambia la historia natural.
- La quimioterapia intraperitoneal parece que aumenta la supervivencia, pero también aumenta los efectos secundarios.

**Conclusión:** Se le ofreció el mejor tratamiento posible para su estadío de enfermedad.

### 2. ¿Es, actualmente, proporcional el tratamiento disponible con sus efectos colaterales?

La supervivencia media en pacientes con cáncer de ovario en estadío avanzado tratados con platinos y taxanos es habitualmente de 44% a los 5 años, cayendo al ~30% en el caso del subtipo seroso, según algunos estudios (6). Los efectos secundarios habitualmente asociados a los platinos son: náuseas, vómitos, mielosupresión, alteración hidroelectrolítica, nefrotoxicidad y ototoxicidad (5) (7). Basándonos en estos datos, creemos que se debe valorar con la paciente la posibilidad de prolongar su vida algunos años, pudiendo sufrir esos efectos adversos y sabiendo que, a pesar de todo, su enfermedad es incurable y acabará falleciendo.

### **CUESTIÓN DEONTOLÓGICA**

### 1. Beneficencia vs Autonomía.

La beneficencia es el principio básico de la medicina que se refiere a la obligación del médico de actuar en ayuda del enfermo y sus legítimos intereses. El médico, desde su conocimiento clínico, sabe el tratamiento que le puede ayudar al paciente en cada caso concreto. El galeno desea que el paciente confíe en esa decisión porque piensa que sabe lo que le puede beneficiar.

El principio de autonomía esta amparado en la Ley 41/2002 (3) y en el Código Deontológico.

¿Cuál prima sobre cuál? La beneficencia es un principio ético de máximos, la autonomía es un principio ético de mínimos. La base de la actuación ética confiere prioridad al principio de autonomía ya que, excepto en determinadas circunstancias (por ejemplo, si la salud personal inmediata o la pública se encuentran en peligro), es la libertad de decisión del paciente lo que el médico debe procurar en primer lugar, habiendo proporcionado la información necesaria para que esa decisión no esté sesgada por la falta del conocimiento, y sea plenamente consciente y consecuente con esa actuación.

Esto no exime al médico de ejercer siempre conforme a los cuatro principios básicos que, junto a la beneficencia y a la autonomía, están conformados por la justicia y la no maleficencia.



### 2. Profundización en los motivos de la decisión

Es imprescindible, antes de abandonar las expectativas de administrar un tratamiento, explorar todas las razones, hasta donde la intimidad del paciente nos permita, que le conducen al rechazo de esa posible vía terapéutica, incluidos el contexto sociofamiliar, emocional, psicológico y personal. En el caso concreto de esta paciente, encontramos un antecedente familiar (de primer grado) de enfermedad oncológica grave, en edad joven, tratada con quimioterapia que no solo fue inefectiva, sino que produjo numerosos efectos adversos y un radical descenso de la calidad de vida de la paciente. Es comprensible que, tras ser testigo del sufrimiento de su padre, ella abandone directamente la idea de someterse a un procedimiento que implique ese mismo riesgo. No obstante, se le debería recordar que el arsenal terapéutico con el que contamos hoy es notablemente más eficaz y supone menos efectos secundarios que aquel que se utilizaba en la época de su padre. Además, las herramientas de control de síntomas y reacciones adversas están mucho más desarrolladas, a la par que la disposición de unos cuidados paliativos acordes a sus necesidades.

### 3. Disponibilidad de cuidados paliativos

Actualmente los cuidados paliativos (CP) en España se encuentran en un alto nivel de desarrollo, siendo el principal modelo a seguir a nivel mundial el Modelo Pallium Canada. En su publicación recomiendan comenzar los CP en el momento del diagnóstico de una enfermedad, sin esperar a los últimos momentos de vida. Un modelo de intervención tardía en el paciente puede desembocar en la aplicación de alternativas terapéuticas no habituales y más costosas, uso inadecuado de servicios de hospitalización y urgencias, peor control de los síntomas, cambios inesperados o angustiosos y falta de preparación por parte de la paciente y su familia (8).

Creemos que nuestra paciente se puede beneficiar, en gran medida, de los CP, tanto durante su hipotético tratamiento quimioterápico como en su estado actual, como al final de su vida. La situación es compleja tanto desde el enfoque clínico (debido al estado avanzado de su enfermedad) como el social (su reticencia a recibir tratamiento), y es precisamente en estas circunstancias cuando se debe requerir el apoyo de un equipo especializado de CP.

Cuando se habla de iniciar CP, no se trata de acelerar ni detener la muerte, sino que, mediante una actitud activa y holística que incluya atención médica, psicológica, emocional y espiritual, se mejore la calidad de vida anteponiendo el bienestar, tanto de la paciente como de su familia, cuidadores y otras personas de su entorno.



Todo individuo, por el hecho de vivir en sociedad, tiene unos deberes hacia las personas que le rodean. Esto es especialmente tangible cuando se forma una familia. El progenitor tiene el deber de cuidar, enseñar, proteger y proveer las necesidades de la prole. Cuando su labor deja de ser imprescindible para la adecuada formación de sus hijos (coloquialmente hablando, se marchan del nido), el progenitor puede seguir teniendo la "obligación de vivir, ser fiel y socorrer a su cónyuge" (9). La decisión de negativa de tratamiento quimioterápico lleva consigo la aceptación de un pronóstico desfavorable en comparación con su aceptación. Eso puede suponer abandonar prematuramente a sus seres queridos, sus amigos, su puesto de trabajo... Y dejar una ausencia en los que le rodean, haciéndoles sentir desamparados.

Dicho esto, no creemos que sea el deber del médico forzar a los pacientes a afrontar, de este modo, su contexto sociofamiliar ni mucho menos juzgarlo, sino ofrecer el tema, con delicadeza, como uno de los puntos importantes a la hora de tomar la decisión, más como un asunto a abordar intrafamiliarmente.

# ÉTICA Y DEONTOLOGÍA — CASOS CLÍNICOS BIBLIOGRAFÍA

### **CONCLUSIONES**

En este case report, hemos expuesto un escenario clínico real con sus implicaciones médicas y éticas, y hemos intentado cubrir su complejidad desde el punto de vista del personal asistencial y de los allegados de la paciente.

Por un lado, parece claro que se había ofrecido el tratamiento adecuado a su enfermedad y estadío clínico oncológico. Además, aunque no está exento de efectos secundarios, parece proporcional desde el punto de vista clínico el someterse a dicho tratamiento, teniendo en cuenta los resultados de supervivencia.

Sin embargo, asumiendo los antecedentes familiares y personales y, sobre todo, la ley de autonomía, la paciente está en su derecho de negarse al tratamiento tras haber sopesado las cuestiones personales referidas a su familia y la sociedad que hemos expuesto. En tal situación el médico debe asegurarse de que el enfermo es plenamente consciente de las decisiones que toma con sus respectivas consecuencias, pero no puede forzarlo en un sentido u otro, pese a que, siguiendo el principio de beneficencia, apostaría por otro tratamiento.

En cualquiera de los casos, la paciente se beneficiaría de su inclusión inmediata en un programa de CP, lo cual ya se ha hecho desde Atención Primaria. Por ello, creemos que el manejo de este caso por parte de su médico de familia ha sido impecable.

Nuestra propuesta para este caso clínico queda resumida en el artículo 36 del Código de Deontología Médica: "El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida".

- Redman C, Duffy S, Bromham N, Francis K, Guideline Development Group. Recognition and initial management of ovarian cancer: summary of NICE guidance. BMJ. 2011; 342(apr21 1):d2073.
- Ledermann JA, Raja FA, Fotopoulou C, Gonzalez-Martin A, Colombo N, Sessa C, et al. Newly diagnosed and relapsed epithelial ovarian carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2018; 29(Suppl 4):iv259.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE-A-2002-22188 otoño 11, 2002.
- 4. OMC. CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA. 2011.
- Ledermann JA, Raja FA, Fotopoulou C, Gonzalez-Martin A, Colombo N, Sessa C, et al. Newly diagnosed and relapsed epithelial ovarian carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2013; 24 Suppl 6(suppl 6):vi24-32
- Arora N, Talhouk A, McAlpine JN, Law MR, Hanley GE. Long-term mortality among women with epithelial ovarian cancer: a population-based study in British Columbia, Canada. BMC Cancer. 2018;18(1):1039.
- Travis LB, Holowaty EJ, Bergfeldt K, Lynch CF, Kohler BA, Wiklund T, et al. Risk of leukemia after platinum-based chemotherapy for ovarian cancer. N Engl J Med. 1999; 340(5):351–7.
- Pereira J, Chary S, Moat JB, Faulkner J, Gravelle-Ray N, Carreira O, et al. Pallium Canada's curriculum development model: A framework to support large-scale courseware development and deployment. J Palliat Med. 2020; 23(6):759–66.
- Artículo 68, Capítulo V: De los derechos y deberes de los cónyuges. Código Civil de España. Jefatura del Estado; 1889.



### **VOLVER A CASA:**

### LA OTRA CARA DE LA MONEDA

Accésit del IV Certamen de Casos Clínicos Ético-Deontológicos.

### **AUTORA**:

• María Álvaro Martínez.

Estudiante de 6° curso de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.



### **RESUMEN**

Macarena es médico en Urgencias. Desde marzo hasta junio de 2020 realizó turnos de 24 horas con pocas horas de descanso como consecuencia de la pandemia por el virus SARS- CoV2. Muchos de sus pacientes fallecieron y una gran parte fue debido a la falta de recursos. Esto ha hecho que su salud mental se haya visto afectada, desarrollando un cuadro de ansiedad generalizada, por lo que un compañero le recomendó tomar benzodiacepinas antes de dormir. Con el tiempo, ha ido aumentando la dosis y actualmente tiene dependencia.

Desde hace unos meses, se detiene en un bar antes de llegar a casa para tomarse una copa. Casi sin darse cuenta, cada día tarda más en llegar a casa y necesita ir antes de trabajar a tomarse otra. Nota cómo cada día le cuesta más concentrarse en el trabajo, tiene olvidos frecuentes y hay procedimientos que no puede hacer porque se siente descoordinada.

### PALABRAS CLAVE:

Médico, ansiedad, salud mental, dependencia, alcohol.

### CASO CLÍNICO

La carrera de Medicina en España son seis años. Después le sigue la preparación del examen MIR, que exige ocho meses más de estudio y permite elegir una plaza que define la especialidad en la que hay que continuar la formación durante cuatro o cinco años más. La preparación de un médico hasta que llega al puesto en el que ejerce su labor profesional es por tanto larga y costosa. En su transcurso, el aspirante a médico vive muchas situaciones difíciles y, cuando por fin termina su formación, esas situaciones pasan a ser su responsabilidad.

Además de esta mochila que se va llenando con lo que ocurre dentro de los centros sanitarios, cada uno lleva su propio peso de preocupaciones personales. De una forma o de otra, la interacción con personas en su momento más vulnerable acaba dejando una huella en cada uno de los profesionales sanitarios. Todo ello hace que el colectivo sanitario sea uno de los más susceptibles a comprometer su salud mental.

A esto hay que añadir la facilidad de acceso a prescripciones de medicamentos, que hace que la profesión medica sea hasta cinco veces más vulnerable a padecer trastornos de abuso de sustancias que la población general (1). La pandemia por el SARS- CoV2 ha exacerbado esta situación: falta de personal y recursos, incertidumbre e impotencia ante ausencia de tratamientos efectivos o altas tasas de estrés y aislamiento social, son solo algunos de los factores que se han sumado hasta llevar al extremo a algunos profesionales (2).

Sin embargo, la pandemia solo ha evidenciado una realidad mucho más amplia. El contexto de la Medicina actual es exigente para los profesionales sanitarios, ya que el desarrollo tecnológico de los últimos años ha permitido una mejoría técnica sin precedentes que ha facilitado acercar la Medicina a la población. La información médica es ahora más accesible que nunca, favorecida por el uso

María Álvaro, autora del caso premiado con el accésit en el IV Certamen de Casos Clínicos Ético-Deontológicos. ▼





▲ María Álvaro en la presentación del caso

global de las nuevas tecnologías pero también por las numerosas campañas de prevención que han concienciado a la sociedad del deber que tienen para y con su cuerpo. Los pacientes ya no esperan que el médico decida qué hacer, sino que buscan una relación de confianza que no les deje de lado en las decisiones que tienen que ver con su salud.

El Código Deontológico (3) ya recoge la obligación del médico de respetar la voluntad del paciente en cuanto a decisiones sobre su tratamiento (Art. 12) y su deber de proporcionar información veraz y precisa en lo que respecta a la asistencia del paciente (Art. 15), recogido en el consentimiento informado (3). Está así reflejada la obligación médica de respetar los cuatro principios bioéticos por los que se rige la profesión médica: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

La realidad actual, por tanto, va más allá y trasciende el deber impuesto por las normas recogidas en el Código, ya que los profesionales de la salud también se deben a las nuevas exigencias que la sociedad espera de ellos.

Todo ello muestra una foto en la que la relación del médico con sus pacientes, las expectativas sociales, las expectativas propias y los recursos y conocimientos disponibles para hacerlas realidad se entremezclan en un complejo equilibrio que puede acabar desbordando al profesional sanitario. La suma de estos factores contribuye a una situación en la que el profesional olvida su deber de autocuidado y aparece el síndrome de Burnout, abuso de fármacos y drogas y aumento de problemas relacionados con la salud mental (4). El caso planteado es ficticio y ha alcanzado ya una gran gravedad. Sin embargo, representa una realidad

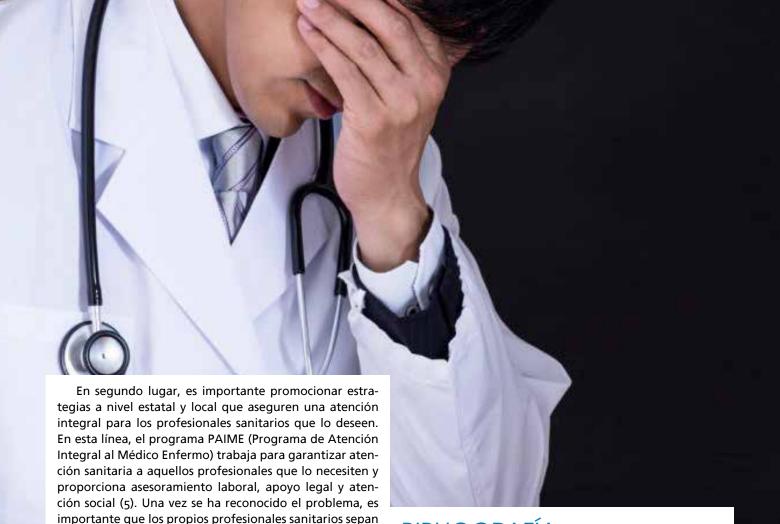
que, en mayor o menor medida, viven muchos médicos que, aunque no lleguen a las dimensiones descritas, ven cómo su salud mental interfiere con su práctica médica habitual.

El autocuidado está relacionado con la necesidad de ofrecer la mejor asistencia posible a los pacientes. La salud y bienestar personal es fundamental para cumplir con el deber impuesto por el Código Deontológico, por el que los profesionales

están obligados a "velar por la calidad y eficiencia de su práctica, principal instrumento para la promoción, defensa y restablecimiento de la salud." (Art. 7) (3). Además, también queda recogido en el Código cómo de sufrir un deterioro en la capacidad de juicio o habilidad técnica, el facultativo deberá plantearse continuar con su práctica profesional (Art. 22) (3).

El cuidado personal es, por tanto, un deber que se extrae de manera indirecta del Código Deontológico y que demuestra además que este se debe llevar a cabo no únicamente por responsabilidad hacia la propia salud, sino por garantizar una atención medica óptima. ¿Cuáles son entonces las medidas que se deben adoptar para evitar este tipo de situaciones?

El artículo "El autocuidado, una responsabilidad ética" (4) recoge cómo se han descrito varias estrategias de autocuidado, que van desde centrarse en la persona hasta desarrollar planes integrados para equipos de trabajo. Para poder ponerlas en práctica es fundamental, en primer lugar, reconocer al colectivo sanitario como vulnerable y susceptible de presentar problemas de salud mental y abuso de sustancias y crear herramientas de trabajo para el fomento y prevención de estos sucesos. La prevención primaria constituye una manera efectiva de garantizar que estas situaciones no tengan lugar y cortar el problema desde la raíz. Quizás, el cuidado de la salud mental de los profesionales debería comenzar desde la vida universitaria en la que los estudiantes de Medicina se enfrentan por primera vez a situaciones que ponen en tela de juicio sus propios valores. Facilitar profesionales o entornos seguros donde aquellos que lo necesiten puedan expresarse, así como realizar talleres encaminados a enseñar a responder a situaciones difíciles, podrían ser de utilidad.



En tercer lugar, es necesario en la sociedad desestigmatizar la necesidad de pedir ayuda por razones psicológicas. Este hecho esta cada vez más normalizado pero en concreto los médicos, acostumbrados a trabajar en su día a día con personas enfermas, pueden tener dificultad para reconocerse a si mismos en ese papel y no en el papel de cuidador. Ello implica una reflexión sobre la vulnerabilidad humana y sobre cómo el objetivo de curar no exime de sentimientos como la frustración o la impotencia. Al fin y al cabo, poner los medios para curar y hacer todo lo posible por conseguirlo no asegura este resultado.

qué vías tomar en el caso de necesitarlo y que éstas, a su

vez, aseguren su privacidad y confidencialidad.

Es por ello que este caso pretende reivindicar la importancia y necesidad de cuidar a aquellos que cuidan y no olvidar que para poder ofrecer la mejor asistencia posible es necesario que aquellos que la proporcionan la disfruten también.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- 1. Merlo LJ, Gold MS. Prescription opioid abuse and dependence among physicians: Hypotheses and treatment. Harvard Review of Psychiatry. 2008;16(3):181–94.
- El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks? Encephale. 2020 Jun 1; 46(3):S73–80.
- Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica, Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, Julio, 2011.
- 4. Autocuidado EL, Ética UNAR. El autocuidado, una responsabilidad ética. 2013; 85–90.
- Programa de Atención Integral al Médico Enfermo-PAIME [Internet]. Available from: https://www. fpsomc.es



TESTIMONIO BECA SENIOR

# Epidemiología en la Universidad de Harvard (EEUU)

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

Ganador de la Beca Senior 2020 del Colegio de Médicos de Navarra.







Al finalizar mi periodo de doctorado, fui admitido como visitante en el grupo "Human Flourishing Program" de la Facultad de Artes y Ciencias de Harvard, pero tuve que trabajar un año completo desde España debido a las restricciones Covid.

El último escollo burocrático a superar vino desde la propia Harvard, ya que tenía que justificar que mi presencia allí era indispensable para mi investigación. Por suerte, mi mentor Tyler Vanderweele logró convencer al departamento de Epidemiología sobre la conveniencia de mi estancia allí y desde septiembre estoy trabajando con ello. Y, tras solo dos meses de estancia presencial, puedo asegurar que es muy diferente trabajar in situ que a distancia.

El equipo de The Human Flourishing Program, liderado por Tyler, trata de estudiar y promover el "human flourishing", esto es, el estado en el que las personas tienen plenos niveles de felicidad, relaciones sociales, salud... todo. El enfoque es similar al de la promoción de la salud en Salud Pública, pero no se limita únicamente a la salud física o mental ya que abarca conceptos como el sentido de la vida, las relaciones interpersonales o el carácter. Es cierto que todos esos aspectos se relacionan de algún modo u otro con la salud, por eso aquí me siento básicamente

# TESTIMONIO BECA SENIOR

### DIFERENCIAS EN LA FORMA DE TRABAJAR

Las diferencias se pueden resumir en dos apartados: medios e interdisciplinariedad.

La parte de medios es fácil de entender porque, al tratarse de la mejor universidad del mundo, disponen de muchos medios para ayudar a la docencia y la investigación. Por ejemplo, existe la posibilidad de realizar cursos formativos de otras instituciones de manera gratuita para los trabajadores de Harvard ya que paga la universidad. Además, Harvard está constantemente estableciendo lazos con nuevas instituciones, lo que potencia la capacidad de emprender nuevos proyectos de investigación o colaborar en otros ya existentes.

En cuanto a interdisciplinaridad, mi departamento se compone de profesionales de las más diversas especialidades: salud pública, filosofía, psicología, ciencias sociales, ciencia de datos, etc. A pesar de proceder de tan diversas áreas, todos tienen una gran flexibilidad para colaborar en la investigación del equipo. No hay dos grupos de investigación paralelos, uno dedicado a

las humanidades y otro a las ciencias empíricas. Cuando se propone un nuevo proyecto de investigación (lo cual ocurre con bastante frecuencia debido al prestigio de Tyler), se organiza una reunión con todos los miembros interesados para repartir los roles. Cada persona elige el tema que le gustaría investigar y en qué rol (autor principal de un artículo, coautor, revisor, etc.).

Tras la primera ronda de votaciones, se constituyen los equipos de autores para artículos científicos con los temas más votados. De este modo es muy fácil que haya equipos compuestos por personas del ámbito de las humanidades y de las ciencias empíricas. En España he visto procesos similares pero aquí todo es más fluido, tal vez porque los americanos son más emprendedores y no les importa salirse un poco de su zona de confort para explorar nuevas fronteras de conocimiento. Esto, junto a la facilidad que tiene el departamento de obtener acceso a bases de datos, hace que sea normal estar colaborando en más de seís proyectos a la vez, y todos ellos de temas muy diversos.





Es difícil resumir todos en poco espacio. Estoy liderando artículos con bases de datos de Nueva Zelanda, Alemania o Sudáfrica y colaboro en otro con bases de datos de Sudáfrica y del Reino Unido. Pero, sin lugar a dudas, el gran proyecto que tenemos entre manos es el Global Flourishing Study. Tyler ha logrado una alianza estratégica con la Universidad de Baylor para fundar un proyecto que investigue los determinantes del *Human Flourishing* en 22 países de los cinco continentes.

El proyecto acaba de arrancar y hemos tenido las primeras reuniones de equipo para repartirnos temas de investigación. Todavía no hay nada cerrado aún, por lo que no se qué tema voy a liderar con seguridad, pero el hecho de poder colaborar en un proyecto de tal calibre es una oportunidad única, sin duda.

Universidad de Harvard. ▲ (En la página anterior, Pedro Antonio de la Rosa).

### **APRENDIZAJES**

Tyler es una referencia mundial en analizar y explicar las relaciones causa-efecto en estudios observacionales. Estoy aprendiendo su manera de plantear investigaciones epidemiológicas en conceptos propios de las humanidades como la educación, el amor, el sentido de la vida, etc. Estos conceptos no pueden ser asignados aleatoriamente en un ensayo clínico, por lo que solo se pueden investigar mediante estudios observaciones que tienen limitaciones a la hora de demostrar causalidad. Sin embargo, con un correcto planteamiento del estudio, se puede simular hasta cierto punto las condiciones de un ensayo aleatorizado, pudiendo inferir la relación causa-efecto de las asociaciones encontradas de manera casi irrefutable. Tan sólo por este hecho, podría decir que mi estancia ya ha valido la pena.

### **DE VUELTA A PAMPLONA**

Además de las metodologías de investigación o de gestión de equipos que ya he mencionado, sin duda alguna lo que más ayudará es la red de relaciones que estoy haciendo aquí. El equipo de Tyler es muy receptivo y sigue en contacto con sus anteriores postdocs visitantes en las reuniones de zoom. Yo mismo trabajé un año así antes de viajar a Harvard, así que espero seguir en contacto durante mucho tiempo.

### SOCIEDADES CIENTÍFICAS - ANPE

### XXII Jornadas de Pediatría de Navarra



# MENORES EN SITUACIONES COMPLEJAS

La atención integral al paciente crónico complejo pediátrico, la comunicación de malas noticias y el duelo en la infancia fueron los temas elegidos para las XXII Jornadas de Pediatría de Navarra, organizadas por la Asociación Navarra de Pediatría (ANPE) en el Colegio de Médicos, durante los días 11 y 16 de noviembre.



Edurne Ciriza e Ignacio Iribarren, presidente de ANPE, en la inauguración de las Jornadas.

La Dra. Elena Aznal, coordinadora de la Unidad de Patología Crónica Compleja de la Infancia del Hospital Universitario de Navarra (HUN) e Itziar Peñas, enfermera de enlace de Pediatría de dicha Unidad iniciaron las Jornadas explicando el trabajo que se desarrolla con los menores que presentan patología crónica compleja.

Destacaron que, en las últimas décadas, se está dando un cambio epidemiológico en relación a las patologías prevalentes en la edad pediátrica y una mejora en la supervivencia de niños con patologías graves. Todo ello conlleva un aumento en la complejidad y cronicidad de las mismas y un incremento significativo de pacientes con patología crónica compleja. Este escenario llevó a implantar en Navarra la Estrategia de Atención Integrada al Paciente Crónico y Pluripatológico. En octubre de 2017 se constituyó un Grupo de Trabajo para desarrollar la implantación de dicha Estrategia en la Infancia y en junio de 2019 se puso en marcha la Unidad de Patología Crónica Compleja Pediátrica del Hospital Universitario de Navarra (HUN).

Explicaron que los niños con patología crónica compleja presentan múltiples problemas crónicos, que afectan a varios sistemas y producen limitaciones funcionales graves, lo que conlleva una elevada necesidad de cuidados, dependencia de tecnología, tratamientos complejos y un alto consumo de recursos sanitarios.

El valor añadido de esta Unidad es la valoración integral del niño, la planificación del tratamiento y la coordinación entre las diferentes subespecialidades. "En este proceso –explicó la Dra. Aznal– es fundamental el acompañamiento a las familias desde el diagnóstico de la enfermedad y, en los casos que así lo requieran, también en el fallecimiento y en el duelo".

Explicó que, desde el punto de vista digestivo, las afecciones más frecuentemente observadas en estos pacientes son disfagia, estreñimiento, sialorrea, náuseas y vómitos, anorexia y reflujo gastroesofágico. Destacó el fuerte contenido emocional relacionado con la alimentación en estos niños. "Se trata de uno de los vínculos más estrechos en la relación padre/madre-hijo/hija, por lo que el tránsito de la alimentación oral a la alimentación por sonda o gastrostomía ha de realizarse con suma delicadeza y comprensión, ya que supone en muchos casos la ruptura de este vínculo".



▲ Elena Aznal e Itziar Peñas de la Unidad de Patología Crónica Compleja de la Infancia del Hospital Universitario de Navarra (HUN).

Asistentes a las Jornadas. 

V

necesarias para la vida".

En este contexto, la experta dio pautas para facilitar la labor de prevención, evaluación, acompañamiento, orientación e intervención en el duelo o pérdida con

Por su parte, Sara Sánchez Bercedo, del Comité Autonómico de Trasplantes de la ONT, aportó herramientas para ayudar a los profesionales de la Pediatría a la comunicación de malas noticias.

menores y jóvenes.





### XVII Jornadas Formativas de namFYC

### amFYC Premios a la mejor investigación y caso clínico en Atención Primaria

La Sociedad Navarra de Medicina Familiar y Comunitaria (namFYC) entregó sus premios a la mejor investigación y caso clínico, en el marco de sus XVII Jornadas formativas organizadas por la nueva Junta Directiva, presidida por la Dra. Pepa Redín.

El premio a la mejor investigación fue para Rafael Bartolomé, Elena Baza, Ana Olza y Bárbara San Martín, del Centro de Salud de Rochapea, por su trabajo titulado "Aplicación de la guía GesEPOC 2021 a nuestros pacientes con EPOC".

Se concedió, además, el premio al mejor caso clínico a Edurne Miguéliz y Claudia Vera por su trabajo sobre "La importancia de la clínica del dolor torácico con ECG normal".



▲ La consejera de Salud entregó el premio a la mejor investigación a Rafael Bartolomé.

Las Jornadas, que se celebraron el 18 y 19 de noviembre, se cerraron con una mesa redonda que reunió a siete profesionales de la Atención Primaria y urgencias extrahospitalarias rural y urbana, en la que relataron la experiencia y los aprendizajes derivados de la pandemia.

Participaron Pablo Aldaz del Centro de Salud de San Juan; Juana Celay del Centro de Salud de Burguete, consultorio y residencia de Erro y vocal de Medicina Rural del Colegio de Médicos de Navarra; José Miguel Garbayo, coordinador médico SUE; Kontxi Sánchez del Centro de Salud de Ezcároz; Iván Vergara del Centro de Salud de Lodosa y consultorio de Sartaguda; Clint Jean Louis Fernández del Servicio de Urgencias Extrahospitalarias y Fernando Juárez del Servicio de Urgencias Rural de Valtierra y consultorio de Villafranca.

Hubo además talleres sobre urgencias pediátricas, patología oral y maxiolofacial, y cuidados paliativos en pacientes no oncológicos.



"SON IMPERATIVOS CAMBIOS PROFUNDOS"

En la clausura de las Jornadas, la presidenta de nam-FYC, Pepa Redín, subrayó que "la Atención Primaria ya estaba exhausta antes de que la pandemia nos pasara por encima y destrozase el precario equilibrio en el que sobrevivíamos. Ahora, para muchos, cada jornada laboral es una cuesta arriba, cada día más difícil de subir. Pero, a pesar de tener muchas cosas en contra (como la infrafinanciación, la falta de personal, la sobrecarga asistencial...) y del desgaste generado por haber trabajado sin descanso durante la pandemia, seguimos atendiendo a nuestros pacientes (en el centro de salud, en su domicilio y también por teléfono), cubriendo los huecos de los compañeros que faltan, enseñando a los residentes y estudiantes que vienen a rotar, asistiendo a cursos y jornadas, estudiando desde casa... Porque realmente nos creemos que desde Atención Primaria solucionamos la mayoría de los problemas de salud de las personas y que mejoramos su calidad de vida".

Dirigiéndose a los responsables de Salud, destacó que "los próximos meses y años van a ser duros y de una importancia crucial para definir el tipo de sistema sanitario en el que queramos trabajar. Son imperativos cambios profundos que adecuen nuestra labor a las demandas de la población del siglo XXI".

Manuel Carpintero, gerente de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, dio el premio al mejor caso clínico.

### **RENOVACIÓN DE CARGOS**

En la Asamblea extraordinaria posterior a las Jornadas se procedió a la renovación de los cargos de la Junta Directiva de namFYC, ahora compuesta por:

### **Junta Permanente**

Presidenta: Pepa Redín. Vicepresidente: Isabel Ezpeleta. Secretaria: Sara González.

Tesorera y 2ª vicepresidencia: Sonia Martín.



### Vocalías

Docencia: Karinna Roa-Granthon.

Investigación y coordinación

de grupos de trabajo: Javier Bartolomé.

Comunicación y vocal de

enlace: María José Dronda. Médicos jóvenes: Junior José García. Internet y nuevas tecnologías: Rafael Bartolomé. Urgencias y medicina rural: Maitane Tainta.

Residentes: Ikerne Eguren (Tudela),

Claudia Viniegra. Tudela: Fernando Merino.

> Mesa redonda con profesionales de la Atención Primaria y urgencias extrahospitalarias rural y urbana de Navarra.

4



### ENTREGA DE 1.500 EUROS A CRUZ ROJA NAVARRA

Cruz Roja Navarra ha recibido el donativo que anualmente entrega la Sociedad Navarra de Medicina Familiar y Comunitaria (namFYC) en reconocimiento a la labor realizada por entidades u organizaciones navarras.

La presidenta de namFYC, Pepa Redín, entregó el cheque de 1.500 euros a Rafael Huarte, presidente de Cruz Roja Navarra, "por su apoyo a las personas más vulnerables de nuestra sociedad desde su fundación en el año 1864, también durante la pandemia. Partiendo de la filosofía de

que hay muchos determinantes sociales que influyen en la vida y las decisiones de cada persona, y que hay que tenerlos en cuenta para poder empoderarlas y mejorar su situación, Cruz Roja Navarra atiende cada año a miles de personas que solicitan ayuda, gracias al esfuerzo de algo más de 25.000 socios, de casi 6.000 voluntarios y de los trabajadores técnicos de la organización".

Añadió que "nuestra especialidad tiene el apellido de "comunitaria" y, tras estos dos años devastadores, tiene sentido que volvamos a mirar hacia fuera de los centros de salud y consultorios, a trabajar en red, con los barrios, pueblos y asociaciones del entorno".

Tras el acto de entrega, que se realizó en la sede de Cruz Roja Navarra, representantes de namFYC conocieron sus instalaciones y programas. Según la Dra. Redín, "esta organización es, sobre todo, conocida por sus intervenciones

en emergencias y catástrofes por todo el mundo. Sin embargo, estas actividades suponen un porcentaje muy pequeño de todo lo que hacen. En sus cinco plantas puedes encontrar áreas dedicadas específicamente a dar apoyo a ancianos, cuidadores, personas sin recursos, migrantes, mujeres y niños maltratados, personas en instituciones penitenciarias, con problemas de adicciones, víctimas de trata, etc".

La presidenta de namFYC añadió que "tienen, además, un sector de juventud con muchas actividades novedosas, como un punto morado para la atención a las víctimas de violencia de género in situ en eventos multitudinarios como fiestas o conciertos". También destacó el "espacio activo", orientado principalmente a las personas mayores y en el que Cruz Roja organiza actividades a pie de calle (cursos, coro), pone en contacto a personas y, en definitiva, crea barrio.



Pepa Redín entregó ▲ el donativo a Rafael Huarte, presidente de Cruz Roja Navarra.

### SOCIEDADES CIENTÍFICAS - SENNA



III JORNADAS DE LA SOCIEDAD NAVARRA DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN (SENNA)

## DIETAS VEGETARIANAS, TELEMEDICINA Y COVID

El Colegio de Médicos de Navarra acogió, el 26 y 27 de noviembre, las III Jornadas de la Sociedad Navarra de Endocrinología y Nutrición (SENNA), en la que se abordaron temas de actualidad de la especialidad como dietas vegetarianas y evidencia científica, Covid y Telemedicina, e Insuficiencia cardíaca y diabetes.



Inauguración de las Jornadas. De izquierda a derecha: José Miguel Fernández Ramírez, gerente en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra; Jon Ariceta, subdirector quirúrgico del Hospital Universitario de Navarra; Rafael Teijeira, presidente del Colegio de Médicos de Navarra; Miguel Barajas, profesor de Bioquímica y Biología Molecular en la Universidad Pública de Navarra; y Luis Forga, presidente de la Sociedad Navarra de Endocrinología y Nutrición (SENNA).

Las Jornadas comenzaron con un Curso Precongreso dirigido a profesionales de medicina, enfermería y dietética y nutrición para abordar las dietas vegetarianas y su relación con diferentes patologías. Estrella Petrina habló sobre proteínas animales versus proteínas vegetales y otros nutrientes; Ana Zugasti sobre las dietas vegetarianas en distintas etapas de la vida; Isabel Escuer explicó su repercusión en pacientes con diabetes; Amelia Marí se refirió al riesgo cardiovascular; Sonsoles Botella se centró en dietas vegetarianas y hueso; y Ana Hernández en su relación con el cáncer.

En la mesa sobre covid y telemedicina, moderada por Sonsoles Botella, participaron Ana Zugasti, David Barajas y Juan Carlos Galofré.

La mesa sobre insuficiencia cardíaca y diabetes, moderada por Marta García, contó con la presencia de Maite Basurte, Francisco Pita, Francisco Adán y María José Goñi.

Las Jornadas se cerraron con una conferencia titulada "100 años del descubrimiento de la insulina", que impartió Fernando Gómez Peralta, endocrino del Hospital General de Segovia y uno de los expertos en diabetes más brillantes de nuestro país.











# DESCUBRE TODAS LAS VENTAJAS EN TU APP

OLEGIODEMEDICOS.API

CLIC PARA VER VENTAJAS

# VENTAJAS COLEGIO DE MÉDICOS

LEXUS - MERCEDES - LECSOM - CLEN COLLEGE - RESTAURANTE COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA 147

SWAN - BENAC ABOGADOS - RECONOCIMIENTOS MÉDICOS

### Foro Médico de Atención Primaria de Navarra

# LA **A**TENCIÓN **P**RIMARIA SE MUERE

Pese a estar todavía en plena sexta ola y que haya personas que consideren que no es el mejor momento para hacerlo, los miembros del Foro Médico de Atención Primaria de Navarra queremos denunciar la situación de sobrecarga extrema a la que están sometidos nuestros Centros de Salud y Consultorios Rurales. La pandemia ha puesto en evidencia problemas ya existentes y por todos conocidos desde hace años en Atención Primaria. La organización de la asistencia no ha cambiado desde que se instauró en Navarra hace ahora 37 años, en febrero de 1985. Poca diferencia ha habido en cuanto a la gestión en este nivel asistencial por parte de los diferentes partidos políticos que han estado en el Gobierno de Navarra durante las últimas legislaturas. Sin embargo, las necesidades de salud de nuestra ciudadanía sí que han ido cambiando desde el siglo pasado y el ejemplo más claro ha sido esta desbordante pandemia.

Los sanitarios estamos sobrepasados y desde diferentes foros profesionales se está replanteando el modelo actual. ¿Atención Primaria cuenta con los recursos suficientes para desempeñar su labor? ¿Están esos recursos invertidos dónde se necesitan o se gastan en actividades con poco impacto en la salud de la población? ¿La burocracia o la atención a problemas banales impiden la atención médica integral de las personas realmente enfermas? ¿Somos un servicio accesible, especialmente para quien más necesidad de nosotros tiene? ¿Tiene algo que ver a lo que dedicamos nuestra jornada laboral actual con la idea inicial de Atención Primaria, como el nivel asistencial capaz de ofrecer igualdad, justicia y universalidad a la atención sanitaria de la ciudadanía? ¿Se está muriendo la Atención Primaria?

Interrogantes de este tipo nos surgen a diario, sobre todo cuando vemos que caen en saco roto los documentos con diagnósticos y sugerencias que han ido aportando las diferentes sociedades científicas y asociaciones profesionales a lo largo de todo este tiempo.

El "Plan Estratégico de AP" presentado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas nos parece solo una mera declaración de intenciones;

otro plan sin memoria económica, ni estimaciones de la plantilla ni del tiempo necesarios para desarrollar una adecuada labor asistencial. Queremos recordarles que la Atención Primaria es la base sobre la que se sustenta nuestro sistema público de salud y que, sin ella, éste dejará de existir tal y como lo hemos conocido. Sabemos que es una época difícil para comenzar una reforma, pero realmente creemos que no puede esperar más. Les pedimos que no dejen que "los árboles les impidan ver el bosque" y que las prisas por gestionar la ola de hoy retrasen los cambios imperativos para plantear un Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea público, resolutivo y sostenible a largo plazo. Es responsabilidad de nuestros políticos y autoridades sanitarias el pactar un modelo que sea útil a todas las partes implicadas. Configurar y visibilizar una organización en la que las necesidades de pacientes y profesionales prevalezcan, frente a los intereses de la administración y los gestores, vertebrando la atención sanitaria con agilidad y sin presiones de otro tipo.

Desde el mismo gobierno central, se ha reconocido que no faltan trabajadores sino condiciones adecuadas y atractivas de contratación. Y las autoridades locales de nuestra comunidad han manifestado en reiteradas ocasiones que hay que cimentar y reforzar el sistema. Sin embargo, entre todos nos han traído a esta penosa situación y ahora utilizan la sanidad como arma, para atacarse entre ellos, sin llegar a ponerse de acuerdo. Ha llegado el momento de que, de una vez por todas y contando con el asesoramiento de quienes realmente vivimos esta realidad, tomen decisiones resolutivas y no parches mal utilizados y a destiempo.

Es hora de acabar con el mantra, ya obsoleto y demasiado manido por nuestros representantes políticos, de "estamos trabajando en ello". Desde el Foro Médico de Atención Primaria de Navarra volvemos a ofrecer nuestra disponibilidad para colaborar en este proceso de cambio, tan necesario desde hace años, pero que se ha vuelto urgente conforme nos han ido pasando por encima las olas de esta pandemia.

### OPINIÓN

Firman, en representación del FORO MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE NAVARRA:

### Rosa Alas Brun

(Vicepresidenta Extrahospitalaria del Sindicato Médico de Navarra),

### Fernando Artal Moneva

(Vocal de AP Urbana del Colegio Oficial de Médicos de Navarra),

### Juana Celay Rodrigo

(Vocal de AP Rural del Colegio Oficial de Médicos de Navarra),

### Manuel Mozota Núñez

(Presidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia en Navarra, SEMG Navarra),

### Raimon Pélach Pániker

(Vocal de la Asociación Navarra de Pediatría, ANPE),

### Pepa Redín Sagredo

(Presidenta de la Sociedad Navarra de Medicina de Familia, namFYC) y

### José María Vázquez Zaballos

(Presidente de la Sociedad de Medicina de Atención Primaria en Navarra, SEMERGEN Navarra).

### El FORO MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

EN NAVARRA está compuesto por la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia en Navarra (SEMG-Navarra), Sociedad de Medicina de Atención Primaria en Navarra (SEMERGEN-Navarra), Sociedad Navarra de Medicina de Familia (namFYC), Asociación Navarra de Pediatría (ANPE), Colegio Oficial de Médicos de Navarra (COMNA) y Sindicato Médico de Navarra (SMN).

# Prevención y manejo de la fragilidad en el anciano



La salud de las personas mayores ha sufrido una evolución a lo largo del tiempo. Del clásico concepto de ausencia de enfermedad, hemos pasado, a día de hoy, a medir la salud en términos de función y no de enfermedad, pues es aquella que determina la expectativa de vida, la calidad de vida y los recursos o apoyos que precisará cada población. El objetivo es mantener un nivel de función que permita el mayor grado de autonomía posible en cada caso. La situación funcional previa al desarrollo de discapacidad y dependencia es uno de los mejores indicadores del estado de salud y resulta mejor predictor de discapacidad incidente que la morbilidad. Un acercamiento a ello es el concepto de fragilidad.

La fragilidad, desde el punto de vista de la Geriatría, se entiende como una situación de incremento de vulnerabilidad para la respuesta orgánica tras un acontecimiento estresante, lo cual aumenta el riesgo de resultados adversos como delirium, caídas o discapacidad. Detrás de esta definición se vive una realidad que se ve día a día: las personas mayores tras eventos como un ingreso, una caída o el confinamiento COVID, no vuelven a ser las mismas.

Estos eventos, en estas personas vulnerables, los han deteriorado.

Prevenir la discapacidad, actuando sobre la fragilidad, es posible dado que se puede detectar y es susceptible de intervención. La fragilidad es un estado de pre-discapacidad, de riesgo de desarrollar nueva discapacidad desde una situación de limitación funcional incipiente, y su importancia es que se centra en la funcionalidad y no focaliza en el diagnóstico de enfermedad. La fragilidad es un buen predictor de eventos adversos de salud a corto, medio y largo plazo.

Cada vez más estudios sustentan el hecho de que, en la población mayor, la fragilidad es mejor predictor de eventos adversos y discapacidad incidente que otros parámetros como la comorbilidad o multimorbilidad. A pesar de la importante asociación entre fragilidad, discapacidad y comorbilidad, entre un 23% y un 26% de los mayores con fragilidad no presentan discapacidad ni comorbilidad.

El diagnóstico de fragilidad permite, por tanto, identificar a un subgrupo de mayores de 65 años que conservan su independencia de manera inestable y que se encuentran en situación de riesgo de pérdida funcional.

es un buen predictor de eventos adversos de salud a corto, medio y largo plazo ??



### ¿POR QUÉ ES TAN IMPORTANTE?

La fragilidad es un factor de riesgo independiente de episodios adversos graves de salud, con un riesgo relativo de 2,54 para institucionalización y un riesgo relativo de muerte entre 1,63 y 6,03, según los estudios. Además, la fragilidad es un poderoso predictor de discapacidad, hospitalización, caídas, pérdida de la movilidad y enfermedad cardiovascular.

La fragilidad se asocia a mayor edad, sexo femenino, mayor carga de enfermedad, discapacidad y deterioro cognitivo, entre otros factores. Entre sus causas se han identificado factores genéticos, hormonales, inflamatorios, de estrés oxidativo, neuromusculares, energéticos y nutricionales. La actuación e investigación sobre envejecimiento y fragilidad es actualmente una prioridad en Europa, como lo demuestran diferentes iniciativas. Así, el Partenariado de Innovación Europeo sobre envejecimiento activo y saludable (EIP on AHA), contempla como una de sus acciones prioritarias la prevención y diagnóstico precoz del deterioro funcional y cognitivo, con intervenciones dirigidas a la fragilidad. Además, el Programa Marco para la Investigación e Innovación 2014-2020 (Horizon 2020) tiene seis subprogramas directamente dirigidos a la fragilidad, y la 9ª llamada de propuestas de la Innovative Medicines Initiative 2013, dedica uno de sus cuatro programas al "desarrollo de intervenciones terapéuticas innovadoras para la fragilidad física y la sarcopenia, como prototipo de indicación geriátrica".

La prevalencia de fragilidad estimada en diferentes estudios internacionales oscila entre el 7% y el 12%. En una reciente revisión sistemática, la prevalencia media de fragilidad en mayores de 65 años que viven en la comunidad fue del 9,9% (IC95%: 9,6-10,2%), prevalencia que era mayor en mujeres (9,6% frente al 5,2% en hombres) y con la edad, alcanzando más del 25% en mayores de 85 años. En esta misma revisión se estimó que el 44,2% de la población estudiada estaba en riesgo de convertirse en frágil en los dos años siguientes. Los datos procedentes de estudios españoles confirman la importancia de la fragilidad en la población mayor que vive en sus domicilios. Los estudios que comparten la perspectiva de fragilidad, según el fenotipo de Fried, muestran unas cifras de prevalencia que en el Estudio Toledo para un Envejecimiento Saludable (ETES) se estima en un 8,4% (mayores de 64 años), con un incremento sustancial en población por encima de los 75 años, llegando al 20% entre 80 y 84 y al 27,3% en población de más de 84 años. En el estudio FRADEA de Albacete la prevalencia alcanza el 15,2% (para mayores de 69 años no institucionalizados).

### ¿CÓMO SE DIAGNÓSTICA?

La fragilidad puede ser física, psicosocial o una combinación de ambas, y es una situación dinámica que puede mejorar o empeorar con el paso del tiempo. A diferencia de una enfermedad, la fragilidad como constructo tiene múltiples escalas para medirla y diagnosticarla.

Pese a esta variedad, se pueden agrupar en dos grupos. El primero se basa en el constructo del fenotipo promulgado por L.P. Fried

en 2001 (Figura 1); clasifica a las personas mayores como no frágiles o robustas, prefrágiles y frágiles, atendiendo a si cumplen ninguno, entre uno y dos, o entre tres y cinco criterios, respectivamente. Estos cinco criterios son la pérdida de peso, la debilidad, la lentitud, el cansancio y la baja energía. El segundo abordaje fue descrito por Rockwood (Figura 2) en 2001, basándose en la acumulación de déficits a diferentes niveles. Los autores incluyeron inicialmente 70 ítems que comprendían signos, síntomas, alteraciones funcionales y alteraciones analíticas de laboratorio. Posteriormente, esos déficits fueron agrupados hasta construir una escala jerárquica con siete niveles, que abarcaban desde la fragilidad hasta un estado de robustez.

De cara a la Atención Primaria, la identificación de pacientes frágiles facilita la posible intervención y selección de aquellos que pueden beneficiarse de medidas preventivas o terapéuticas. Son necesarios instrumentos precisos, senci-

llos, válidos y reproducibles para identificar dichos pacientes. Además, estos instrumentos deben ser sensibles al cambio para permitir monitorizar la evolución o los resultados de intervenciones. Entre ellos destacan la velocidad de la marcha, el Time-up-and-go (TUG) y el Short Physical Performance Battery (SPPB).

Pese a las diferencias que pueda haber entre los constructos y las escalas diagnósticas, no debemos caer en la inhibición a la hora de abordar la fragilidad, ya que un adecuado manejo aportará un gran beneficio al paciente

La actuación e investigación sobre envejecimiento y fragilidad es actualmente una prioridad en Europa 77

### ¿QUÉ HACER TRAS EL DIAGNÓSTICO?

La persona detectada como frágil será subsidiaria de las intervenciones oportunas para revertir tal estado, principalmente programas de actividad física multicomponente específicamente diseñados, de carácter eminentemente grupal. Además, la población detectada como frágil será subsidiaria de una valoración multidimensional (clínica-funcional-mental-social) asociada a la resolución de los problemas detectados.

> En cualquier caso, esta intervención pretende concretar los componentes preventivos esenciales que se deben incluir en los eventuales planes de intervención y seguimiento individualizado de estos pacientes, como son:

- En la población frágil: Intervención específica centrada en programas de actividad física multicomponente (que trabajen la resistencia aeróbica, flexibilidad, equilibrio y fuerza muscular), con el objetivo de revertir la situación de fragilidad y prevenir el deterioro funcional.
- En aquellos pacientes detectados como de alto riesgo de caídas: Intervención multifactorial para la prevención de caídas (plan de actividad física, revisión de polimedicación, reducción de riesgos ambientales en el domicilio).
- En toda la población mayor de 70 años: Intervenciones en promoción de estilos de vida saludables, similar al consejo integral en estilos de vida saludable en Atención Primaria diseñado para la población adulta por el grupo de traba-

jo de implementación de la "Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS" constituido para tal fin.

En Navarra se ha formado un GTT que ha abordado la implantación y adaptación de este consenso a nuestra realidad (Figura 3).

### EJERCICIO FÍSICO, LA TERAPIA MÁS EFICAZ

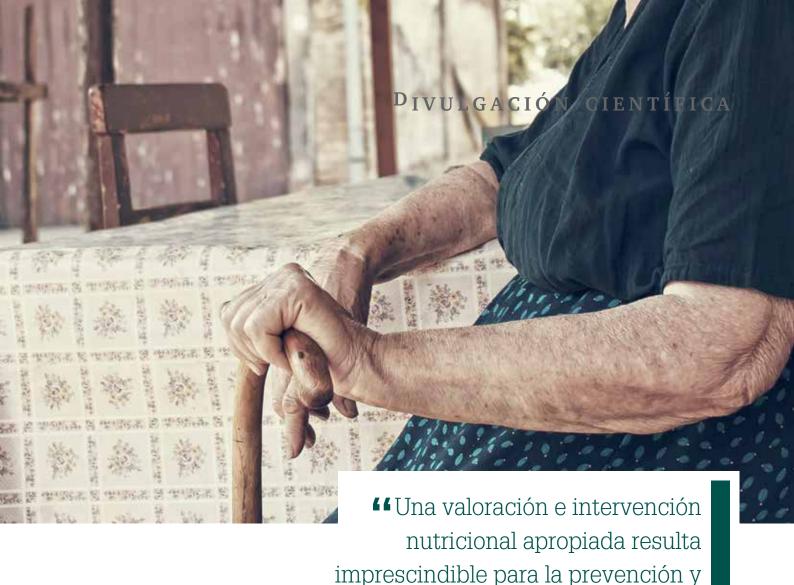
La terapia más eficaz hasta el momento para prevenir y tratar la fragilidad es el ejercicio físico, que ha demostrado reducir la mortalidad y la discapacidad en ancianos, al mantener la masa muscular, aumentar la fuerza y la funcionalidad, estabilizar la densidad mineral ósea y favorecer el metabolismo hidrocarbonado y la dinámica cardiovascular. Existen cuatro tipos principales de ejercicio: de fuerza, de resistencia, de equilibrio y de flexibilidad.

Son los programas de ejercicio multicomponente los que han demostrado mayor beneficio y la edad no es una contraindicación. La única condición es que los programas deben ser individualizados y adaptados a las características de los mayores, teniendo en cuenta que inicialmente no se precisan grandes intensidades para conseguir beneficios funcionales. De hecho, se recomienda comenzar con intensidades de alrededor del 40%.

Recientemente y bajo el paraguas de la Unión Europea, se ha editado el programa Vivifrail, basado en las recomendaciones previamente referidas. Consiste en un programa práctico para la prescripción de entrenamiento físico multicomponente, según el nivel de fragilidad en mayores de 70 años. Está disponible on-line (www.vivifrail.com).

La identificación de pacientes frágiles facilita la posible intervención y selección de aquellos que pueden beneficiarse de medidas preventivas o terapéuticas ??





### INTERVENCIÓN NUTRICIONAL

La malnutrición, la anorexia y la pérdida de peso se han relacionado con la aparición de fragilidad. Por ello, una valoración e intervención nutricional apropiada resulta imprescindible para su prevención y tratamiento. Se ha demostrado la eficacia de la dieta mediterránea, las recomendaciones dietéticas y la suplementación oral hiperproteica y con diferentes compuestos como la vitamina D, el hidroximetilbutirato o la leucina, casi siempre acompañadas de ejercicio en el tratamiento de la fragilidad, consiguiendo mejorías en la función física, calidad de vida y estado nutricional.

El servicio de Endocrinología del Hospital Universitario de Navarra tiene un compendio de recomendaciones nutricionales entre las que se pueden encontrar las dietas hiperproteicas.

### VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

tratamiento de la fragilidad \*\*\*

El diagnóstico de fragilidad hace necesaria una valoración geriátrica integral del paciente donde, además de ejercicio y nutrición, se valoren otros aspectos del paciente que puedan intervenir sobre su estado de vulnerabilidad: polifarmacia, comorbilidades, estado de ánimo, situación a nivel cognitivo, situación social...

En conclusión, la fragilidad es un estado de vulnerabilidad que puede empeorar la calidad de vida de las personas. A diferencia de la discapacidad es potencialmente reversible, por lo que una intervención multifactorial, con especial énfasis en nutrición y ejercicio, es la mejor forma de abordarlo. Aunque a veces parezcan pequeños granos de arena, el acúmulo de factores estresantes puede dar al traste con la calidad de vida de nuestros mayores.



1. Pérdida de peso involuntari	a		
¿Ha perdido más de 4 kilos y r ria en el último año?	nedio de peso de forma involunta-	NO	SI
2. Estado de ánimo decaído		[1] [2]	[3] [4]
En la última semana ¿cuántos hacía era un esfuerzo?			
En la última semana ¿cuántas nada?			
[1] Raramente [<1 día]			
[2] Pocas veces [1-2 días] [3] Ocasionalmente [3-4 días]			
[4] La mayor parte del tiempo [5-7 días	1		
3. Velocidad de la marcha			
-	iente tarda igual o más de lo indi-		
Altura	Tiempo		
✓ ≤ 173 cm	•	NO	SI
> 173 cm			
≤ 159 cm			
<b>—</b> > 159 CIII	2 03		
A 167.			
4. Actividad física	to account to all do local trial		
física indicada?	ite menos o igual de la actividad		
_	NO	SI	
C < 383 kcal./semana. [pas	ear ≤ 2:30 h./sem.]		
Q < 270 kcal./semana. [pas	ear ≤ 2:00 h./sem.]		
5. Debilidad Muscular			
Según el índice de masa corpor mano es menor o igual a la inc	ral y sexo ¿la fuerza de presión de la licada		
IMC <b>Q</b> DIM	імс Ф дім	NO	SI
<24:≤29 kg	<23:≤17 kg	140	اد
24.1-26:≤30 kg	23.1-26:≤17.3 kg		
26.1-28:≤30 kg >28:≤32 kg	26.1-29:≤18 kg >29:≤21 kg		
>28:≤32 kg IMC: Índice de masa corporal.	•		
DIM: Dinamometría manual.			
3	l paciente cumple 3 ó más criterios. si el paciente cumple 2 criterios.		
Aclaración criterio 2: es criteri sombreada.	o positivo si y sólo si la respuesta a los o	dos ítems está en	la zona no

FIGURA 1: Criterios de Fragilidad de Linda Fried.

FIGURA 2: Escala de Fragilidad Clínica de Rockwood.

### **ESCALA DE FRAGILIDAD CLÍNICA**



### 1. MUY EN FORMA

Personas que son robustas, activas, energéticas y motivadas. Estas personas se ejercitan regularmente. Ellos están en forma para la edad.



### 2. BIEN

Personas que no tienen síntomas de enfermedad pero no están tan en forma como la categoría anterior. Se ejercitan ocasionalmente.



### 3. BUEN DESEMPEÑO

Personas con problemas médicos pero que están bien controladas. No realizan ejercicio activo regularmente más allá de caminar.



### 4. VULNERABLE

Si bien no dependen de otras personas para las labores diarias tienen síntomas que limitan la actividad. Una queja común es sentirse "más lentos" y/o sentirse más cansados durante el día.



### 5. LIGERAMENTE FRÁGIL

Personas con enlentecimiento evidente y que necesitan ayuda en actividades de la vida diaria complejas (finanzas, transporte, tareas domésticas pesadas, medicamentos). Generalmente se observa un progresivo deterioro en hacer compras y en caminar fuera de casa solos, preparación de alimentos y tareas domésticas.



### 6. MODENADAMENTE FRÁGIL

Personas que tienen problemas con todas las actividades fuera de casa y otras dentro de la casa. A menudo tienen dificultades con las escaleras y necesitan ayuda para el baño. Pueden necesitar mínima asistencia para vestirse (guía, preparación).



### 7. SEVERAMENTE FRÁGIL

Completamente dependientes para cuidados personales por cualquier causa (física o cognitiva). Incluso así, parecen estables y no tienen alto riesgo de morir dentro de los próximos 6 meses.



### 8. MUY SEVERAMENTE FRÁGIL

Completamente dependientes, acercándose al fin da la vida. Podrían no recuperarse incluso por causa de una enfermedad menor.



### 9. PACIENTE TERMINAL

Próximos a morir. Personas cuya expectativa de vida es < 6 meses. Quienes no son por lo demas evidentemente frágiles.

### SITUACIÓN DE DEMENCIA

- 1. Demencia leve: (olvidar detalles de un evento reciente, repetir historias, desconexión social). Equivale a fragilidad leve.
- Demencia moderada: (memoria muy deteriorada). Equivale a fragilidad moderada. Pueden realizar cuidados personales con guía.
- 3. Demencia severa: Equivale a fragilidad severa. Necesitan asistencia para los cuidados personales.
- 1. Canadian Study on Health & Aging. Revised 2008.
- 2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in enderly people. CMAJ 2005; 173:489-495.



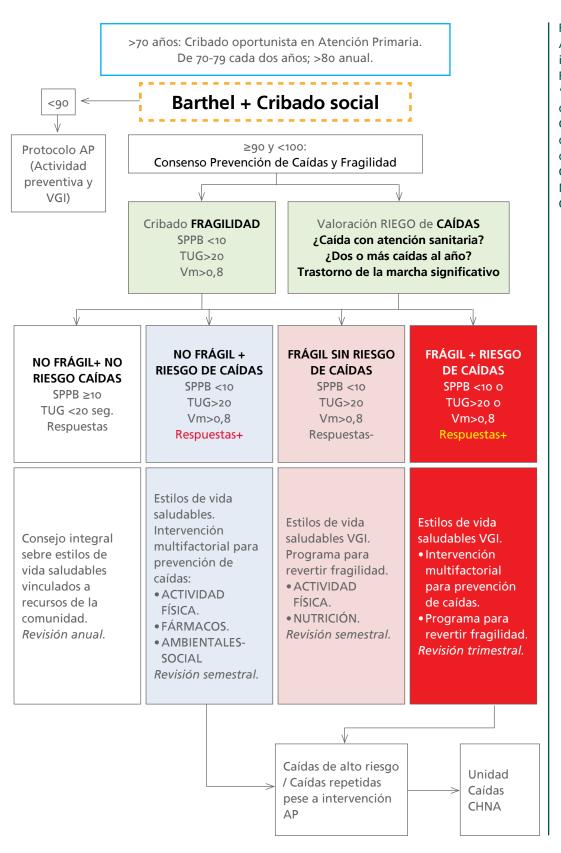


FIGURA 3:
Algoritmo de intervención en Fragilidad según "Documento de Trabajo del Grupo Técnico de Prevención de Fragilidad y Caídas del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea".



La terapia que ha demostrado mayor eficacia es el ejercicio físico. La edad no es una contraindicación

- Abizanda P, Romero L, Sánchez-Jurado PM, et al. Age, frailty, disability, institutionalization, multimorbidity or comorbidity. Which are the main targets in older adults? J Nutr Health Aging 2014;18:622-7.
- Abizanda P, Romero L, Sánchez-Jurado PM, et al. Frailty and mortality, disability and mobility loss in a Spanish cohort of older adults. The FRADEA Study. Maturitas 2013;74:54-60.
- Collard RM, Boter H, Schoevers RA, et al. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. J Am Geriatr Soc 2012;60:1487-92.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001;56A. M146-56.
- García-Nogueras I, Aranda-Reneo I, Peña-Longobardo LM, et al. Use of Health Resources and Healthcare Costs associated with Frailty: The FRADEA Study. J Nutr Health Aging 2017;21:207-14.
- Kojima G, Iliffe S, Walters K. Frailty index as a predictor of mortality: a systematic review and meta-analysis. Age Ageing 2017;13:1-8.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI).
   Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. 2014. Disponible en: http://www.mscbs. gob. es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/ docs/FragilidadyCaidas\_personamayor.pdf.
- Vellas B, Cesari M. White book on frailty. Gérontopôle Toulouse University Hospital. Studio Ogham. 2016. Disponible en: https://mydokument.com/el-libro-blanco-de-la-fragilidad.html.
- Vermeiren S, Vella-Azzopardi R, Beckwée D, et al. Frailty and the Prediction of Negative Health Outcomes: A Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc 2016;17:163. e1-1163.e17.



### CON LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

# CHARLAS INFORMATIVAS SOBRE MAXILOFACIAL Y CARDIOLOGÍA

EL COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA, EN COLABORACIÓN CON LOS DELEGADOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE NAVARRA, **ORGANIZA CHARLAS INFORMATIVAS Y** DE ORIENTACIÓN **DIRIGIDAS A LOS** ESTUDIANTES DE SEGUNDO CICLO DE MEDICINA.

Charla sobre la especialidad de Cardiología, con Ignacio Roy y Nerea Mora.

### UNIVERSIDAD



Estudiantes de segundo ciclo de Medicina de la Universidad de Navarra.

Las sesiones, que se imparten presencialmente en 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.

Hasta ahora, los estudiantes han podido conocer y resolver dudas sobre su futuro profesional de la mano de tutores de formación y residentes, principalmente, en disciplinas y especialidades como Medicina de Urgencias, Pediatría Extrahospitalaria, Neurología, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía Ortopédica y

Traumatología, Medicina de Familia Rural y Oncología Radioterápica.

En noviembre y diciembre del 2021 se realizaron las últimas charlas informativas. Para hablar sobre la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial, los estudiantes contaron con Luis Alfonso Díaz, tutor de residentes del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario de Navarra (HUN) y Zulima Serrano, residente.

La sesión sobre la especialidad de Cardiología fue impartida por Ignacio Roy, tutor de residentes del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Navarra (HUN) y Nerea Mora, residente de quinto año en el citado Servicio.

# EN, ENTRE, HACIA, HASTA



**Begoña Bermejo Fraile.**Doctora en Metodología de Investigación Biomédica.

nº 135 | Enero 2022

Me niego a permitir que las diferencias creadas por el hombre me separen de otros seres humanos (Maya Angelou).

Imaginemos que queremos comparar el efecto sobre la tensión arterial sistólica de 5 diferentes pautas de tratamiento (aplicadas a cinco grupos distintos de pacientes). Realizaríamos para ello un ANOVA (Analysis of Variance), que nos sirve para comparar más de dos medias de muestras independientes. ¿Qué quiere decir que las muestras son independientes? Que una media no depende de la otra, que no estamos estudiando la tensión arterial antes y después del tratamiento, por ejemplo, porque, si ese fuera el caso, utilizaríamos el ANOVA para medidas repetidas... pero eso lo dejamos para más adelante.

El ANOVA, como su mismo nombre indica, analiza la varianza, y la varianza nos habla de variabilidad, de lo distintos que son unos valores de otros.

Recuerda siempre que eres absolutamente único, al igual que todos los demás (Margaret Mead).

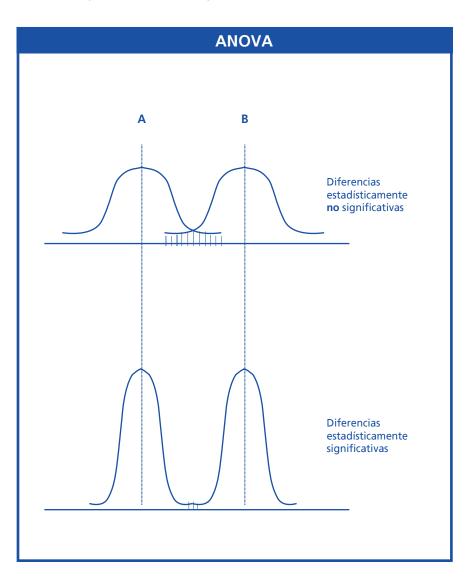
### EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICA

En una muestra, como medida de variabilidad podríamos calcular una media de las distancias de cada uno de los valores a la media, pero por definición los valores que están por debajo de la media darán diferencias negativas, los que estén por encima darán diferencias positivas y la suma de todas esas diferencias dará cero. Para evitar esto, se elevan al cuadrado todas las diferencias y así se elimina el signo. Bueno, pues la varianza es la media del cuadrado de las distancias de cada uno de los valores a la media (creo que la frase es más

complicada que el concepto).

La base del estadístico para el ANOVA se puede comprender mejor mirando la figura. Para que dos muestras se consideren significativamente diferentes (lo que equivale a decir que provienen de poblaciones distintas) es necesario que sus medias sean distintas y que el nivel de solapamiento entre las muestras sea pequeño. Si las medias son diferentes, pero la varianza de las muestras es grande (curvas más aplanadas, denominadas platicúrticas), el nivel de solapamiento es grande, y eso nos puede hacer pensar que las muestras provienen de la misma población, pero han resultado distintas por azar, y entonces las diferencias difícilmente resultarán estadísticamente significativas. En cambio, si las medias son diferentes y la varianza de las muestras es pequeña (curvas más espigadas, denominadas leptocúrticas), el grado de solapamiento es mínimo, lo que nos puede hacer pensar que las muestras provienen de poblaciones distintas, y entonces la misma diferencia de medias puede, más fácilmente, resultar estadísticamente significativa.

Sé diferente para que la gente te pueda ver con claridad entre la multitud (Mehmet Murat Ildan).



### EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICA

Al comparar varias muestras, la media global es la media de todos los valores de todas las muestras estudiadas. La varianza total de los datos respecto a esa media global se puede descomponer en:

- Varianza entre las muestras o varianza Inter-grupos (varianza between), que cuantifica la variación (mediante las diferencias al cuadrado) de las medias muestrales respecto a la media global.
- Varianza dentro de las muestras o varianza Intra-grupos (varianza within), que cuantifica la variación (mediante las diferencias al cuadrado) de los valores de cada muestra con respecto a sus correspondientes medias.

El estadístico que se calcula para el ANOVA (F de Fisher-Schnedecor) es el cociente entre la varianza entre las medias (varianza Inter-grupos, varianza between) y la varianza dentro de cada una de las muestras (varianza Intra-grupos, varianza within). Cuanto mayor sea este cociente, por una mayor diferencia de medias y/o menor varianza dentro de las muestras, menor será el solapamiento entre las muestras, más probable es que las diferencias no sean debidas al azar y resulten, por tanto, estadísticamente significativas.

Varianza DENTRO de las muestras

 $\sum Diferencias^2 Entre-Grupos/K-1$ 

∑ Diferencias² Intra-Grupos/n-K

∑ Diferencias² Entre grupos es la suma de las diferencias al cuadrado entre la media de cada grupo y la media global (ponderadas por el tamaño muestral de cada grupo); ∑ *Diferencias² Intra-grupos* es la suma de las diferencias al cuadrado entre cada valor y la media de su grupo (para todos los grupos); k es el número de grupos a comparar y n el número total de individuos estudiados. El resultado del cociente se compara con un valor teórico de F para un determinado nivel de significación y, si ha resultado mayor, quiere decir que las diferencias son estadísticamente significativas, es decir, al menos dos de las medias son estadísticamente diferentes.

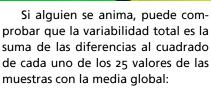
La razón respeta las diferencias y la imaginación las similitudes (Percy Bysshe Shelley).

En el siguiente ejemplo se ha comparado el efecto sobre la tensión arterial sistólica (TAS) de 5 diferentes pautas de tratamiento. Para ello, se han seleccionado 25 individuos y se han distribuido aleatoriamente en 5 grupos. Los resultados son los de la tabla:



	Grupo				
	Pauta 1	Pauta 2	Pauta 3	Pauta 4	Pauta 5
TAS	180	172	163	158	147
	173	158	170	146	152
	175	167	158	160	143
	182	160	162	171	155
	181	175	170	155	160
Media grupo	178,2	166,4	164,6	158,0	151,4
Media global	163,7				





$$(180-163,7)^2 + (173-163,7)^2 + \dots$$
  $(155-163,7)^2 + (160-163,7)^2 = 2.905,04$ 

La variabilidad intra-grupos es la suma de las diferencias al cuadrado de cada valor muestral a la media de su grupo, para los 5 grupos (nuevamente hay 25 sumandos):

$$(180-178,2)^2 + (173-178,2)^2 + \dots$$
 (155 - 151,4)<sup>2</sup> + (160 - 151,4)<sup>2</sup> = 894,4

Y la variabilidad entre-grupos es la suma de las diferencias al cuadrado entre cada media grupal y la media global, ponderado por el tamaño muestral:

El resultado del ANOVA es el siguiente:

Este valor de F es mayor que un valor de F teórico con un nivel de significación del 5%, o lo que es lo mismo, la p es < 0,05, luego concluimos que al menos dos de las medias son estadísticamente diferentes.

La base detrás del ANOVA es la misma que detrás de la t de student, cuyo estadístico se calcula dividiendo la diferencia de medias (una expresión de la varianza inter-grupos) por una medida de la varianza de las muestras (que refleja la varianza intra-grupos). De hecho, si con el programa estadístico que estemos utilizando, realizamos un ANOVA para comparar dos medias, el resultado es exactamente el mismo que mediante la t de student. Y aquí no puedo evitar recordar que, en una ocasión, ayudando a un residente con el análisis estadístico de su tesis, cuando le presenté los resultados de una t de student me preguntó si no sería mejor hacer un ANOVA, porque en esos momentos era "lo que se llevaba".

Las tendencias desaparecen, el estilo es eterno (Yves Saint Laurent).

Como decía previamente, si tras el ANOVA las medias resultan estadísticamente diferentes, quiere decir que al menos dos de las medias comparadas son diferentes, pero para saber qué dos medias son distintas debemos hacer una t de student dos a dos. Entonces, ¿para qué tanto lío? ¿Por qué no empezamos por comparar mediante la t de student todas las posibles parejas de medias? Porque cuando se realizan comparaciones múltiples (cada una de las muestras se compara con todas las demás), sólo por azar algunas de las diferencias pueden resultar significativas, y es necesario realizar una corrección en el nivel de significación. Son las pruebas post hoc.

¿No crees que ser curiosos es mucho más importante que ser parecidos? Porque somos diferentes podemos gozar la diversión de intercambiar mundos y regalarnos mutuamente nuestros amores y nuestros entusiasmos (Richard Bach).

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Media de cuadrados	F	
Entre-grupos	2.010,64	2.010,94/4 = 502,66	502,66/44,72 = 11,24 (p< 0,05)	
Intra-grupos	894,4	894,4/20 = 44,72		
Total	2.905,04		(1- 1-e)e J)	



### Begoña Bermejo Fraile.

Asesoría en Metodología de Investigación en Medicina.

### E-mail:

 $bbermejo\_amim@hotmail.com\\$ 





# CURSOS INTENSIVOS CAMBRIDGE

# **CLEN** College



CONTACTA

Beatufil Places

# TIME TO

### **ESTUDIAR EN EL EXTRANJERO**

Entra en clencollege.es/extranjero si estás interesado en recibir información sobre la próxima sesión informativa gratuita.

Canadá (Toronto),
Estados Unidos
(Boston), Irlanda (Dublín) o
Reino Unido (Swanage, Exmouth).
Otros destinos y fechas
a consultar.





### A SESORÍA JURÍDICA



### **NORMAS GENERALES:**

A lo largo del año 2021 se dictaron numerosas normas (30 Ordenes Forales de la Consejera de Salud y 6 Decretos Forales de la Presidenta del Gobierno de Navarra), por las que se fueron adoptando medidas especificas de prevención de carácter extraordinario para la Comunidad Foral de Navarra, como consecuencia de la evolución de la situación epidemiológica derivada de la Covid 19. Dichas normas no están vigentes en la actualidad -por cuya razón no se incluyen en la presente relación-, sino que se van sustituyendo por las nuevas disposiciones que se van promulgando en función de la referida evolución de la situación epidemiológica.

- 1. Orden Foral 141-E/2021, de 25 de junio, de la Consejera de Salud, por la que se modifica la Orden Foral 276E/2016, de 21-6-2016, del Consejero de Salud, por la que se establecen los objetivos y responsabilidades de la Estrategia de Prevención y Atención en Salud Mental. (BON 26/7/21).
- 2. Resolución de la Dirección General de Salud 690/2021, de 2 de julio, sobre celebración de comidas populares en la Comunidad Foral de Navarra (BON 27/7/21).
- 3. Resolución 682/2021, de 14 de julio, del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la que se modifica la composición y funciones del Comité Autonómico de Coordinación Asistencial del Cáncer Infantil y de la Adolescencia en la Comunidad Foral de Navarra, y se deja sin efecto la Resolución 1625/2019, de 31-12-2019 (BON 9/8/21).
- 4. Orden Foral 35/2021, de 29 de septiembre, por la que se deja sin efecto las restricciones derivadas de las medidas específicas vigentes como consecuencia de la situación epidemiológica derivada del COVID-19 (BON 30/9/21).
- 5. Orden Foral 250/2021, de 14 de octubre, de la Consejera de Salud, por la que se modifica la composición del Observatorio de Muerte Digna de Navarra (BON 27/10/21).

### SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA/ **DEPARTAMENTO DE SALUD**

- 1. Acuerdo del Gobierno de Navarra de 24 de febrero de 2021, por el que se incrementa al personal de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y sus organismos autónomos el porcentaje equivalente al 0,9 por ciento de las retribuciones establecidas para 2020, con efectos de 1 de enero de 2021 (BON 11/3/21).
- 2. Orden Foral 92/2021, de 13 de abril, por la que se modifica la Orden Foral 68/2016, de 14-9-2016, del Consejero de Salud, por la que se establece el procedimiento de designación interina de los puestos de Jefatura de Servicio y Jefatura de Sección Asistencial en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (BON 22/4/21).
- Orden Foral 120/2021, de 7 de agosto, del Consejero de Presidencia, Igualdad, Función Publica e Interior por la que se mantiene la vigencia del permiso por deber inexcusable contemplado en los tres primeros párrafos del apartado 6º de la Orden Foral 59/2020, de 14-5-2020 (LNA 2020\140), para el personal al servicio de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y sus organismos autónomos que tenga a su cargo personas menores de 14 años que se vean afectadas por el confinamiento obligatorio o por el cierre de centros educativos (BON 31/8/2021).
- 4. Decreto Foral 82/2021, de 29 de septiembre, que modifica los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea aprobados por Decreto Foral 171/2015, de 3-9-2015 (BON 8/9/2021).
- 5. Orden Foral 192-E/2021, de 6 de septiembre, por la que modifica la Orden Foral 12/2016, de 2-2-2016, por la que se establece la estructura de la Dirección Gerencia de los órganos centrales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea a nivel de Secciones y de Unidades no asistenciales (BON 16/9/21).
- 6. Ley Foral 16/2021, de 21 de octubre, de concesión de suplemento de crédito para hacer frente a los pagos de los salarios del personal trasferido, como consecuencia del traspaso de la competencia en la sanidad penitenciaria a la Comunidad Foral de Navarra (BON 2/11/21).



### <sup>A</sup>SESORÍA JURÍDICA

- 3. Decreto Foral 71/2021, de 29 de julio, por el que se crea la Comisión de Garantía y Evaluación de la prestación de ayuda para morir de la Comunidad Foral de Navarra y el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia para realizar la prestación de ayuda a morir (BON 4/8/21).
- 4. Orden Foral 28/2021, de la Consejera de Salud, por la que se designan los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación de la prestación de ayuda para morir de la Comunidad Foral de Navarra (BON 6/8/2021).
- 8. Decreto Foral 110/2021, de 15 de diciembre, por el que se aprueba la oferta parcial de empleo público del personal sanitario del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y del Instituto de Salud Publica y Laboral de Navarra del Departamento de Salud de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y sus organismos autónomos del año 2021, conforme a la estabilización prevista en la Ley 11/2020, de 30-12-2020, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2021, correspondiente a la tasa de estabilización prevista en la Ley 3/2017, de 27-6-2017 (BON 30/12/21).
- 9. Decreto Foral 115/2021, de 22 de diciembre, por el que aprueba la oferta parcial de empleo público del personal sanitario del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y del Instituto de Salud Publica y Laboral de Navarra del Departamento de Salud de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y sus organismos autónomos correspondiente al año 2021, relativa a la tasa de reposición prevista en la Ley 11/2020, de 30-12-2020, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2021 (BON 30/12/2021).
- 10. Decreto Foral 117/2021, de 22 de diciembre, por el que se aprueba la oferta parcial de empleo público del personal sanitario del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea del Departamento de Salud de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y sus organismos autónomos del año 2021, que comprende plazas desiertas de la oferta pública de empleo correspondiente a la tasa de estabilización prevista en la Ley 3/2017, de 27-6-2017 (BON 30/12/2021).

### **PRESTACIONES SANITARIAS**

- Ley 4/2021, de 4 de mayo, por la que se aprueba y autoriza el Convenio interadministrativo a suscribir entre la Administración General de la Comunidad Autónoma de La Rioja y la Comunidad Foral de Navarra en materia de asistencia sanitaria: cirugía cardiaca y asistencia sanitaria en zonas limítrofes (BO de La Rioja 26/5/21).
- 2. Resolución E/2743/2021, de 25 de junio, de la Dirección General de Salud, por la que se aprueba la convocatoria y las bases reguladoras para la concesión de subvenciones para el tratamiento de personas con trastornos del espectro autista de octubre de 2020 a septiembre de 2021, ambos inclusive (BON 30/7/21).

# MODIFICACIONES DE LA LEY DE PRESUPUESTOS DE NAVARRA PARA 2022 (LEY FORAL 18/2021, DE 29 DE DICIEMBRE)

- Aplicación del nivel de carrera profesional reconocido al personal procedente del Sistema Nacional de Salud (D. A. 6ª): Se reconoce al personal facultativo que acceda a plaza en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, así como al que la desempeñe en comisión de servicios, el grado de carrera acreditado en otro servicio de salud.
- 2. Régimen de exclusividad del personal facultativo especialista y médico contratado temporal del SNS-O y del ISPLN (D.A. 11ª): Durante 2022 se permite al profesional contratado optar por la dedicación no exclusiva desde el primer día de su contratación.
- 3. Jubilación forzosa del personal del SNS-O y del ISPLN (D.A. 15ª): Durante 2022, por necesidades del servicio y falta de profesionales, se podrá autorizar la prolongación en el servicio activo por un año, y con el límite de los 70 años de edad, a los facultativos y a los Jefes de Servicio y de Sección, siempre que la lista de contratación de su respectiva especialidad se encuentre abierta.
- 4. Guardias en días especiales del personal del SNS-O y del ISPLN (D.A. 16ª): Se percibirá un módulo de productividad variable por la realización de guardias en días especiales por un importe igual al correspondiente de la guardia. Se negociará en la Mesa Sectorial de Salud cuales deben considerarse días especiales. Para el periodo diciembre de 2021 y enero de 2022 se abonarán como especiales los días 24, 25 y 31 de diciembre y 1, 5 y 6 de enero.
- 5. Compensación por la formación de MIR por profesionales del SNS-O y ISPLN (D.A. 17ª): Se establece un modulo de productividad extraordinaria por un importe anual mínimo de 1.000 euros brutos anuales, que se abonarán en la nomina de mayo coincidiendo con la finalización del periodo anual de formación de residentes. Si los residentes a cargo de un mismo tutor son dos, la retribución será de 1.200 euros, y si es de tres o más, será de 1.400 euros.

## Asociación de Esclerosis Múltiple de Navarra:

# "La enfermedad de las mil caras"

Impulsa "Innova EM Space" para la rehabilitación integral sostenida con tecnología puntera





La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad neurológica que afecta al Sistema Nervioso Central, formado por el cerebro y la médula espinal.

El sistema inmunitario normalmente protege al cuerpo, pero en la EM ataca a la mielina de las células nerviosas (neuronas) por error. Los nervios se extienden a lo largo de todo el cuerpo, así que la Esclerosis Múltiple puede manifestarse en muchas partes del organismo y hacerlo de maneras muy diferentes.

No todos los síntomas aparecen en todas las personas, ni lo hacen con la misma intensidad. Este es el motivo por el que se presenta en cada persona de forma distinta (es heterogénea) y se suele llamar "la enfermedad de las mil caras".

La mayoría de los casos se diagnostican en personas que tienen entre 20 y 40 años, en plenos procesos vitales. Es la segunda causa de discapacidad entre los jóvenes después de los accidentes de coche y la primera causa de discapacidad no traumática en España, según la Sociedad Española de Neurología. En la actualidad, hay más de 55.000 personas diagnosticadas de esclerosis múltiple en España, más de 800 se encuentran en Navarra.

Precisamente para apoyar y ayudar a las personas con esclerosis múltiple y sus familiares a mejorar su calidad de vida nació, en 1995, la Asociación de Esclerosis Múltiple de Navarra. Una entidad asociativa sin ánimo de lucro, gestionada desde la transparencia, la participación y el respeto al entorno y las personas, siendo medio de representación del colectivo ante los diferentes estamentos sociales.

Mediante un equipo multidisciplinar, integrado por profesionales de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicología, Trabajo Social, Rehabilitación Petö, Logopedia, cuidadoras, etc., se ofrece un tratamiento integral e individualizado tanto para las personas con EM como para las familias.

Desde EM Navarra realizan actividades, proyectos y eventos de dinamización y sensibilización social, como el Día Mundial de la EM y el Mójate, con el objetivo de concienciar a la población sobre la EM para, así, eliminar la indiferencia que provoca la desinformación. Además, desarrollan proyectos para apoyar de manera transversal a las personas con esclerosis múltiple y otras enfermedades neurodegenerativas.



### **INNOVA EM SPACE**

El pilar más importante del tratamiento de la EM es la rehabilitación sostenida. La medicación inmuno-moduladora ralentiza el avance de la enfermedad y la medicación sintomática alivia los síntomas. Sin embargo, la rehabilitación sostenida ayuda a prevenir y combatir la depresión, mejora la ansiedad, facilita el manejo cognitivo, mejoran los trastornos urológicos, la espasticidad, el temblor, la fatiga y las capacidades sensitivas y motoras, entre otros.

La rehabilitación desempeña un rol clave en la integridad de las personas con esclerosis múltiple y con otras enfermedades neurodegenerativas. Desde EM Navarra estamos innovando constantemente y trabajando de la mano con la tecnología para poder incrementar los resultados de nuestras personas usuarias. Es por ello por lo que han creado el Innova EM Space.

Innova EM Space es un espacio de 450 m² que aúna una decena de proyectos dedicados a la rehabilitación integral con la tecnología más puntera y con una apuesta constante por la innovación para ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas con esclerosis múltiple, enfermedades neurodegenerativas y sus familiares.

Algunos de los proyectos que engloba Innova EM Space son: Rehabilitación con exoesqueleto, RehabRoom, Salvemos las distancias, Electroestimulación y Dual task.

### **REAPRENDIENDO CON MI FAMILIA**

El diagnóstico de EM es un hecho que cambia radicalmente la vida de la persona. Cuando esto ocurre, habitualmente entre los 20 y los 40 años, el proyecto de vida queda truncado en muchas ocasiones y las consecuencias pueden llegar a ser devastadoras.

Ante este diagnóstico, toda la familia tiene que hacer frente a algo nuevo e imprevisto que no formaba parte de sus vidas ni de sus planes de futuro. Por lo que las dos partes, persona diagnosticada y familia, necesitan apoyarse, cuidarse mutuamente para adaptarse a los cambios que puedan producirse y aprender a convivir con la EM.

Esta adaptación puede ser difícil de llevar a cabo y en ella influyen factores como: estado de salud de la persona afectada, salud de los demás familiares, la actitud de ambas partes ante la EM y la relación anterior ante el diagnóstico entre los miembros de la familia.

La actitud que toma, tanto la persona afectada como su entorno ante la enfermedad, puede protegerles psicológicamente. La situación familiar, así como la estructura social de la persona afectada repercute de manera definitiva y más si el proceso es severo. La familia, en la mayoría de los casos, es el apoyo principal para la persona. La dependencia de la persona afectada a nivel físico, psicológico y social hace que la familia sustituya a otras estructuras, asimilando funciones que antes no realizaban: cuidados, transferencias, adaptaciones en el hogar.., en definitiva, supone un cambio de vida de todo el núcleo familiar.

Desde EM Navarra, se considera importante la atención del entorno familiar de las personas afectadas, tanto a parejas, padres/madres e hijos/as como a personas cuidadoras y familiares de segundo grado. Son dos años en los que se lleva impulsando esta atención, realizando planes de intervención especializados y cubriendo las necesidades detectadas en familias que conviven con la EM.

Por todo lo mencionado anteriormente, el programa "REAPRENDIENDO CON MI FAMILIA" pretende ampliar la intervención, invitando tanto a familiares como a las personas afectadas a las sesiones del programa de rehabilitación integral, porque este proyecto surge de la filosofía de que la esclerosis múltiple es una enfermedad compartida y tanto las personas afectadas como sus familiares tienen que "reaprender" a vivir en familia. Para ello, un responsable de cada área, junto con el director y la junta directiva, van a crear una herramienta que facilite la detección de necesidades, dudas u orientación para mejorar el bienestar familiar. Y partiendo de este punto, se responderá a las mismas en sesiones familiares.



## **BUSCADORES DE SUEÑOS**

El diagnóstico de una enfermedad suele medirse por aquellos aspectos físicos, psicológicos, sociales o cognitivos que evidencian una pérdida de capacidades o que impactan en el día a día de la persona. Sin embargo, en cada uno de ellos y/o en la suma de todos, encontramos un síntoma igual o más incapacitante: la perdida de la ilusión por el futuro y de realizar proyectos de vida más allá de la superación de los problemas rutinarios. Esto es más acentuado aún en el caso de las enfermedades crónicas y degenerativas ya que, las personas diagnosticadas, además luchan con la incertidumbre y un reloj invisible que mide el tiempo en el que podrán continuar estables o desarrollando las actividades que les hacen sentirse realizadas.

Esta apatía por el que vendrá, en ocasiones, puede llevar a la pérdida de interés en las rehabilitaciones convencionales, en muchos casos, con objetivos de mantener, pero no de recuperar la salud, siendo ésta una actitud que acrecienta el problema.

La ilusión es por definición la esperanza de lograr o de que suceda algo que se anhela o se persigue y cuya consecución parece especialmente atractiva, así como el sentimiento de alegría y satisfacción que produce la realización o la esperanza de conseguir algo que se desea intensamente.

El neurólogo valenciano Pascual-Leone, profesor de la escuela de neurología de Harvard, ha establecido siete pilares fundamentales para tener una buena salud cerebral: la salud, la nutrición, las horas de sueño, el ejercicio físico, el ejercicio mental, las relaciones sociales y, por último, el proyecto vital.

Mientras que los seis primeros suelen atenderse de manera consistente dentro de nuestro sistema sociosanitario, el último no suele ser tenido en cuenta y en muchas ocasiones puede ser determinante para alcanzar los anteriores.

Pascual-Leone ofrece una explicación de proyecto vital y lo asemeja a una aspiración o razón de ser, que genera ilusión y anima al individuo a continuar en la lucha y estar en marcha, sea ésta de la naturaleza que sea. El mismo puede variar según la etapa de la vida que se atraviese pero, como norma general, siempre tiene en común que supone un esfuerzo y que reporta satisfacción estar en el camino de alcanzarlo.

Múltiple supone afrontar un futuro incierto. El proyecto Activa-T supone una oportunidad de mejorar su calidad de vida a través de la rehabilitación física y cognitiva"

## PROGRAMA ACTIVA-T

Vivir con Esclerosis Múltiple supone afrontar un futuro incierto. La fatiga, falta de fuerza, rigidez... serán los síntomas que determinarán nuestras vidas a partir del diagnóstico. Muchas de las personas caminan con bastones u otras ayudas técnicas a causa de la inestabilidad y los problemas de equilibrio. El proyecto Activa-T supone una oportunidad de mejorar su calidad de vida a través de la rehabilitación física y cognitiva, sintiéndonos mejor y notando una mejoría en los múltiples y variados síntomas que sufren. Se trata de una forma de tener una vida activa, sintiéndose capaces de afrontar los retos que día a día aparecen en sus vidas.

## 25 años

EM Navarra lleva recorridos 25 años de historia compartida para acompañar y ayudar a todas las personas con esclerosis múltiple y sus familias. Y seguirá haciéndolo a través de su trabajo diario, de la creación de proyectos trasversales y del apoyo a la investigación de la EM y otras enfermedades neurodegenerativas, así como trabajando en la sensibilización social y en la reivindicación de los derechos para las personas con esclerosis múltiple como con la campaña #33AHORA.

## LOS MICROSCOPIOS DE SANTIAGO RAMON Y CAJAL (IV):

## LUIS SIMARRO

Carlos Panizo Santos Médico hematólogo. Clínica Universidad de Navarra.

Carlota Panizo González Estudiante de grado de Psicología. Facultad de Educación y Psicología. Universidad de Navarra.

Luis Madrazo, "Retrato del Doctor Simarro", óleo sobre lienzo, UCM. Donación de Marina Romero Serrano.



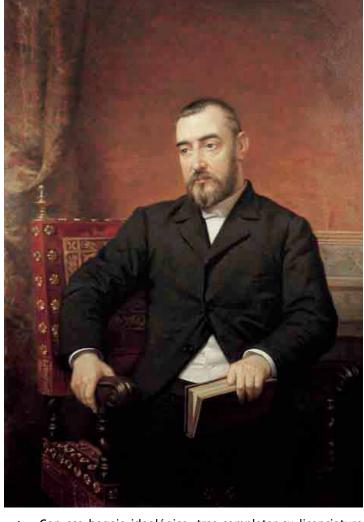
En 1887 Santiago Ramón y Cajal se encontraba ya bien asentado en la Universidad de Valencia dedicado a la docencia e investigación. Ese mismo año

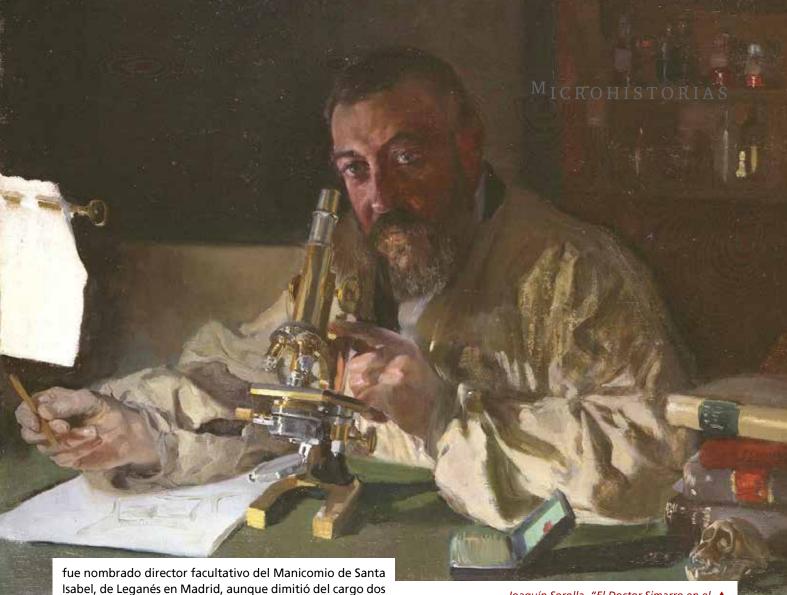
fue requerido para formar parte como juez del tribunal de oposiciones a cátedras de Anatomía descriptiva en Madrid y aprovechó, además, su estancia en la capital para visitar los principales laboratorios micrográficos allí instalados (1). Aunque se conocían previamente por haber coincidido ambos durante sus estudios de doctorado en el laboratorio de Aureliano Maestre de San Juan, fue en este viaje a Madrid cuando se fraguó la relación científica entre Cajal y Luis Simarro, éste recién regresado de una larga estancia en París (2).

Luis Simarro (1851-1921), brillante médico valenciano "hecho a sí mismo" y de personalidad librepensadora se implicó desde joven en el activismo de sus ideales políticos radicales y republicanos y en el seguimiento y difusión del positivismo y del pensamiento evolucionista de Darwin (2).

Con ese bagaje ideológico, tras completar su licenciatura en Madrid, iniciada en Valencia, encontró fácil acomodo en el proyecto, entonces germinal, de la Institución Libre de Enseñanza que pretendía fundir educación, ciencia y moralidad laica con afán de lograr la transformación cultural del país. En la Institución impartió clases de Anatomía, Histología y Fisiología y entre 1878 y 1879 publicó una "Fisiología general del sistema nervioso" en el Boletín de la Institución (3). Simultáneamente trabajó en el laboratorio de micrografía del Museo Antropológico de Madrid, y asistió a las sesiones de la Sociedad Histológica Española ocupándose de otorgar a la anatomía comparada, embriología e histología una perspectiva evolucionista. En cuanto a su actividad clínica, en 1876 obtuvo por oposición un puesto de médico en el Hospital de la Princesa y al año siguiente







dimitió del cargo dos

El fracaso de la Primera República en España, la restauración monárquica canovista contraria a sus ideales, pero sobre todo su insatisfacción por sentirse lejano a los avances científicos que sucedían en Europa impulsaron a Simarro a trasladarse a París entre 1880 y 1885. Fue allí donde, tutelado por histólogos como Mathias Duval y Louis Antoine Ranvier, perfeccionó sus técnicas micrográficas aplicándolas al estudio del sistema nervioso; y, guiado por psiquiatras como Jean-Martin Charcot y Valentín Magnan, consolidó su orientación clínica definitiva por la neuropsiquiatría (2, 4). A su regreso a España ejerció la psiquiatría en el ámbito privado y tras un primer infructuoso intento de ganar una cátedra, la de Histología de Madrid opositando frente a Cajal, en 1902 obtuvo la primera cátedra española de Psicología Experimental en la Universidad Central. También entonces, a pesar de que le gustaba definirse "tan sólo un histólogo de ocasión, pues la histología no es para mí fin, sino medio para estudiar la neurología, mi verdadero objeto", se aplicó con intensidad en el estudio, enseñanza y difusión de las técnicas histológicas aprendidas en París tanto en su laboratorio privado instalado en su domicilio como en el Instituto Biológico que en la calle de la Gorguera compartía con otros jóvenes profesores (1, 4).

años después (2, 4).

Joaquín Sorolla, "El Doctor Simarro en el laboratorio", 1897, óleo sobre lienzo, legado de Luis Simarro, Facultad de Psicología de la Universidad Complutense.[última consulta, 16 diciembre 2021]

## SIMARRO Y SOROLLA

Todavía hoy podemos disfrutar de la esencia y el ambiente de aquellos momentos de investigación individual y colectiva en el laboratorio particular de Simarro al haber quedado retratados por Sorolla en dos óleos del pintor valenciano, amigo íntimo del psiquiatra. Se trata de las obras "El Doctor Simarro en el laboratorio" y "Una investigación" ambas pintadas del natural en 1897 cuando el artista acudía por las noches al laboratorio del médico, como reconoció el propio Sorolla (5, 6):

"Bien sé yo que no es cosa frecuente esto de que el pintor vaya a casa de la persona a quien ha de retratar, mas yo tengo el estudio como pieza de respeto, de la cual echo mano sólo en último e irremediable extremo. A ser posible, pinto las cosas donde están y las personas en su círculo, en su propia atmósfera, única manera de que al pintarlas salgan como son, con toda naturalidad, con toda intimidad, y no como en visita y en artificial ambiente".

## M<sub>I</sub>CROHISTORIAS

El primer fruto de estas visitas fue el retrato del científico, captado interrumpiendo un momento de solitaria observación microscópica y en el que destaca, sobre todo, la iluminación de su microscopio, junto a libros, una caja de muestras y el cráneo de un pequeño animal. La luz procede de la parte inferior del cuadro haciendo resaltar el color amarillo brillante del latón, dejando el rostro del científico y el fondo de la estancia en penumbra, en la que se observan los reflejos de los frascos llenos de sustancias de variada coloración (5).

Este óleo forma parte del legado de Simarro y junto con su biblioteca, algunos aparatos -como el microtomo que utilizaba en sus investigaciones y que se ve reproducido en primer plano en el óleo "Una investigación"-, varios miles de preparaciones histológicas, documentación, su pinacoteca y otras obras artísticas que se conservan, está inventariado y en proceso de catalogación en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (7). Desafortunadamente, el microscopio con el que aparece retratado el psiquiatra en el lienzo "El Dr. Simarro en el laboratorio" desapareció poco antes del traslado de su legado desde el Instituto Luis Vives del CSIC, donde se encontraba depositado, a la Facultad de Psicología a principios de los ochenta del pasado siglo (comunicación personal de Javier Campos Bueno, director del Legado Luis Simarro), lo que ha impedido contar con el instrumento para revisarlo y analizarlo de forma directa. Sin embargo, la fiel reproducción del microscopio por Sorolla en su pintura, con detalles como

el característico lacado amarillo del latón, el pavonado en negro de parte del pie y la mezcla de latón y cromado en el sistema de iluminación y objetivos permiten asignar el microscopio de Simarro al fabricante Carl Reichert.

Pig. 9. Stativ 11b

adquirieron características propias en el diseño y construc-

ción que permiten diferenciarlos bien de los microscopios

de Leitz (8). Observando cuidadosamente el catálogo de

Reichert de 1898, el microscopio de Simarro en el retrato

de Sorolla parece corresponderse con un estativo II, que

junto con las ópticas, tan estimadas como las de Zeiss en

esa época, y su versatilidad para poder adaptarlo a usos

distintos del exclusivamente histológico hicieron de este

modelo uno de los más codiciados por los investigadores.

Composición realizada a partir de las imágenes de los estativos II tomadas del catálogo de microscopios de Reichert de 1898.

9a. Neues Stativ Nr. IIc

## EL MICROSCOPIO DE SIMARRO

Carl Reichert fue un constructor de instrumentos ópticos instalado en Viena quien aprendió el oficio durante los años 70 del siglo XIX en la fábrica de Leitz, por entonces uno de los más prestigiosos ópticos de Alemania, en la ciudad de Wetzlar. En 1876 se trasladó a Viena, donde comenzó vendiendo los instrumentos de Leitz, pero pronto también los construidos por él mismo, aunque siguiendo los estándares de Leitz. Ya en los años 1890-91 sus aparatos

Se trata de un instrumento con estructura "continental", pie de herradura, en el que el enfoque macrométrico es de cremallera y piñón y el enfoque fino se controla con un tornillo en forma de perilla en la parte superior del cuerpo. La pletina cuadrada de vulcanita y latón tiene por debajo un sistema de iluminación con condensador Abbe abatible, control de iris variable y portafiltros también abatible. La misma firma diseñó un modelo algo más pequeño con similares prestaciones aunque de precio más asequible, el estativo III (9).



▲ Estativo III de Reichert. Colección y fotografía de los autores del artículo.

## CON CAJAL EN EL LABORATORIO

Retomando el inicio del presente trabajo, durante la visita de Cajal al laboratorio particular de Simarro aconteció un momento trascendental para la trayectoria científica del primero, como señaló el propio Cajal en sus *Recuerdos de mi vida* (1):

"Debo al Dr. Luis Simarro, el afamado psiquiatra y neurólogo de Valencia, el inolvidable favor de haberme mostrado las primeras buenas preparaciones efectuadas con el proceder del cromato de plata, y de haber llamado mi atención sobre la excepcional importancia del libro del sabio italiano Camilo Golgi consagrado a la inquisición de la íntima estructura de la sustancia gris (...) Fué precisamente en casa del Dr. Simarro, situada en la calle del Arco de Santa María 41, donde por primera vez tuve ocasión de admirar excelentes preparaciones del método de Weigert-Pal, y singularmente, según dejo apuntado aquellos cortes famosos del cerebro, impregnados mediante el proceder argéntico del sabio de Pavía."

Efectivamente, Simarro había aprendido en París el innovador método de tinción cromoargéntica ideado por Camillo Golgi y que permitía la tinción selectiva de las células nerviosas. Simarro enseñó a Cajal éste y otros métodos histológicos y a su regreso a Valencia experimentó aplicándolos al estudio de la histología del sistema nervioso junto con su discípulo Juan Bartual (10). Resulta atractivo pensar cómo ciencia, arte y tecnología se entrelazaron

## M<sub>ICROHISTORIAS</sub>

para que sucediese aquella transmisión de conocimientos, fermento de la teoría neuronal de Cajal que acabaría transformando la concepción de la estructura del sistema nervioso. Aquel momento crucial en el devenir de la ciencia moderna probablemente sucedió en torno al hoy desaparecido microscopio de Simarro, pero del que dejó formidable registro pictórico Sorolla.

### **AGRADECIMIENTOS:**

Los autores quieren agradecer la revisión crítica y sugerencias realizadas sobre el presente manuscrito por el profesor José Javier Campos-Bueno, Profesor Asociado y Director del Legado L. Simarro de la Universidad Complutense

## **BIBLIOGRAFIA:**

- Santiago Ramón y Cajal, Recuerdos de mi vida, [s.l.], 1923, 3ª ed. – Disponible en Biblioteca Digital Hispánica: http://bdh-rd.bne.es/viewer.vm?id=0000200547&page=1
- Helio Carpintero, Javier Campos, Javier Bandrés, Luis Simarro y la psicología científica en España, Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2002.
- 3. Legado Luis Simarro, recurso electrónico en página web: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/simarro/ [última consulta, 16 diciembre 2021].
- 4. Agustín Albarracín, "El Dr. Simarro y la escuela histológica española", *Investigaciones Psicológicas*, 1987.
- 5. José Javier Campos-Bueno, "Art and Science in Sorolla's Painting. A research in Dr. Simarro's Lab.", *Psychologia Latina*, 1, 2010, p. 9-26.
- 6. Blanca Pons-Sorolla, *Joaquín Sorolla. Vida y obra*, Madrid: Fundación de Apoyo a la Historia del Arte Hispánico, 2001.
- Legado Luis Simarro, recurso electrónico en página web https://www.ucm.es/cultura/l.simarro [última consulta, 16 diciembre 2021].
- 8. Brian Bracegirdle, *Notes on Modern Microscope Manufactures*, [s.l.]: Quekett Microscopical Club, 1996.
- g. Carl Reichert, *Preis-courant uber mikroskope, mikro-tome, haemometer und neben-apparate aus dem optisch-mechanigshen institut C. Reichert*, 1898, n. 19.
- 10. Carlos Panizo, "Los microscopios de Cajal (II)", *Panacea. Colegio Oficial de Médicos de Navarra*, 132, 2021, p. 132.



# TARAZONA: CIUDAD MUDĖJAR Salvador Martín Cruz.

Pese a su vecindad, en la linde de Aragón con Navarra, Tarazona, la romana Turiasso y la Tarasuna islámica, no deja de ser una desconocida para gran parte de los navarros. Centro vital de la comarca aragonesa de su nombre y de la del Moncayo a cuyos pies está situada, plaza fuerte visigótica frente a los vascones, sede episcopal desde el año 449 y conquistada a los islamitas por Alfonso I el Conquistador. Ciudad, para mí, dada su positiva evolución desde la primera vez que la visité, a mediados de los años setenta del pasado siglo, al momento actual, en la que la ciudad alta ha recobrado gran parte de la prestancia que debió tener en tiempos pasados.

Atravesada por el río Queiles, que la divide claramente en dos, la ciudad alta y la ciudad baja. Aquella con el *Cinto*, conjunto urbano lleno de recuerdos de su época murada: con lienzos, todavía, de la muralla medieval e incluso algún resto de la romana, callejones encuestados, pasadizos, arcos, torreones, puertas como las de la Concepción y la Traición; y donde se encuentra la Judería, con sus famosas Casas Colgadas, que llegó a ser una de las más importantes de Aragón (los libros llegan a decir que, con la expulsión de los judíos y los moriscos, la ciudad se despobló de tal manera, que hasta estuvo a punto de desaparecer).

En esta zona del *Cinto* merecen especial mención el Palacio Episcopal, levantado sobre la islámica Zuda, residencia de los gobernantes musulmanes, verdadera mezcla de estilos gótico, renacentista y hasta barroco, con tres plantas de galerías y un bonito patio plateresco. Las iglesias de Santa María Magdalena, de ábside románico y una gallarda torre mudéjar, verdadero heraldo de la ciudad,

visible desde todos sus rincones; y la de San Miguel, gótica, también con torre mudéjar. El convento de la Concepción, gótico tardío, con su airosa torre mudéjar como no podía ser menos, apoyada en la muralla. La casa Consistorial, con una fachada renacentista ocupada en gran parte por un friso que conmemora la coronación de Carlos V en Bolonia como Emperador del Sacro Imperio y animada en su planta noble por galerías sobre columnas de gran belleza. Y la casa de los Gil de Borja, de fachada barroca...

Bastante menos entidad tiene la ciudad baja, aunque en ella se levanta la catedral de Santa María de Huerta, mezcla, también, de estilos: gótico, mudéjar y renacimiento fundamentalmente, de la que destacaría su portada renacentista, su interior gótico de gran pureza, con tres naves, crucero, triforio, girola con capillas radiales, su curioso y abigarrado cimborrio y, sobre todo, su claustro gótico, mudéjar, renacentista de portada plateresca y bellísimas celosías ocupando las arcadas y ¿cómo no? la torre mudéjar y su amplia colección de retablos. No estará de más recordar que junto a Teruel y Calatayud, Tarazona comparte el título de Ciudad Mudéjar. También en esta parte de ella habrá que señalar la Plaza de Toros vieja, octogonal como las de Aguilar de la Frontera, Córdoba, o la de Archidona, Málaga; el Palacio de los Eguaras, renacentista; la Casa de los Linares y, finalmente, su teatro de Bellas Artes, construido al comienzo de los años veinte del pasado siglo, que vino a sustituir a su viejo corral de comedias. Quizá su vieja afición al mundo de las tablas y la farándula sea la responsable de que en ella nacieran Raquel Meyer y Paco Martínez Soria ¡Vaya usted a saber!



La mejor forma de llegar sería desde Soria por Ágreda a través de la N-122. Desde Pamplona pasando por Tudela y Cascante por la N-121 y desde Zaragoza por la A-68, tomando la 122 camino de Magallón y Borja a la altura aproximada de Gallur. Recordar que en sus cercanías se encuentran los castillos de Los Fayos y Grisel, y un poco más alejado el de Trasmoz, el pueblo de la tía Casca y las brujas de Bécquer,

Vera de Moncayo, con el monasterio de Veruela a cosa de un kilómetro y relativamente cerca del Parque Natural de la Dehesa del Moncayo. Algo más allá, por la 122, Borja, camino ya de las Cinco Villas de Aragón. Finalmente, saliendo en dirección a Tudela por la 121, se encuentra Tórtoles, con su ermita, hoy identificada como la antigua mezquita de los moriscos, "conversos" que se vieron obligados a abandonar Tarazona en los tiempos de la expulsión.

A la hora de pensar en la estancia, es obligado citar los hoteles Condes de Visconti, Merced de la Concordia, el Palacete de los Arcedianos y, en las afueras de la ciudad, el Brujas de Iruel.

Geografía de buen comer, se puede hacer incluso tapeando, aunque recomendaría el restaurante Ullate (obligado reservar), el Amadeo I, el Saboya 21 o el Galeón. A la hora del condumio, sabiendo que tiene una feraz huerta, la verdura es casi obligada, lo mismo que la fruta. Los libros de gourmet señalan especialmente la coliflor, el melocotón y la cereza. Aunque entre sus platos típicos están las pochas, las patatas a la malonera, las migas, la gallina en pepitoria, el conejo en salsa de almendra, el pavo trufado, el ternasco y el cordero lechal. Vino, como siempre, el de la tierra. Tienen ganada fama los de la cercana Borja y, por supuesto, los de Cariñena. Para leer, sin duda, las cartas de Gustavo Adolfo Bécquer Desde mi celda, para mí tan importantes como sus Rimas y Leyendas. En cuanto a Guías, aunque yo he manejado la Zaragoza de El viajero independiente, de Júcar, la más recomendable es la de la Fundación Tarazona Monumental: Tarazona. Guía de su patrimonio.



## ANECDOTARIO

# Cuando se está en medio de las adversidades, ya es tarde para ser cauto (Séneca. 2 AC-65. Orador romano)

Dr. Iñaki Santiago.

Médico de Urgencias en el Hospital Universitario de Navarra (HUN).

Dice el dicho, valga la redundancia, que hombre precavido vale por dos. Y también hay otro que dice que más vale prevenir que curar. A veces, poniendo en duda la capacidad terapéutica de la sanidad, o bien por darle un uso más genérico, se emplea como más vale prevenir que lamentar. Y de ahí todas las medidas de prevención que conocemos, como la del cáncer de colon, con sus detecciones de sangre oculta en heces y sus endoscopias vía posterior, o el de mama, con su técnica de presión y aplanamiento de mamas hasta casi convertirlas en puro papelillo de fumar.

Otras son menos conocidas por menos practicadas, como la prevención del cáncer de próstata. En este último caso, la evidencia ha demostrado que un buen tacto rectal puede suponer una medida preventiva más que aceptable, además de barata y rápida. Pero claro, aquí topamos con la mentalidad machista de muchos (muchísimos) hombres, muy machotes todos ellos y que no están dispuestos a que les sometan a semejante "vejación", no vaya a ser, no ya que les guste el hecho de una inocente penetración anal, sino incluso que no les duela y ello ponga en duda su hombría y viril heterosexualidad. Un revoltijo de conceptos y sensaciones tristemente muy extendido entre los hombres muy hombres. Una pena.

Y no exagero. Recuerdo una exploración realizada a un señor ya entrado en años, pasado ampliamente de los setenta y que ante el aviso de que se le iba a realizar un tacto rectal (hubo que explicarle que consistía introducir un dedo por el ojete, para que entendiese) se puso tenso, reconociendo que nunca le habían hecho eso. No obstante, accedió. Al introducir el dedo el paciente realizó un opistótonos acompañado de un espeluznante grito que asustó al médico de tal forma que retiró el dígito instrumento cual relámpago. Y en estas se estaba lavando las manos (más que todo por eliminar el talco de los guantes, no por otra cosa) cuando el ciudadano, que seguía arqueado cual puente románico, entre quejas y gruñidos y con evidente enfado, le preguntó:

 ¿Pero qué me ha dejado metido usted ahí dentro, doctor?

La reacción del médico fue inmediata, mirándose las manos y contándose los dedos, mientras el paciente le miraba con ceño fruncido esperando el resultado del recuento al más puro estilo eurovisivo: "The doctor ten points; Le docteur dix points". Las cuentas salían, pero estoy convencido de que aquella persona nunca perdonará al atónito galeno que hubiera atentado tan groseramente contra su masculinidad. Salió de la consulta con cara de "¡ya nunca volveré a ser el mismo!".

En la vida diaria continuamente intentamos prevenir males mayores:

- Niño, baja de ahí que te puedes caer
- Niña, no hagas eso que te puedes quemar.
- Niño, no juegues con eso que te puedes cortar.

Y como los niños y las niñas generalmente no hacen caso a estas advertencias, o si lo hacen suele durar lo que tardan sus progenitores en darse la vuelta, luego nos salen los hijos escaladores, bomberas o matarifes, cuando no funambulistas, pirómanas o asesinos en serie. La prevención no siempre funciona y, además, el karma es muy caprichoso, por decirlo delicadamente.

No hay empresa que no se vanaglorie de tener un buen servicio de riesgos laborales, con sus técnicos y sus medidas de prevención y control. Y aún y todo, sigue habiendo accidentes laborales. ¿Y por qué?

- Es que he metido el dedo por el agujerico de la máquina y no era cuestión de pararla por esa tontería.
- ¿Y el dedo?
- ¿El dedo?... pues... supongo que en el agujerico de la máquina.

Hay que insistir en que más vale prevenir que lamentar.

Existen miles de formas de prevenir situaciones que te pueden cambiar la vida. Y así lo contaba aquella mujer. Su hija de 17 años se había quedado embaraza tras unos



escarceos con el noviete. Estaba disgustada, no era para menos, porque aquello era muy fuerte e importante y tenía pinta de que le iba a cambiar la vida de forma bastante drástica. Llorando en el hombro de la turbada madre, ésta le dijo:

- Pero alma de cántaro, ¿no utilizáis condón?
- Esa vez no -dijo entre sollozos la apurada joven. -Porque no hicimos nada. Simplemente él acercó la puntita a mi cosa, pero nada más. Luego se retiró. -Y siguió llorando a moco tendido.
- Pero vamos a ver, hija mía, ¡¿tú no sabes que antes de llover siempre chispea?!

Pues para eso son los paraguas y otras herramientas impermeables, para el chispeo, porque cuando llueve fuerte, ni paraguas, ni ná.

Y qué decir de la prevención social. En la famosa cinta *Minority Report* asistimos asombrados a la detención policial antes de que se cometa el delito. ¡La bomba! Más vale que es ciencia ficción, aunque todo se andará. Hoy por hoy, nosotros podemos hacer una barrabasada que, si no se entera la policía, miel sobre hojuelas. Si vemos que el dislate nos

lo van a hacer a nosotros, podemos solicitar su gentil ayuda. Nada de detenciones preventivas. La propia policía, o como se dice ahora de forma rimbombante, los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, hacen de prevención para que ni nosotros hagamos calaveradas, ni los demás nos las hagan a nosotros, aunque no siempre se consiga el efecto preservativo perseguido. A veces *chispea* antes de que llegue la poli.

En el mundo sanitario muchas veces, más de las que quisiéramos, la prevención nos obliga a solicitar la diestra ayuda de la policía. Es verdad que en la mayoría de las ocasiones su mera presencia sirve para templar ánimos y hacer que gente desaprensiva y violenta no acabe agrediendo al personal sanitario.

Y aun no siendo en sí policías, pero siempre dispuestos a defendernos, contra viento y marea, tenemos a los profesionales de seguridad, los seguratas. Eso claro, cuando están, porque son como el Guadiana, que aparece y desaparece, y lo habitual es que estos elementos estén siempre en fase de luna nueva, alejados del lugar donde se les necesita. ¿Será casualidad? Quiero suponer que sí. Profesionales de estampa inhiesta, a

## ANECDOTARIO

veces orlada con una más que incipiente barriga, cuando no definitivamente conformada, enfundados en su uniforme con más chapas en el pecho que el sheriff de Wichita y con más bordados en la manga que un traje de lagarterana, velando, porra a la cintura, por nuestra seguridad. Afortunadamente sin arma reglamentaria de fuego, que yo he visto dispararse unos a otros en pleno hospital.

Pero bueno, sucedidos aparte, tanto policías de todo tipo como personal de seguridad suelen dar mucho de sí, ya que, quieran o no,

eventualmente deben lidiar con pacientes, generalmente no muy amigables en el trato, más dispuestos a la bronca que al diálogo pausado. Y ahí es donde se les pueden cruzar las cosas dando lugar a situaciones embarazosamente jocosas.

## UNA BUENA DEFENSA, EL MEJOR ATAQUE

Aquel paciente de 20 años, adicto a las benzodiacepinas, había sido llevado de nuevo a Urgencias en estado de bajo nivel de conciencia, bajo la clara influencia de una buena ración de pastis. Se procedió a colocar oxígeno en gafas y a colocar sondaje vesical con la idea de dejarlo en observación remugando las benzos y esperando que despertara para proceder al alta. Y en esas estaba el médico que había atendido al paciente cuando de pronto el fulano se incorporó en la camilla de forma brusca, agitando los brazos cual molinete y, girando la cabeza cual radar del SETI, fijó su mirada y rabia sobre el facul-

"¿Qué ha ocurrido?", se interpeló a sí mismo. La explicación tenía un desarrollo previo. A la llegada del



## ANECDOTARIO

paciente, el médico estaba acompañado de dos jóvenes galenos en formación que, intrigados por el manejo del paciente, preguntaron sobre el antídoto de las benzodiacepinas, el flumazenilo. Aquél les explicó que, dada la situación de estabilidad del paciente y su toma crónica, no era prudente su administración en ese momento. Lo debió decir en voz muy baja o la excitación del momento impidió que los dos "mires" captaran el mensaje, porque, cual niños experimentando con el Chemi-Nova, le plantaron un chute de flumazenilo, motivo por el cual el individuo despertó tan agitado.

Y volvemos al momento en que el adicto fijó provocadora y violenta su mirada sobre el médico. Éste, viendo venir la tormenta, sin dudarlo solicitó a gritos la presencia de los miembros de seguridad. Y ahí apareció, un personaje uniformado, tripudo él, que, blandiendo la porra, se acercó al agitado individuo gritando ¡¡quieto, quieto!!, cual picador de plaza de tercera. La ocasión la pintan calva, así es que el agitado, ante la situación que se le presentaba, agarró la porra, la arrancó de la mano del aguerrido segurata y se lio a darle porrazos en la cabeza, mientras el desamparado profesional gritaba acongojado:

¡¡Devuélveme la defensa!! ¡¡Devuélveme la defensa!!

Aquel surrealista momento fue utilizado por el resto de personal para reducir en el suelo al agresor, instante en el que hizo acto de presencia la policía, con cascos y escudos, entrando en la sala de reanimación cual escuadrón de la muerte (¡a buenas horas mangas verdes!) Y estando en pleno suelo, peleando con el tipo agitado, el médico escuchó una serie de acompasados estridores respiratorios, levantó la cabeza y vio al pobre hombre de seguridad azul como un pitufo, abriéndose la pechera cual gitanico

arrompiéndose la camisa y dejando a la vista una gran cicatriz de esternotomía, prueba incontestable de que en aquel pecho alguien había estado hurgando previamente.

Lo tumbaron en una camilla ya que en aquellos bronquios entraba el aire con más dificultad que un abuelo en una rave. Se le puso tratamiento, con clara mejoría, mientras se procedió a sedar al agitado, impidiendo la proximidad de los turbados MIR al estante donde estaba el flumazenilo en prevención de un nuevo experimento Chemi-Nova.

El segurata y su defensa ya no aparecieron más por urgencias. El agitado sí.

Y al que le costó horrores irse de urgencias fue al pobre paciente que asistió a todo el bochornoso espectáculo, mientras se le intentaba controlar una taquicardia. Costó controlarla. Ya lo creo que costó.

## LA MEJOR MEDICINA, LA DE LA ABUELA

La policía acudió a urgencias acompañando a un individuo joven, agitado como una mona, puesto hasta las cachas de todo tipo drogas de variados colores, sabores, formas v heterogéneos efectos farmacológicos. Ante semejante situación, el personal procedió a contener al individuo en cuestión, sujetándolo a la camilla, para lo cual hizo falta la estrecha colaboración de varios policías, varios miembros del equipo de seguridad y algún que otro voluminoso celador. No hubo forma de sedarlo, ya que escupía y lanzaba mordiscos a diestro y siniestro y nadie estaba dispuesto a ser la diana de semejantes infamias.

A los pocos minutos aparece una ambulancia portando a un individuo que infructuosamente había intentado ahorcarse con un alambre. Al igual que el anterior personaje, estaba macerado en diferentes sustancias estupefacientes y psicotrópicas, todas ellas de marcado origen ilegal. Vamos, drogado como un piojo.

Este segundo protagonista de la historia llegó tranquilo pero, al ser ubicado al lado del primero y contagiado por su fiereza, comenzó a agitarse, obligando de nuevo a policía, seguridad y a algún que otro voluminoso celador a contenerlo, atándolo a la camilla.

Y en esas estaba todo el fregado, cuando por la puerta hizo entrada el supervisor de enfermería de urgencias, un tipo grande, de abultados bíceps y anchas espaldas que, ante semejante espectáculo, preguntó:

- ¡¿Pero qué coj..es pasa aquí?!
   ¡¿Qué barullo es este?!
- Pues que a estos dos no hay forma de calmarlos -contestó una atribulada enfermera mientras policías, miembros de seguridad y algún que otro voluminoso celador apoyaban la explicación con silenciosos movimientos de afirmación.
- ¡Pues darles la medicina de mi abuela, coño!

Y, ni corto ni perezoso, el hercúleo supervisor se acercó al primer agitado soltándole una bofetada que lo tumbó en la camilla, dejándolo callado y sumiso.

Viendo la que se le podía venir encima, el frustrado suicida que miraba confundido en la camilla adyacente, cesó en su agresividad y se tumbó voluntariamente, quedándose manso cual corderito lechal.

¿Malpraxis? Obvio que sí. ¿Efectivo? Obvio que también. Efectivísimo. Dos pájaros de un tiro.



## "Cuentos impropios"

Autor: Pedro Muerza Chocarro I.S.B.N.: 978-84-121344-7-6

Páginas: 144.

Precio: 15€. Venta en librerías.

## LA OBRA

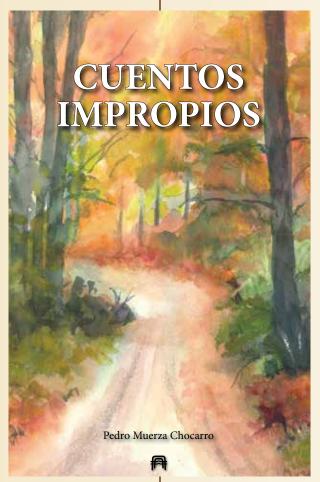
"Cuentos impropios" es un libro de relatos breves.

Las ideas de estos relatos provienen de un lenguaje universal que nos descubre los secretos de la experiencia humana a través de unos personajes tiernos pero, a veces, irracionales.

Relatos breves cuyos personajes son de ficción, aunque algunos aparentemente sean autobiográficos.

El propio autor explica en la cubierta del libro que "estás, querido lector, ante un libro de relatos breves; no son cuentos propiamente dichos, al menos en sentido de cuentos infantiles. Proviniendo del lenguaje, que es universal y exterior, no deben y no tienen que ser propios. Reconozco que las ideas de estos relatos son ajenas a mí: unas han venido de mis lecturas, otras de anécdotas que me han contado, otras de lo que

he visto y oído, también recuerdos de mi biografía. Sin embargo, ahora, los reconozco como míos. Los personajes se han ido metamorfoseando para no reconocerlos. Por eso, agradezco a las personas que me dieron pie a una creatividad difusa al principio y más clara al final".



**EL AUTOR** 

Pedro Muerza Chocarro (San Adrián, 1948) es psiquiatra, psicoanalista y miembro de la Escuela Abierta de Psicoanálisis.

Ha colaborado en los libros: El Psicoanálisis en la actualidad (1996). Edit. Anthropos; El leer en el habla (2000). Edit. Altamira; Lacan: la marca del leer (2002). Edit. Anthropos; Lacan: el amor y el deseo en la civilización del odio (2004). Edit. Universidad de Granada.

Es coautor de: La violencia sobre la mujer (2005). Edit. Eunate. Pamplona; y Psicoanálisis: los nuevos signos (2009). Edit. Atuel. Buenos Aires.

Ha participado como ponente de diversos trabajos psicoanalíticos en Jornadas de Psicoanálisis, tanto en España como en Argentina. Es miem-

bro fundador de la revista Letrahora, publicación internacional del Psicoanálisis en la Cultura.

En el ámbito de la investigación histórica ha recibido los premios de investigación de la Villa de San Adrián (2004) y de la Villa de Andosilla (2005).



## Disfruta de un renting completo y flexible con tu seguro de coche.



Desde hoy, nuestros profesionales sanitarios tendrán la oportunidad de disfrutar, con su seguro de coche, de un producto innovador de renting.

> Infórmate | 900 82 20 82 en: www.amaseguros.com

> > Servicio prestado por ALD Automotive



A.M.A. PAMPLONA Avda. Pío XII, 30 Tel. 948 27 50 50 pamplona@amaseguros.com A.M.A. PAMPLONA (Colegio Médico) Avda. Baja Navarra, 47; 1ª Tel. 948 21 02 28 cpamplona@amaseguros.com

## LA MUTUA DE LOS **PROFESIONALES SANITARIOS**

www.amaseguros.com 900 82 20 82 / 913 43 47 00



















