

→ **Jaime Gállego,**
premio a las
Buenas Prácticas Médicas

Con Ramón y Cajal

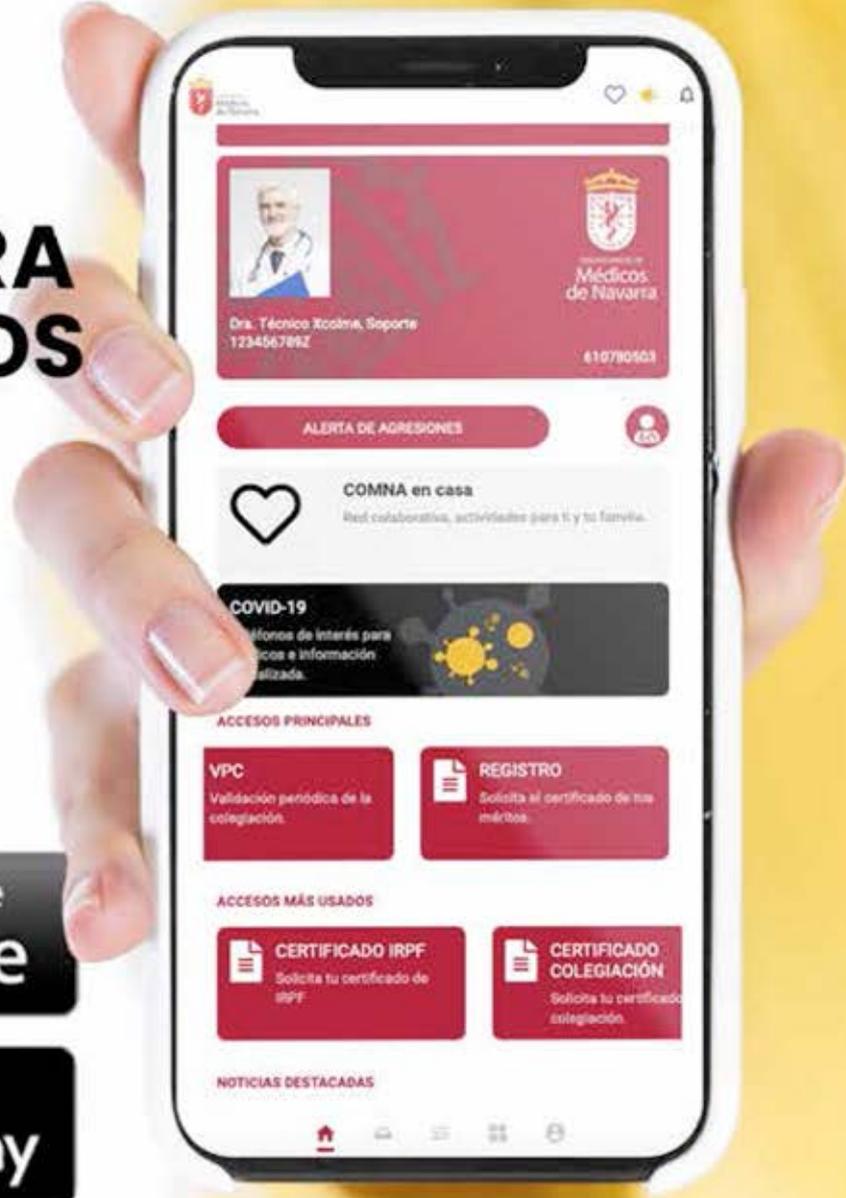
en el **170**
aniversario de
su nacimiento

→ Entregadas las becas
Senior y Mir 2022

→ Homenaje a
Miguel Andériz

→ VII Convención de la
Profesión Médica

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



¿QUÉ TE OFRECE LA NUEVA APP?

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

SUMARIO

Consejo de Redacción:
Rafael Teijeira, Tomás Rubio,
Carlos Beaumont, Julio Duart y
María Sanz.

Comisión Científica:
Laura Barruso, M^a Victoria
Güeto, Oscar Lecea, Rebeca
Hidalgo, Marcos Lama, Carlos
Panizo, Tomás Rubio y Enrique
Sáinz de Murieta.

Coordinación General:
Trini Díaz

Redacción y fotografía:
Trini Díaz.

Publicidad:
Tel.: 948 22 60 93

Diseño y maquetación:
Gráficas Pamplona.

Redacción y Administración:
Avda. Baja Navarra, 47.
Pamplona
Tel.: 948 22 60 93
Fax: 948 22 65 28
Correo-e: trini@medena.es

**Soporte válido del Ministerio
de Sanidad:**
SV-88014-R

Depósito Legal:
NA. 100-1988

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

PRECIO:
6 Euros (IVA incluido)

En este número destacamos...

- 6** XII Premio Sánchez Nicolay para el neurólogo Jaime Gállego.
- 10** Guillermo García y Julio César Moreno, becas MIR 2022.
- 14** Íñigo Calvo, ganador de la Beca Senior 2022.
- 16** Academia y Colegio en homenaje al Dr. Miguel Andériz. Entrevista.
- 28** **Píldoras para la Salud:** Trombosis, migrañas, demencias y buen uso de los antibióticos.
- 51** **Cooperación:** Acuerdo para la formación de médicos en países en vías de desarrollo.
- 54** Caso clínico "Epilepsia y conducción: ¿cómo debería actuar el médico?".
Autora: María Álvarez Nájera.
- 58** Caso clínico "Aprender a tratar cuando no se puede curar".
Autores: J.C. Román, M. López de Dicastillo, E. Luján, P. Spang.
- 64** **Humanidades:** Cajal y el nacimiento de la Neurociencia moderna.
Por **Javier De Felipe.**
- 68** **Humanidades:** Cajal visto por un neurólogo.
Por **Juan J. Zarranz.**
- 72** **Universidad:** ¿Podría ser cirujano general? Reflexiones para estudiantes de Medicina.

... y además.

- 4** Editorial:
- 22** Reunión anual de la **Vocalía de Médicos Jubilados.**
- 26** **Jubilación del Médico:** Cómo, cuándo y cuánto.
- 36** VII Convención de la Profesión Médica.
- 42** Sociedades científicas.
- 52** **Ética y Deontología:** Premios del V Certamen de Casos Clínicos para estudiantes.
- 62** Homenajes a Ramón y Cajal.
- 76** **Epidemiología y estadística:** Ser o no ser.
- 80** **Clen College.**
- 82** **Asesoría jurídica:** Jubilación y ejercicio por cuenta propia de la Medicina.
- 86** **Viajes:** Llanes (Asturias).
- 88** **Libros.**
- 93** Premios del XII Concurso de dibujos navideños.
- 94** **Anekdótico.**

Síguenos para estar
informado de la
actualidad colegial y
profesional.





EDITORIAL

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



EDITORIAL

LLEGÓ EL MOMENTO

Comienza un nuevo año y como viene siendo habitual dedicamos este editorial a compartir los deseos y anhelos de este Colegio y de los médicos de Navarra a los que representamos. Cada año repetimos y pedimos, una y otra vez, viejas demandas que ninguna consejería parece haber tomado en consideración. No es extraño el hastío que los profesionales manifiestan y el desencanto que percibimos entre nuestros médicos.



La pandemia tensó las costuras del sistema sanitario hasta límites insospechables y puso en evidencia los defectos de un sistema que necesitaba reformas profundas. Entonces no era el momento, pero después tampoco se ha podido avanzar en algunas de las demandas históricas de los médicos.

Comienza un nuevo año con el anuncio de huelgas y reivindicaciones en el sector médico por toda la geografía, con debates más o menos encendidos sobre distintas cuestiones y en muchos casos centrados sobre la necesidad de cambios estructurales en nuestro sistema sanitario.

Mientras tanto, los profesionales de la medicina continúan creando espacios de debate y diálogo, de reflexión serena, a pesar de que cuesta cada vez más mantener la calma en medio de la tempestad. En nuestro caso dos recientes destacan.

El Foro de Atención Primaria de Navarra, del que forma parte este Colegio de Médicos, organizó un encuentro bajo el título "La Atención Primaria herida de muerte. Salvarla es cosa de todos" que reunió a agentes sociales, políticos, profesionales y ciudadanía en nuestra sede colegial.

Y el celebrado el 18 de enero, donde el Colegio de Médicos de Navarra lideró el II Foro con el título "Hacia un sistema de salud dirigido por los profesionales". Este Foro ha reunido a gestores, profesionales del ámbito jurídico y actores principales en el ámbito de la salud, con el objetivo de reflexionar sobre la nueva gobernanza del Sistema Nacional de Salud, y en concreto su posible aplicación en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, desde el punto de vista organizativo y prestacional y siempre desde el análisis integral, la reflexión sosegada y la crítica constructiva.

De ambos encuentros daremos amplia información en el siguiente número de Panacea.

Los próximos meses estarán marcados por una campaña electoral que volverá a utilizar la sanidad como arma arrojadiza. Nosotros seguiremos apostando por el diálogo y la reflexión, por la búsqueda de soluciones consensuadas, por un gran pacto por la sanidad, que esperamos llegue en algún momento a nivel nacional y también en nuestra Comunidad.

Desde el Colegio de Médicos de Navarra queremos dejar constancia de la necesidad de avanzar hacia un sistema sanitario que otorgue mayor autonomía de gestión a los médicos en los distintos niveles en los que ejercen su actividad. Nuestro objetivo es proponer e impulsar cambios normativos que permitan este escenario. Y siempre con una finalidad; mejorar la atención de nuestros pacientes.

Ahora sí es el momento.

El neurólogo **Jaime Gállego**, XII premio Sánchez Nicolay a las Buenas Prácticas Médicas

Ha sido promotor y coordinador de la Unidad de Ictus en el antiguo Hospital de Navarra.

La consejera de Salud del Gobierno de Navarra, **Santos Induráin**, y el presidente del Colegio de Médicos de Navarra, **Rafael Teijeira** entregaron al **Dr. Jaime Gállego Culleré** el XII Premio Sánchez Nicolay a las Buenas Prácticas Médicas, en un acto celebrado el pasado 18 de noviembre en el Salón del Trono del Palacio de Navarra.

El Dr. Gállego estuvo acompañado de familia y compañeros, antiguos premiados, autoridades sanitarias, miembros de la Junta Directiva del Colegio de Médicos y familiares del Dr. Sánchez Nicolay, que da nombre al premio.

La consejera Induráin destacó del premiado que “es un referente en la prevención y tratamiento del ictus en Navarra y cuenta con una dilatada experiencia investigadora y divulgativa. Fue el promotor y coordinador de la Unidad de Ictus del antiguo Hospital de Navarra, que se puso en marcha en febrero del 2005. Previamente, había colaborado en la implantación del tratamiento trombolítico en el ictus agudo, como el gran avance terapéutico. De hecho, en el Registro Europeo de Tratamiento Trombolítico (SITS-MOS), la Unidad de Ictus del Hospital de Navarra fue líder en España en frecuencia de ictus tratados con este tipo de tratamientos”.



Rafael Teijeira (presidente del Colegio de Médicos), Jaime Gállego (premiado) y Santos Indurain (consejera de Salud).

PREMIO SÁNCHEZ NICOLAY

Rigor, pasión y humanidad

La neuróloga del Hospital Universitario de Navarra, Beatriz Zandio, hizo una semblanza del galardonado que definió como un “médico profundamente vocacional y comprometido con el paciente, en el que el entusiasmo, la capacidad de trabajo, la tenacidad, empatía y el sentido crítico son los rasgos más prominentes de su personalidad”. La Dra. Zandio destacó que “desde el principio de su carrera profesional ha sido un neurólogo de primera línea, con una sólida formación y comprometido con el paciente, pero también convencido de la necesidad del estudio profundo de cada caso”.

Añadió que el Dr. Gállego ha promovido dinámicas que a día de hoy, constituyen valores fundamentales en el Servicio, “como la de generar y compartir conocimiento con los compañeros; la de la mejora continua con registro y análisis de la actividad o la centralidad del paciente en el proceso de su enfermedad. Para los residentes que hemos podido aprender con él y de él el arte de la neurología –dijo-, es un referente de rigor, pasión y humanidad”.

*El Dr. Gállego posa
junto a su familia.*



PREMIO SÁNCHEZ NICOLAY

Gratitud hacia pacientes y familias

En su discurso de agradecimiento, el Dr. Gállego se refirió al momento en el que recibió la noticia de la concesión del premio a través del presidente del Colegio de Médicos. “Me sentí enormemente abrumado y realmente preocupado por su significado plasmado en la figura del Dr. Sanchez Nicolay a quien tuve la suerte y el honor de conocer y admirar, y por la categoría humana y profesional de los anteriormente premiados. No obstante, debo admitir que me hizo una enorme ilusión. Es para mí un verdadero honor y un privilegio inmerecido. Mi sentimiento es de gratitud plena”.

La figura de su padre, médico rural, fue determinante en su trayectoria, pero fue en la Universidad de Navarra donde el Dr. Gállego descubrió la neurología, “a través del entusiasmo contagioso y capacidad docente e innovadora del Profesor Manuel Martínez Lage que fue, en mi opinión, el que impulsó la renovación de la neurología en nuestro país”.

Su interés por el ictus surgió tempranamente, durante su formación MIR. “Enseguida me di cuenta –destacó– de la amplitud de la neurología y de la enorme trascendencia del ictus en el área de urgencias. Sin embargo, y como paradigma, la tarea del neurólogo ante la patología cerebrovascular se limitaba a muy poco, entonces a intentar distinguir la hemorragia del infarto y al diagnóstico de localización intracraneal siguiendo la añeja estela de Foix y Alajouanine. La falta de tratamientos producía desinterés del neurólogo por la patología cerebrovascular y una gran frustración para quien se implicaba en la asistencia a los pacientes”.

De sus primeros años en el Servicio de Neurología del Hospital de Navarra recordó la impronta del Dr. Gabriel Delgado, “que fue el principal artífice de mi interés por la patología cerebrovascular inculcándome su meticulosidad, rigor, experiencia, conocimiento clínico y el interés por la investigación de un modo especial en la hemorragia y lesiones subcorticales. Fruto de ello fue mi tesis doctoral”.

Ha sido testigo de los importantes cambios que ha vivido la neurología en el diagnóstico y tratamiento en todos los campos de la Neurología (enfermedades cerebrovasculares, epilepsia, demencias, trastornos del movimiento, cefaleas, enfermedades desmielinizantes, cefalea, neurooncología) y el desarrollo y evolución de la neurología con la aparición de las unidades. “La Sociedad Española



En el Salón del Trono junto a Beatriz Zandio, que hizo la semblanza del galardonado.

de Neurología (SEN) y el Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares (GEECV), de la mano primero de Gabriel Delgado y posteriormente de Eduardo Martínez Vila, me han permitido seguir aprendiendo y han sido un pilar fundamental en mi crecimiento como neurólogo”.

Se refirió al factor humano, a la buena relación médico-paciente, que sigue siendo fundamental: “La tecnificación extremada del diagnóstico y el tratamiento impide con frecuencia que entre el médico y el enfermo se establezca un contacto suficientemente humano. Escuchar, atender, aprender, de la humanidad de nuestros pacientes. Nuestro trabajo debe estar centrado en el paciente y su familia. A pesar de los protocolos, a veces excesivamente rígidos, debemos velar siempre por una buena práctica clínica y tener siempre en cuenta las decisiones de los pacientes. No olvidemos que muchos tratamientos en neurología deben ser individualizados”.

Terminó su discurso, compartiendo el premio con el recuerdo y gratitud a pacientes y sus familias. Y también a los médicos y profesionales sanitarios activos y jubilados. “Quiero dar las gracias a quienes me han ayudado en mi devenir humano y médico a lo largo de estos años. Que no han dejado de enseñarme y transmitirme la importancia que tiene el trabajo bien hecho, el servicio desinteresado, el interés real por los demás y la alegría, que se transparenta. Gracias a los grandes maestros de los que aprendí por su dedicación, su disponibilidad, su sincera amistad y por encima de todo, su bonhomía. Gracias a mi familia, mi centro y mi guía. Me siento muy afortunado”.



Trayectoria profesional del Dr. Gállego

El Dr. Jaime Gállego Culleré (Mollerussa, Lleida, 1951) es licenciado y doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Navarra, y especialista en Neurología. Tiene cuatro hijos, dos hijas y dos hijos, uno de ellos ha seguido sus pasos y es neurooncólogo en la Clínica Universidad de Navarra.

Fue Jefe del Servicio de Neurología del Complejo Hospitalario de Navarra, promotor y coordinador de la Unidad de Ictus del antiguo Hospital de Navarra y, desde 1986, profesor clínico asociado de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Es una de las principales autoridades del ictus en España.

Ha sido vocal de la Junta del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares (CEECV) de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y, posteriormente, coordinador. Desde 2017 fue el director Médico del Centro Neurológico de Navarra, miembro de la American Heart Stroke Association y de la European Stroke Organization.

En 2018 recibió una distinción de la Sociedad Española de Neurología (SEN), en concreto, el Premio SEN Ictus en la modalidad científica: "por ser una referencia en materia en prevención y tratamiento del ictus y por haber desarrollado una intensa labor de investigación y divulgación sobre el abordaje de esta enfermedad neurológica". En 2019 fue nombrado miembro numerario de honor de la SEN.

En 2022 se constituyó el Grupo Multidisciplinar sobre Ramón y Cajal para impulsar el legado del científico, Premio Nobel en Fisiología y Medicina, nacido en Petilla de Aragón, y el Colegio de Médicos nombró como su representante al Dr. Jaime Gállego.

Premio

Dr. Sánchez Nicolay

El Premio Dr. Sánchez Nicolay a las Buenas Prácticas Médicas, que otorga el Departamento de Salud y el Colegio de Médicos de Navarra, 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 profesionales médicos de la sanidad navarra que, día a día, dan su vida por el paciente. Es un premio a la dedicación, el interés por la persona enferma, la empatía, la preocupación por la buena práctica y la ética profesional", destacó Rafael Teijeira en su intervención.

En ediciones anteriores fueron reconocidos con el premio Doctor Sánchez Nicolay a las Buenas Prácticas Médicas:

- 2021 Félix Bárcena Amigo y Juan M^a Guergué Irazábal,
- 2019 Pedro Errasti Goenaga,
- 2018 Salvador Carrascosa,
- 2017 Jesús Elso Tartas,
- 2016 Juana María Zubicoa,
- 2015 Jone Aizarna Rementería,
- 2014 Juan Luis Guijarro García,
- 2013 José Manuel Cenzano,
- 2012 Francisco Javier Barberena,
- 2011 Jesús Viguria y
- 2010 Manuel Gállego Culleré.



Guillermo García y Julio César Moreno ganan las Becas MIR 2022

Viajarán a Inglaterra y Estados Unidos para ampliar su formación MIR.

La Fundación del Colegio de Médicos de Navarra, con el patrocinio de Laboratorios Cinfa, ha concedido las Becas Dr. Ignacio Landeche de apoyo a la formación MIR a Guillermo García Porrero, MIR de cuarto año en la especialidad de Anatomía Patológica en la Clínica Universidad de Navarra (CUN) y a Julio César Moreno Alfonso, MIR de cuarto año de la especialidad de Cirugía Pediátrica en el Hospital Universitario de Navarra (HUN).

Las Becas, dotadas con 3.000 euros cada una, permitirán

financiar la estancia de Guillermo García en el Hospital Universitario Queen Elizabeth de Birmingham (Inglaterra) y de Julio César Moreno Alfonso en el Hospital Infantil de Cincinnati de Ohio (Estados Unidos).

El acto de entrega de los premios ha contado con la presencia del presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teijeira; el presidente de Laboratorios Cinfa, Enrique Ordieres y el Dr. Manuel Landeche, hermano del que fuera vicepresidente del Colegio y que da nombre a las Becas.

*En la entrega de las becas:
Manuel Landeche, Julio César Moreno (ganador), Rafael Teijeira, Gillermo García (ganador) y Enrique Ordieres.*



Guillermo García Porrero, MIR de cuarto año en la especialidad de Anatomía Patológica en la Clínica Universidad de Navarra (CUN), hará su estancia en el Hospital Universitario Queen Elizabeth de Birmingham (Inglaterra)



Tumores de hígado y trasplantes en Birmingham (Inglaterra).

“El hepatocarcinoma –explica Guillermo García– es uno de los pocos tipos de cáncer cuya prevalencia sigue aumentando en los países occidentales. Es el más común originado en hígado y suele diagnosticarse en etapas avanzadas, cuando las opciones terapéuticas se ven bastante disminuidas”. La Beca permitirá al Dr. García Porrero familiarizarse con innovadoras estrategias diagnósticas y aplicar a su vuelta los conocimientos directos e indirectos de su rotación en el Departamento de Patología Celular del Hospital Queen Elizabeth de Birmingham, un centro de reconocido prestigio internacional en hepatopatología y patología de trasplantes.

En Birmingham podrá, además, aprender y desarrollar metodologías de investigación innovadoras, como técnicas de imagen basadas

en citometría de masas, “enfocándolas particularmente en el estudio del microambiente tumoral del hepatocarcinoma y su relación con la respuesta de estos pacientes a la inmunoterapia”.

Otros objetivos que se plantea el ganador de la Beca MIR 2022 es ahondar en el estudio y diagnóstico de patología de trasplantes, con interés especial en el diagnóstico y fisiopatología del rechazo celular y humoral, y conocer y aprender nuevas herramientas de inteligencia artificial (machine learning), aplicándolas en el campo de la hepatopatología.

Destaca que, además, su estancia en Birmingham facilitará “el avance en líneas de investigación de hepatocarcinoma que actualmente se desarrollan en la Clínica Universidad de Navarra (CUN) y en el Centro de Investigación

Médica Aplicada (CIMA), bajo la formación y dirección del Dr. Argemí, Dr. Sangro y Dr. Ávila”; y contribuirá a fortalecer una red de colaboración para el desarrollo de proyectos multicéntricos, “que tendrá un impacto profundo en el desarrollo de nuevas estrategias de diagnóstico y tratamiento de pacientes con estas patologías en Navarra”.

Guillermo García explica que el centro elegido para su estancia “tiene una larga tradición en hepatopatología y patología de trasplantes, dirigido durante muchos años por el Profesor Stefan Hübscher, cuyo trabajo asistencial e investigador, así como su colaboración y pertenencia a grupos de Patología Hepática de conocido prestigio internacional, han sentado las bases del equipo actual liderado por la Dra. Rachel Brown”.



*Julio César
Moreno
Alfonso, MIR de
cuarto año de
la especialidad
de Cirugía
Pediátrica en
el Hospital
Universitario de
Navarra (HUN),
irá al Hospital
Infantil de
Cincinnati de
Ohio (Estados
Unidos).*

Cirugía Fetal y Neonatal en Ohio (Estados Unidos)

En febrero de 2023, Julio César Moreno Alfonso viajará a Ohio (Estados Unidos) para realizar una estancia de un mes en la Unidad de Cirugía Fetal y Neonatal del Hospital Infantil de Cincinnati, bajo la tutoría del Profesor José Luis Peiró. El Dr. Moreno destaca que la citada Unidad es una de las más sofisticadas y efectivas del mundo "gracias a una tecnología de vanguardia y el desarrollo de técnicas quirúrgicas novedosas, especialmente en el campo de la fetoscopia, endoscopia y cirugía neonatal de mínima invasión".

El Dr. Moreno podrá adiestrarse en el manejo integral y multidisciplinario de las malformaciones congénitas, "desde el diagnóstico y consejo prenatal hasta el seguimiento en la adolescencia a pacientes que han nacido con estas malformaciones y que fueron operados en la vida intrauterina o en la edad neonatal". Otro de los objetivos principales de su estancia es la familiarización con las Unidades de Transición desde las especialidades pediátricas a las de adultos, para iniciar su implementación progresiva en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea porque "son el

modelo de atención ideal al que debemos apuntar".

Combinará la actividad asistencial con investigación básica y traslacional en enfermedades congénitas y desarrollo de nuevas terapias. "La producción científica del centro es la de mayor impacto en la cirugía fetal y neonatal actual y todos los rotantes tienen la oportunidad de participar en estas actividades curriculares. Es un factor añadido que hace de ésta una experiencia teórica, práctica y científica completa". El centro dispone de un laboratorio de simulación clínica y realidad virtual que permite al cirujano en formación sumergirse en un escenario quirúrgico cuasi real.

Las enfermedades y malformaciones congénitas representan una importante carga de morbimortalidad para la sociedad, causando una de cada cuatro muertes en la población menor de cinco años. Según el Dr. Moreno, "las estadísticas reflejan un aumento en su incidencia, probablemente por la migración, embarazos en población más envejecida y concepciones mediante técnicas de reproducción asistida". Añade que "en los últimos años se han desarrollado

estrategias de detección precoz y técnicas novedosas para tratar este tipo de malformaciones desde la vida fetal y en la edad neonatal cada vez con mayor éxito, sin embargo nuestros resultados siguen siendo ampliamente mejorables".

Concluye que "el pronóstico de estos pacientes está directamente relacionado con el tratamiento quirúrgico y el cirujano debe estar capacitado para resolver la situación en un único acto operatorio, debido a la gravedad de estas condiciones y la fragilidad del feto/recién nacido".

13 candidaturas

Desde su creación hace ahora 15 años, las becas han permitido la estancia formativa de 27 Médicos Internos Residentes de Navarra en centros de EEUU, Inglaterra, Canadá, Japón, Francia e Italia, entre otros destinos elegidos.

En esta decimoquinta edición se han presentado 13 solicitudes (6 del Hospital Universitario de Navarra, 6 de la Clínica Universidad de Navarra y una de Atención Primaria).



**AHORA TUS
EVENTOS
TAMBIÉN
VIRTUALES**

**ORGANIZAMOS TU CONGRESO ONLINE,
PRESENCIAL O SEMIPRESENCIAL**



**ACCESO
PRIVADO**



**VENTA DE
ENTRADAS**



**AULA
ONLINE**



STREAMING

PRESENCIAL

Control de acceso y venta de entradas automática a través de nuestra tienda online.

ONLINE

Reduce costes alquilando nuestros espacios virtuales donde podrás acoger a todos tus invitados.

SEMIPRESENCIAL

Vende entradas presenciales y online. Disfruta de nuestras instalaciones y nosotros nos encargamos del resto.



EMAIL DE CONTACTO jmagallon@medena.es **MÁS INFORMACIÓN** pamplonacongresos.es

**TU EVENTO
DE EXTREMO
A EXTREMO**



El cirujano maxilofacial **Iñigo Calvo**, ganador de la Beca Senior 2022

Viajará a Milán para formarse en fisuras labio-palatinas.

La Fundación Colegio de Médicos de Navarra ha entregado su Beca Senior 2022 a **Iñigo Calvo Archanco**, especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario de Navarra (HUN).

La beca está dotada con 2.500 euros y permitirá al Dr. Calvo completar su formación en fisuras labio-palatinas en el Hospital San Paolo e Carlo de Milán (Italia).

Actualmente, el Dr. Calvo trabaja en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario de Navarra (HUN), donde forma parte del equipo que se dedica al tratamiento de la patología infantil y que atiende todo tipo de patologías de cabeza y cuello de pacientes hasta los 18 años. Entre las lesiones más numerosas, se encuentran las fisuras labio alvéolo-palatinas.



La malformación congénita más frecuente

El Dr. Calvo explica que la fisura labio-palatina es la malformación congénita facial más frecuente, afectando a uno de cada 700 recién nacidos. "El defecto puede afectar solo al labio (fisura labial) o solo al paladar (fisura palatina o paladar hendido), de forma completa o incompleta, unilateral o bilateral. Frecuentemente, pueden verse afectados ambos (fisura labiopalatina)".

Esta patología tiene efectos en la alimentación, la audición, el habla y la dentición, por lo que los pacientes son valorados por un equipo multidisciplinar formado por Cirujanos Orales y Maxilofaciales, Otorrinolaringólogos, Logopedas y Ortodoncistas.

Los pacientes con fisuras labio-palatinas van a necesitar múltiples intervenciones quirúrgicas a lo largo de su vida, como la queiloplastia (entre el tercer y sexto mes de vida), palatoplastia (9-18 meses), cirugía de insuficiencia velofaríngea (6-7 años), alveoloplastia (9-12 años), rinoplastia (17-18 años), cirugía ortognática (en

ocasiones se precisa una vez concluido el crecimiento) y cirugía de secuelas. Además de todas estas intervenciones quirúrgicas, estos pacientes requieren la asistencia de todos los especialistas que componen la Unidad de FLAP (fisura labio alveolo-palatina).

La calidad de vida de estos niños y niñas, tanto a nivel funcional como estético, va a depender del éxito de todas estas cirugías. En este sentido, el Dr. Calvo subraya que "deben ser realizadas de la mejor forma posible para que el resultado final sea óptimo tanto a nivel funcional como estético".

El Dr. Iñigo Calvo advierte de las consecuencias emocionales y psicológicas derivadas de estas malformaciones. "La fisura labio alveolo-palatina, al tratarse de una afección muy llamativa que afecta al rostro, se convierte en un suceso difícil de llevar tanto para la familia como para el niño o niña a medida que va transcurriendo el tiempo. La fisura suele ser objeto de rechazo en algunos menores".

¿Por qué Milán?

Continuar formándose para ofrecer a sus pacientes el mejor tratamiento es la motivación que ha llevado al Dr. Calvo a solicitar la Beca Senior del Colegio de Médicos de Navarra para una estancia formativa de un mes en el Hospital San Paolo e Carlo de Milán (Italia), centro de referencia de fisura labio alveolo-palatina a nivel europeo.

En dicho hospital se encuentra el servicio "Smile-House" dirigido por el Dr. Luca Autelitano junto con la Dra. Maria Costanza Meazzini, que cuenta con más de 50 publicaciones científicas, todas ellas centradas en pacientes con fisura labio alveolo-palatina. Son, además, los organizadores del prestigioso curso ECPA (conocido a nivel internacional en el ámbito de la cirugía maxilofacial). "Se trata de un centro de referencia –explica el Dr. Calvo– en el que realizan diariamente cirugías en pacientes con fisura labio-palatina y consultas interdisciplinares. Allí se remite a pacientes de todo el país por lo que tratan casos de mucha complejidad".

Poder acudir durante un mes a dicho Hospital y aprender de la experiencia del Dr. Autelitano y su equipo es para Íñigo Calvo "una oportunidad única para formarse en los protocolos quirúrgicos, de fisioterapia, ortodóncicos y de manejo del paciente que llevan a cabo en uno de los centros de referencia a nivel europeo de fisura labio alveolo-palatina, para después implementarlos en Navarra. Gracias a la Beca Senior podemos tener un impacto de enorme beneficio para los pacientes navarros", concluye el doctor premiado.



El Dr. Íñigo Calvo Archanco, ganador de la Beca Senior 2022 del Colegio de Médicos de Navarra, es especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, trabaja en el Hospital Universitario de Navarra (HUN) y viajará a Milán para formarse en fisuras labio-palatinas.

Formación académica

Íñigo Calvo Archanco (1989) es licenciado en Medicina por la Universidad de Navarra. Realizó la residencia en el Hospital Universitario La Paz (Madrid). En el año 2019, se incorporó al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario de Navarra (HUN).

Es experto en Implantología Oral por la Universidad de Burgos, máster en Medicina Estética, Regenerativa y Antienvjecimiento en la Universidad Complutense de Madrid y máster internacional en implantología estética, regeneración y periodoncia avanzadas por la Universidad Católica San Antonio de Murcia y la New York University College of Dentistry.

Undécima edición

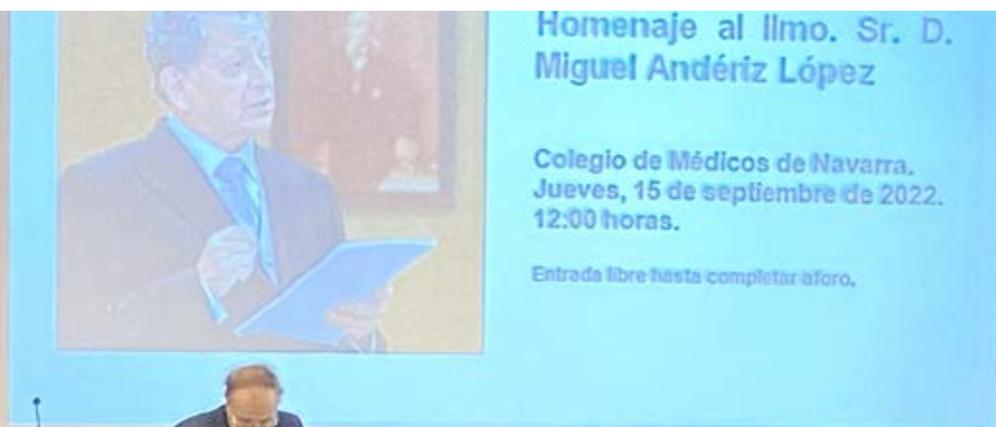
El presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Dr. Rafael Teijeira, dio a conocer el fallo del Jurado de la Beca Senior 2022, en su undécima edición, a la que se presentaron cuatro candidaturas, dos de ellas pertenecientes al ámbito de la Atención Primaria.

En ediciones anteriores ganaron la Beca Senior: José Ignacio Herrero para una estancia formativa en el Hospital Universitario de Northwestern de Chicago; Víctor Valentí en el Departamento de Cirugía Bariátrica y Metabólica del Cleveland Clinic de Florida; María Sagaseta de Ilurdoz en la Unidad de Oncología del Dana Farber/Boston Children's Hospital de Boston; Idoya Zazpe en el Centro de Cirugía de Base de Cráneo del Hospital Universitario de Pittsburgh; Ignacio Gil Bazo en el Departamento de Patología Molecular Translacional del MD Anderson Cancer Center de Houston; Fernando Rotellar en la División de Cirugía Hepatobiliar y Pancreática del Carolinas Medical Center de Carolina del Norte; Patricia Fanlo en la Unidad de Vasculitis y Lupus del Hospital Universitario de Cambridge; Maite Ruiz Goikoetxea en el Leigh House Hospital de Winchester (Reino Unido); Pedro Antonio De la Rosa en el Instituto de Ciencias Sociales Cuantitativas de Harvard (EEUU) y David Nagore en el Departamento de Anestesiología y Cuidados Intensivos del Hospital Bichat-Claude-Bernard de París.

Homenaje al Dr. Miguel Andériz por su trayectoria y humanidad

Celebración conjunta de la Real Academia de Medicina de Zaragoza y el Colegio de Médicos de Navarra.

Ambas instituciones, amigos, familia, compañeros de profesión y discípulos de los múltiples y diferentes ámbitos en los que el Dr. Miguel Andériz ha participado, elogiaron su personalidad brillante y humilde, sabia y juiciosa, reflexiva, académica e investigadora.



En la mesa presidencial, Luis Miguel Tobajas, presidente de la Real Academia de Medicina, Rafael Teijeira, presidente del Colegio de Médicos de Navarra, y el Dr. Andériz.

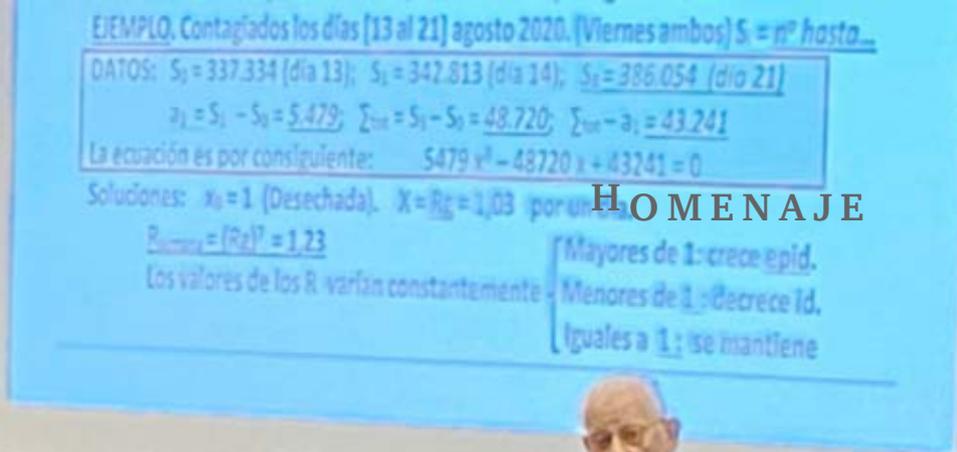
El homenaje se celebró el 15 de septiembre, en un acto en el que participaron Rafael Teijeira, presidente del Colegio de Médicos de Navarra, y Luis Miguel Tobajas, presidente de la Real Academia de Medicina de Zaragoza. En sus intervenciones resaltaron la humanidad y buen hacer médico del Dr. Andériz, su entrega a la docencia y su permanente curiosidad en proyectos de investigación y dirección de tesis. La consejera de Salud, Santos Induráin, en una carta dirigida al homenajeado, destacó su “don docente magistral, capaz de hacer fácil lo difícil. Siempre dispuesto a ayudar

a quien lo necesitara a saber reflexionar y “darle la vuelta a los números estadísticos”.

“Las personas que lo han conocido bien –subrayó la consejera– alaban su gran sentido de la responsabilidad, la prudencia en sus deliberaciones y la profundidad de sus creencias. También su disposición al diálogo y la agilidad de su mente en conversaciones fructíferas, en las que siempre estaba dispuesto a escuchar a los demás. Como en la naturaleza, también en la vida, Miguel Andériz es alguien que abre camino al tiempo que camina, haciéndonos el tránsito más fácil a

los que venimos detrás siguiendo sus pasos”.

El homenaje concluyó con la conferencia sobre “Control de epidemias mediante matemáticas elementales”, en la que Miguel Andériz aúna conocimientos de Medicina (toda una vida de asistencia, docencia e investigación) y Matemáticas (Licenciado y Doctor en Ciencias Matemáticas) para crear un modelo matemático, a través de progresiones geométricas, que ayude a resolver más fácilmente los indicadores de la pandemia COVID y las futuras pandemias que se puedan presentar.



HOMENAJE



El homenajeadó impartió una conferencia sobre "Control de epidemias mediante matemáticas elementales".

ENTRE ZARAGOZA Y PAMPLONA

Luis Miguel Tobajas Asensio, presidente de la Real Academia de Medicina de Zaragoza hizo un bosquejo biográfico de los relevantes méritos del Dr. Andériz, Doctor en Medicina y Cirugía y en Ciencias Matemáticas, Profesor Emérito en la Universidad Pública de Navarra y miembro de la Real Academia de Medicina de Zaragoza y de la Real Academia Nacional de Medicina (Biomatemáticas).

Nació en Zaragoza en enero de 1931. Su infancia coincide con la guerra civil y la posguerra. "Años muy difíciles, que modularon su carácter imprimiendo fortaleza ante las adversidades", subrayó Luis Miguel Tobajas. Obtuvo el grado de Doctor en Medicina en el año 1958, a los 27 años, con la calificación de Sobresaliente Cum Laude. Inició su labor asistencial, investigadora y docente en la Cátedra de Patología y Clínicas Médicas B dirigida por el Prof. D. Enrique de la Figuera en el Hospital Provincial de Nuestra Señora de Gracia, fue profesor ayudante de clases

prácticas de Patología y Clínicas Médicas desde 1954 a 1964 y profesor adjunto de la misma disciplina desde 1966. Completó su formación especializada en diversos hospitales de París como el Hospital Broca, Hospital Salpetriere y Hospital Claude Bernard, entre otros.

El año 1968, el Dr. Andériz se trasladó a Navarra, donde fue profesor y Jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital de Navarra por concurso de méritos, desde el año 1968 hasta su jubilación. Fue, además, Director Médico del Hospital de Navarra desde el año 1979 hasta el año 1983.

Ha sido miembro del CSIC como vocal de Ciencias de la Institución "Príncipe de Viana" de Navarra, miembro de los Cuerpos Docentes de la Universidad Española (oposiciones nacionales) y primer Director de la Escuela Universitaria de Enfermería de Zaragoza.

Es autor de numerosos trabajos (170 publicaciones. 35 de ámbito internacional), ha pronunciado incontables conferencias en su vida y ha dirigido más de 50 tesis doctorales.

ACADÉMICO CUM LAUDE

De su paso por la Real Academia de Medicina de Zaragoza, Luis Miguel Tobajas recordó que ingresó el 3 de mayo de 2007 con un "primoroso" discurso: "La estadística y los profesionales de ciencias de la salud" y leyó el discurso inaugural del año 2017 sobre "El caos y la medicina".

El Dr. Andériz fue Bibliotecario desde 2009 al 2014 y Tesorero desde 2015 al 2020, con tres Juntas Directivas diferentes. "Todos los Académicos –destacó Luis Miguel Tobajas– valoramos la enorme aportación que ha realizado y realiza Miguel, todos tus compañeros te tenemos un especial cariño y afecto. Tu homenaje te lo has ganado a lo largo de estos años, tu asistencia inquebrantable a las Sesiones Científicas de la Academia, incluso en momentos muy difíciles de tu vida familiar. Tu participación activa y continuada, y desde luego tu saber estar en todo momento, y tu extremada educación y afecto con todos tus compañeros, te hacen acreedor de nuestro cariño, respeto y consideración".



Entrevista con **Miguel Andériz**

“ Desde mi jubilación me dedico a elaborar un libro de Biomatemáticas ”

-Matemático y médico, un binomio poco frecuente ¿qué le ha aportado a lo largo de su trayectoria?

-Siempre me gustaron las matemáticas. Comencé por estudiar Medicina cuando terminé la enseñanza media en Zaragoza. Después de algunos años de trabajo en el Hospital de Navarra, decidí realizar la carrera de Ciencias Matemáticas, que comencé en Zaragoza y terminé en la UNED. No mucho después me doctoré en esta disciplina en la Universidad Pública de Navarra. Desde que me jubilé me dedico a dos cosas: elaborar un libro de Biomatemáticas y trabajar en Investigación de dicha materia. Actualmente estoy terminando el texto indicado.

Ingreso de Miguel Andériz en la Real Academia de Zaragoza (mayo de 2007).



-¿En qué principales áreas de la Medicina los estudios matemáticos están siendo más relevantes?

-El campo de la biomedicina es muy extenso. Dejando aparte la Estadística como la rama más utilizada en la Medicina, podemos hablar de un sinfín de cosas: La importancia de la Matemática en todo tipo de exploraciones funcionales, en cuestiones de genética, en la propagación de epidemias, en oncología, y en una lista interminable. Para hacernos una idea, diré que elaborar un texto de biomatemáticas es una tarea gigantesca. Personalmente creo que no tardará mucho tiempo en ser una asignatura obligada de la Medicina y aun así quedará muy lejos de sus posibilidades.

-La ciencia médica es inexacta porque en ella existe el factor de reacción biológica de cada enfermo, que es imprevisible a normas previas y establecidas. La Medicina ¿es infinitamente variable?

-La diferencia entre la medicina de tan solo hace unos años y la actual es inmensa. Hoy estamos viendo por todas partes la denominada Medicina personal de la que cada vez se exponen nuevas conferencias y artículos. Se habla de la Medicina de Precisión, mantenida entre otras cosas con técnicas como la biopsia líquida, la cirugía robótica, la ingeniería del genoma, la medicación personalizada científicamente y un sinfín de novedades a cual más interesantes. Si las plazas de Profesorado Universitario se adjudican sin prejuicios políticos ni sectoriales, los estudios y las prácticas de la medicina van a ser diferentes para cada generación.

Con esto contesto a la pregunta afirmando que la forma de enseñarla puede ir cambiando indefinidamente. Esta Ciencia va camino de la exactitud en su aprendizaje y en su ejercicio.

“ El riesgo que tiene la Medicina es protocolizarse en todos sus aspectos ”

-Y existe el factor humano...

-El riesgo que tiene la Medicina es ni más ni menos que protocolizarse en todos sus aspectos. Afortunadamente vemos que esto también cambia. Por ejemplo, los protocolos médicos han sido mejorados con las guías clínicas y éstas con la enseñanza personalizada, antesala de la medicina personalizada. El suspenso del alumno es el fracaso del profesor. El factor humano es imprescindible no solo en el ejercicio profesional sino también en su enseñanza. Si alguna disciplina es humanizable, ésta es la Medicina en todos sus aspectos.

HOMENAJE

CONTROL DE EPIDEMIAS

-Ha presentado un modelo para el control de epidemias mediante matemáticas elementales. Los actuales modelos de propagación ¿son válidos?

-Es mucha y muy importante la labor basada en modelos matemáticos. Ya desde el siglo XVIII Daniel Bernoulli, médico y matemático fijó su atención en los modelos matemáticos, entre otros los de las epidemias. Basta consultar la Wikipedia en internet para comprobar las preocupaciones de muchas más personas que lo que puede suponerse. Tal vez se fijó antes el interés de los médicos por las matemáticas. A la hora de la eficacia ante las epidemias tiene tanta importancia la matemática elemental, particularmente las progresiones geométricas, como la matemática avanzada: ecuaciones en diferencias y diferenciales, procesos de integración y un nada corto etc. Casi todos los modelos que conocemos para el conocimiento y control de las epidemias tienen su particular interés, no exento de no pocos fallos.

-¿Qué aporta su modelo centrado en el estudio de las sucesivas olas de COVID 19?

-En tiempos anteriores la evolución de una epidemia era controlable con facilidad y en consecuencia en gran parte previsible. Sin embargo actualmente hay que tener en cuenta dos elementos nuevos: la frecuencia de fenómenos aleatorios imprevisible y la mayor facilidad de mutación

genómica con la consecuencia de que ya no resulta fácil dicho control. Este es plenamente el caso del Covid-19, como lo muestran crecientes publicaciones y al que he dedicado especialmente una parte de mis trabajos recientes. Esto dificulta la eficacia de las vacunas y contribuye a alargar la duración de la epidemia. Aún no hemos salido del todo del peligro de estas oleadas epidémicas, al que contribuye no poco la relajación social que acompaña a las fases de mejoría.

-Concluye que las epidemias, aunque no se traten con medicamentos específicos, acaban por "agotarse" ¿Cómo ocurre?

-Es complejo el proceso actual de extinción de las epidemias. Hay que tener en cuenta el por qué se agotaban las epidemias históricas: desde falta de pacientes infectados hasta la introducción de vacunas y antibióticos, no eficaces éstos a veces. Una posible razón de su extinción puede ser explicada por la ley de Hardy y Weinberg que utiliza el cálculo de probabilidades de las uniones genómicas, regidas por los fenómenos aleatorios, que en virtud de las leyes de los grandes números dan lugar a fenómenos inesperados incompatibles con la vida de los gérmenes productores pero ocasionalmente posibles. Aquí tiene su interés la denominada topología genómica.

Autoridades, compañeros y discípulos, amigos y familia con el homenajeado.



“ No he
hecho nada
extraordinario.
Simplemente me
limito a cumplir
con mi deber ”

**CAOS Y
MEDICINA**

-En 2017 impartió la sesión inaugural en la Real Academia de Medicina de Zaragoza sobre “El caos y la Medicina”.

Cuanto menos asusta el título.

-El llamado CAOS es un concepto matemático y no un desorden absoluto. Tiene sus propias leyes y aplicaciones en medicina, por ejemplo en oncología. Es más, se habla de que la salud goza de componentes caóticos. Ahí tenemos el latido cardíaco como ejemplo. Tienen elementos caóticos el electrocardiograma y el encefalograma. Son ya muchas las publicaciones que tratan del orden dentro del caos, incluso es caótico el mantenimiento de nuestra salud.

-Muchos de sus discípulos admiran su humanidad y su sabiduría. ¿Qué aconseja a las nuevas generaciones?

-De mi humanidad no vale la pena hablar. De mi sabiduría no quiero dejar pasar lo que dije en el transcurso del homenaje que motiva esta entrevista. Agradecí el homenaje pero añadí lo que sigue: No he hecho nada extraordinario. Si he ejercido la medicina es porque la había estudiado a fondo, de la misma manera que las matemáticas. No es nada raro, por lo tanto, que tenga conocimiento de ambas cosas. Simplemente yo me limito a cumplir con mi deber. Los que sí que merecen homenaje, precisamente por el tratamiento de los infectados por el coronavirus, son los sanitarios: médicos, enfermeras, auxiliares y otros tipos de personal, que se han entregado a su prójimo y han padecido el contagio e incluso han fallecido en el ejercicio de su profesión. Ellos son los que se han excedido y a quienes dedico mi más sentido y conmovido homenaje.



*El Dr. Andériz
dedicó el
homenaje a
los sanitarios
por su entrega
durante la
pandemia.*

Homenaje a 75 jubilados en el 2022

67 médicos recibieron, además, la distinción de colegiado honorífico



Acto académico y entrega de insignias y diplomas en el Salón de Congresos.

La Vocalía de Médicos Jubilados del Colegio de Médicos de Navarra celebró durante los días 14 y 15 de diciembre su Reunión Anual, que culminó con la entrega de insignias a los 75 nuevos médicos jubilados y diplomas a los 67 colegiados honoríficos que durante el año 2022 cumplieron los 70 años.

El programa de actos comenzó con una misa en la Parroquia de San Nicolás, en recuerdo a los 18 médicos fallecidos en el año 2022 y que contó con la actuación del Coro del Colegio de Médicos de Navarra.

El día 15, la sede colegial fue el escenario para celebrar y honrar a los jubilados y honoríficos. Lluís Forga, vocal de Médicos Jubilados, les dio la bienvenida y ofreció datos de la evolución de una Vocalía que crece cada año. En la actualidad, está compuesta

por 909 médicos (597 hombres y 312 mujeres), que representan 19,4% de la colegiación.

El Dr. Forga enumeró las principales actividades realizadas a lo largo del año 2022, entre las que destacó la organización y preparación del programa de acompañamiento al médico jubilado enfermo, que se ha puesto en marcha a principios del 2023, o las reuniones mantenidas con el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea para impulsar la colaboración del personal sanitario jubilado, mediante el desarrollo de la OF 51/2015. En cuanto a las actividades lúdicas y culturales citó los viajes con "Me voy con Rafa", vacaciones en San Juan en Alicante, visita a museos, cursos de idiomas para jubilados con Clen College, campeonato de mus, campeonato de ciclismo y conciertos del Coro del Colegio de Médicos.

VISITAR LA GALERÍA DE FOTOS DE LA ENTREGA DE INSIGNIAS Y DIPLOMAS

JUBILADOS - COLEGIO DE MÉDICOS



Médicos y médicas jubilados en el 2022:

1. Ignacio Alberdi Ibañez,
2. Fernando Aldana Moraza,
3. María José Alfaro Hualde,
4. Teresa Sofía Añorbe Rodríguez,
5. Miren de Erkuden Aramburu Urtasun,
6. María Mercedes Aramendía López de Guereño,
7. José María Arejola Salinas,
8. Gregorio Armañanzas Ros,
9. María Pilar Arroyo Anies,
10. Emilio Arzo Sainz De Murieta,
11. María Luisa Barandiarán Bengoetxea,
12. Carlos Bardají Pascual,
13. Joan Boldu Mitjans,
14. María del Pilar Caballero García,
15. Fermín Ignacio Castiella Lafuente,
16. María Jesús Chocarro Arrondo,
17. María Carmen Cipriain Chocarro,
18. Justina Cubero Yuste,
19. María Idoya Díez de Ulzurrun Sagala,
20. Domingo Javier Díez Martínez,
21. María Socorro Echavarren Elizalde,
22. María Inmaculada Echávarri Arraiza,
23. José Javier Echeverría Salaverría,
24. Francisco Javier Eraso Rodríguez,
25. José Escribano Jarauta,
26. María Teresa Amparo Esquíroz Lauroba,
27. Ricardo José Ezcurra Irure,
28. Tarsicio Forcen Alonso,
29. María Teresa Fortún Pérez de Ciriza,
30. María Carmen Fuertes Goñi,
31. María Lourdes Galdeano Galdeano,

32. Rosa María Gallo Trebol,
33. María Aránzazu García de Eulate Ruiz,
34. María Antonia Goñi Cana,
35. Joaquín Grau Tasa,
36. Jorge Guridi Legarra,
37. José Javier Ilundain Suquia,
38. Ignacio Iribarren Udobro,
39. Fernando Jiménez García-Villoslada,
40. María Asunción Labayen Goicoechea,
41. María Isabel Latasa Micheo,
42. María Elena León Sánchez,
43. Sara Leoz Egea,
44. María Socorro Lizarraga Mansoa,
45. José Ignacio Lizarraga Urdiain,
46. María Lourdes Lopetegui Jaunsaras,
47. María Paz Lorente Valero,
48. César Genaro Maraví Petri,
49. Jesús Ignacio Martínez Chocarro,
50. Julio Carlos Morán Pi,
51. Francisco Javier Nicolás Roldán,
52. María Teresa Nosti Izquierdo,

53. María Pilar Ollaquindía García,
54. María Elena Osaba Arellano,
55. Luis Otermin Fagoaga,
56. María del Mar Palma Oña,
57. Víctor Peralta Martín,
58. María Carmen Pérez Lecumberri,
59. Alberto Agustín Pérez Tellería,
60. Melanya Poghosyan Avagyan,
61. Ángel Recarte Pérez-Ciriza,
62. Andrés Rivas Alonso,
63. María Asunción Salcedo Miqueleiz,
64. Melchor Sánchez Gracia,
65. Amaro Sánchez Moreno,
66. Francisco Javier Sesma Sánchez,
67. José Joaquín Sexmilo Baeza,
68. María Felisa Sos Ortigosa,
69. María Andresa Teres Mateo,
70. Ana Isabel Uriz Lusarreta,
71. Inmaculada Vega Ortega,
72. Carlos Villas Tome,
73. Juan José Yaniz Igal,
74. María Eugenia Yoldi Petri y
75. Abelardo Zardoya Sanz de Ayala.

Jubilados en el 2022 que asistieron al homenaje.



COLEGIO DE MÉDICOS - JUBILADOS

Médicos y médicas honoríficos:

1. María Villar Agudo Beira,
2. Jone Aizarna Rementeria,
3. María Mercedes Alcocer Gracia,
4. Jesús Javier Arana Domench,
5. Juan Luis Aranguren Álvarez,
6. Ana Arillo Crespo,
7. María Dolores Artajo Sánchez,
8. Eugenio Artieda Barandalla,
9. Manuel Pedro Ayechu Redín,
10. Trinidad Bandrés Echeverri,
11. Luís Miguel Barberena Ayesa,
12. Francisco Javier Barrios Sagardoy,
13. Natalia Brice López,
14. Fernando Antonio Calavia Calavia,
15. Garbiñe Caminos Valencia,
16. José Javier Catalán Andueza,
17. María del Patrocinio Chueca Rodríguez,
18. María Pilar Civeira Murillo,
19. Juan Ramón Corpas Mauleón,
20. Alberto Díaz Alfaro,
21. Luis Miguel Doiz Ruiz,
22. María Rosario Echávarri Videgain,
23. Víctor Manuel Eguía Astibia,
24. Fernando Escolar Castellón,
25. Francisco Javier Escribano Sánchez,
26. Alfonso Vicente Fernández Álvarez,
27. María Elena Figuerido Garmendia,
28. Francisco Javier Gambra Caminos,
29. Fernando Ganchegui Guisasaola,
30. María Dolores García de la Noceda Montoya,
31. Manuel García del Moral Payueta,
32. Domingo González de Echávarri Díaz,
33. Iñaki Goñi Zubiri,
34. María Milagros Hernández González,
35. José Luis Hernández Lizoain,
36. María Dolores Iriarte Maiza,
37. David Iturbe Larena,
38. Roberto Landa Olleta,
39. María Carmen Litago Gil,
40. Pedro Llorente Apat,
41. Marina López Aldaz,
42. María Jesús Martínez Álvarez-Nava,
43. Miguel Ángel Martínez Bermejo,
44. María Isabel Martínez Montero,
45. Pedro Marzo García,
46. Juan Antonio Montesinos Vales,
47. Miguel Ángel Muñoz Navas,
48. Monserrat Olcoz Vidal,
49. María Milagros Oreja Arrayago,
50. Fernando Pardo Sánchez,
51. Raimon Pèlach Paniker,
52. María Sofía Pérez Ibiricu,
53. María Pérez Rodríguez,
54. Luis Pezonaga Pérez,
55. Gemma Poignon Zugasti,
56. María Luisa Sanz Larruga,
57. Juan Alberto Tabar Sarrías,
58. José Javier Ulibarri Del Portillo,
59. Fernando Urzainqui Martínez,
60. Ignacio Ventura Pérez,
61. Francisco Vicente García,
62. Alejandro Román Vicondo Peña,
63. Jesús María Villalba Plano,
64. María Dolores Villar Casado,
65. Carlos Villas Tome,
66. Félix Zabalza Irigoyen y
67. Juana María Zubicoa Ventura.



Colegiados honoríficos en el 2022.

JUBILADOS - COLEGIO DE MÉDICOS



Conferencia del Dr. Larraz sobre "Enfermedad y muerte en la vida y el tiempo de Julián Gayarre. Historia de un maletín".



Lluís Forga, vocal de Médicos Jubilados y Pablo Larraz, médico y escritor.

Historia de un maletín

El médico y escritor Pablo Larraz impartió una conferencia sobre "Enfermedad y muerte en la vida y el tiempo de Julián Gayarre. Historia de un maletín".

La historia del maletín que Julián Gayarre regaló a su localidad natal, Roncal, fue el punto de partida para describir cómo era enfermar, curar y morir en tiempos de Gayarre.

El Dr. Larraz explicó que el maletín, que ha sido recuperado y restaurado por Gobierno de Navarra, lo compró el tenor en la primavera de 1877, durante su primera temporada artística en Inglaterra, en la prestigiosa casa Salomon Maw & Son, especializada en la fabricación y venta de material médico e instrumental quirúrgico de última generación.

El 24 de julio, desde París, Gayarre escribió una carta a su primo y amigo Gregorio Garjón, en la que pedía que le dijese al médico D. José Muñoz que le llevaba un regalo de Londres que "le iba a dejar bizco" porque el maletín "reunía el instrumental necesario

para afrontar las principales necesidades de la cirugía en aquel momento, así como algunas herramientas destinadas a cubrir otros escenarios a los que un médico rural podía enfrentarse: partos complicados, sondajes urinarios, realización de traqueotomías, cirugía ocular, etc".

Pablo Larraz detalló que se empleó por primera vez en una intervención quirúrgica realizada en Isaba/Izaba el día 25 de abril de 1891, fecha en la cual, tanto Gayarre como Muñoz, habían fallecido. El paciente con quien se "estrenó" el equipo fue un conocido de Gayarre: Fermín Zalguizuri, carpintero de 68 años, vecino de Isaba, afectado por graves problemas de circulación.



Jubilación del Médico: Cómo, cuándo y cuánto

Los tiempos cambian y la complicada situación que viven muchos profesionales en España está provocando una escalada de jubilaciones que hasta hace unos años era impensable. Según explicó Vicente Matas, coordinador del Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada, "hace unos años, muchos médicos que estaban próximos a la edad de jubilación, preguntaban si podían continuar trabajando unos años más. Ahora, con unas condiciones de ejercicio profesional muy penosas (masificación, presión asistencial, falta de sustitutos, acumulaciones, estrés...) son muchos menos los que quieren continuar y muchos más los que preguntan: *¿Cuándo me puedo jubilar?, no aguanto más, estoy agotado, en estas condiciones no quiero seguir.* Esto está ocurriendo sobre todo en Atención Primaria".

Con el fin de responder a las dudas de los médicos en torno a su jubilación, el Colegio de Médicos de Navarra organizó, el pasado 14 de noviembre, una mesa redonda presencial y online que contó con el Dr. Vicente Matas, coordinador del Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada, autor de sus múltiples estudios comparativos sobre guardias, carrera profesional, MIR, jubilaciones, etc. y representante de la profesión en cargos colegiales y vocalías nacionales. También participó en la mesa Mariano Benac, asesor jurídico del Colegio de Médicos de Navarra, para hablar sobre compatibilidad de la pensión con el ejercicio por cuenta propia de la profesión. Presentó a los ponentes



y moderó el debate, el Dr. Lluís Forga, vocal de Médicos Jubilados.

Las jubilaciones que se están produciendo en los últimos tiempos, están causando graves dificultades en los hospitales, Centros de Salud y consultorios porque "las plantillas de médicos, que ya eran insuficientes, se ven muy reducidas cuando, por falta de médicos de varias especialidades, no se cubren las jubilaciones y las cargas de trabajo se hacen insostenibles". En este sentido, Vicente Matas recalcó que "necesitamos presupuestos, plantillas y tiempo adecuados, planificación a medio y largo plazo y mejoras en las condiciones laborales, profesionales y retributivas para retener a los futuros jóvenes médicos especialistas y garantizar un SNS fuerte y eficiente".

*Mariano Benac,
Lluís Forga y Vicente
Matas en la sesión
sobre Jubilación del
Médico.*

JUBILADOS - COLEGIO DE MÉDICOS

El Dr. Vicente Matas es coordinador del Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada.

¿QUÉ GANO?, ¿QUÉ PIERDO?

El Dr. Matas subrayó que los médicos y todos los trabajadores que perciben sueldos por encima de la base de cotización máxima (4.139,40 en doce mensualidades en 2022) sufren importantes pérdidas retributivas con la jubilación. En médicos superan el 35% en casi todos los casos y más del 50% en muchos casos, especialmente para quienes hacen guardias. En el resto la pérdida es más pequeña con relación al último sueldo.

CUÁNDO JUBILARSE

En cuanto a la jubilación voluntaria anticipada, Vicente Matas aclaró que "los médicos funcionarios que cotizan a clases pasivas se pueden jubilar con la edad de 60 años y con 30 años cotizados. Su haber regulador es de 44.319,9 euros anuales en 2022 y se reconoce el 100% con 35 años cotizados. El importe que perciben, puede ser el tope máximo con 33 años cotizados, según el programa Simul@ de la web de clases pasivas.

En general, su edad de jubilación forzosa son los 65 años, pero el régimen de clases pasivas les permite continuar en activo hasta los 70 años, siempre que esté contemplado en el plan de recursos humanos de su administración.

Desde el 2013, la Seguridad Social permite la jubilación anticipada por voluntad del trabajador pero se aplican coeficientes reductores sobre la pensión reconocida, según base reguladora y años de cotización. Vicente Matas recomienda hacer varias simulaciones en "Tu Seguridad Social" para tomar una decisión acertada.



COMPLEMENTO DE DEMORA

Cuando se accede a la pensión de jubilación a una edad superior a la edad ordinaria de jubilación vigente en cada momento, siempre que al cumplir esta edad se hubiera reunido el período mínimo de cotización exigido y no tenga 70 años o más, se reconocerá al interesado un complemento adicional por cada año completo cotizado, a elegir entre:

1. Un porcentaje adicional del 4% por cada año completo cotizado después de cumplir la edad ordinaria, lo que supondrá un aumento de la cuantía de la pensión que puede superar la pensión máxima (112,77 al mes; 1.578,74 al año en 2022).
2. Una cantidad a tanto alzado por año cotizado, que depende de los años cotizados cuando se llega a la edad de jubilación y que va desde los 5.000 a los 12.000 euros. Se recibe en el momento de la jubilación. En general, esta opción no es recomendable.
3. Una combinación de ambas.

COMPLEMENTO BRECHA DE GÉNERO

Este complemento tiene efectos para la reducción de la brecha de género y parte de una cuantía fija de 27 euros al mes por hijo en el año 2021, hasta un máximo de 4 hijos. Se abona en 14 pagas. Solo puede cobrarlo uno de los progenitores.

El complemento tiene efectos para beneficio por cuidado de hijos si no se ha trabajado en algunos periodos; en los tres años posteriores al nacimiento, se pueden sumar como cotizados los periodos sin cotización hasta 270 días.

TIEMPO DE GUARDIAS

El tiempo de las guardias en general, no cotiza a la Seguridad Social al estar por encima del tope de cotización y no computa como tiempo trabajado. "Sin duda –defiende Vicente Matas– debería considerarse tiempo trabajado a efectos de jubilación y su retribución, que es inferior a la hora ordinaria, debería tener un tratamiento fiscal favorable. "Treinta años con guardias suponen cuarenta o más de jornada de trabajo ordinaria", aseguró el médico granadino.

SIMULACIÓN DE LA JUBILACIÓN

En la web www.seg-social.es se accede al apartado "Sede Electrónica", luego a "Tu Seguridad Social", como interesado, identificándose mediante certificación digital, cl@ve permanente, cl@ve pin o SMS si la SS dispone del móvil.

Informa del tiempo cotizado y el tiempo que falta para la jubilación ordinaria. Se puede modificar la fecha de jubilación, adelantándola o retrasándola para ver las repercusiones, con los datos reales de cotización.





TROMBOSIS con la **Dra. Julia Coll Vallier**, especialista en Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario de Navarra (**HUN**) y tesorera de la Asociación Vasco-Navarra de Hematología y Hemoterapia, **ASOVASNA**.



VIDEO TROMBOSIS

#PíldorasParaLaSalud



@MedenaColegio



“Tras un trombo, se aconseja retirar la anticoagulación de forma individualizada”

La Dra. Julia Coll Vallier, especialista en Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario de (HUN) Navarra y tesorera de la Asociación Vasco-Navarra de Hematología y Hemoterapia, ASOVASNA, indica en el siguiente vídeo que las localizaciones más frecuentes de un trombo son los pulmones y las piernas. Además, ofrece un recorrido por los diferentes tipos de anticoagulantes que existen actualmente y explica sus diferentes características.

La trombosis es una de las enfermedades más comunes y mortales de occidente y una de las menos conocidas. Se produce por la formación de un coágulo de sangre

que obstruye una vena o arteria, de manera que puede generar múltiples complicaciones, desde un infarto, hasta una enfermedad cardiovascular.

Sin embargo, la Dra. Julia Coll considera “muy raro que una persona presente un trombo y no se dé cuenta (aunque no es imposible)” y advierte que sus principales localizaciones son piernas y pulmón. En caso de que ocurra en una pierna, los síntomas que ofrece un trombo “son la inflamación, la pierna se pone roja y caliente y será difícil caminar”. Si el trombo se aloja en un pulmón “se suele notar falta de aire o dolor en alguna zona del pecho”.



SITUACIONES Y PACIENTES

La Dra. Coll recuerda que, en la mayor parte de los casos, la trombosis no ocurre de forma espontánea, "si no tras un reposo de más de tres días en domicilio, por ejemplo, por una rotura de un pie o por una gripe, o como consecuencia de un viaje de más de 4 horas sin movilización, por ejemplo, en avión, o tras un ingreso o cirugía".

No obstante, ocurre con mayor frecuencia en pacientes con antecedentes familiares de estos eventos, en pacientes con cáncer, embarazadas o pacientes con enfermedades autoinmunes.

Pueden existir trombosis sin síntomas o en zonas más raras como el abdomen, pero normalmente estas situaciones se producen en pacientes con más patologías como cirrosis, cáncer o infecciones importantes.

Ante estos síntomas se aconseja acudir a un centro hospitalario para realizar una ecografía de la pierna o un TAC de tórax para ver y localizar el trombo.

DISTINTOS TRATAMIENTOS

En caso de que se confirme la existencia de un trombo, el tratamiento que se prescribe es la anticoagulación, "es decir, una medicación que hace más líquida la sangre para que ese trombo no empeore", describe la hematóloga.

Actualmente, existen tres opciones terapéuticas. De inicio, la más habitual es la heparina de bajo peso molecular, que normalmente se inyecta en la tripa cada 24 horas. Se trata de un fármaco que cubre la Seguridad Social, no requiere controles cada poco tiempo con Hematología (suelen ser cada dos o tres meses) y no presenta interacciones con otros fármacos.

El segundo tratamiento es el 'sintrom', un fármaco oral, "muy eficaz,

aunque incómodo porque se debe tomar cumpliendo un calendario y obliga a controles cada poco tiempo en un centro sanitario". También está cubierto por la Seguridad Social. Otra ventaja de este fármaco es la existencia de varios antídotos para suprimir su efecto de forma más o menos rápida si se requiriera, por ejemplo, debido a un sangrado tras un accidente. Es un fármaco seguro en pacientes con insuficiencia renal grave o en diálisis.

Por último, los anticoagulantes de acción directa (hay cuatro diferentes), que también son orales, pero que, al contrario que el sintrom, no requieren controles ya que es una pauta fija de tratamiento. "Estos fármacos están contraindicados en nuestro país en casos de insuficiencia renal muy grave o diálisis", recuerda, y no los cubre la seguridad social para la trombosis.

RETIRADA DE LA ANTICOAGULACIÓN

Según indica la Dra. Coll, para retirar la anticoagulación, las guías médicas aconsejan a menudo hacerlo de forma individualizada. Si la trombosis se localiza en una pierna, "normalmente citaremos al paciente a los 3 meses con una nueva ecografía y una analítica con el dímero D que advierte de la predisposición a hacer otro trombo". Pero si el trombo fue consecuencia de un período de



reposo o cirugía, "y no hay antecedentes familiares ni personales de un trombo anterior, retiraremos la anticoagulación", indica. En caso contrario, es posible que se deba mantener "de forma indefinida", aunque para tomar esta decisión es aconsejable realizar un estudio de trombofilia y, en cualquier caso, seguir los consejos médicos.

Si el trombo se aloja en el pulmón, advierte, "solicitaremos revisión por parte de Neumología para que ayude a tomar la decisión de retirar o no el anticoagulante". La pauta de anticoagulación será la misma descrita para el caso de un trombo en la pierna.



MIGRAÑAS con la **Dra. María Martín Bujanda**, neuróloga del Hospital Universitario de Navarra (**HUN**) y responsable de la gestión de las consultas por cefalea.



VIDEO MIGRAÑAS

#PíldorasParaLaSalud



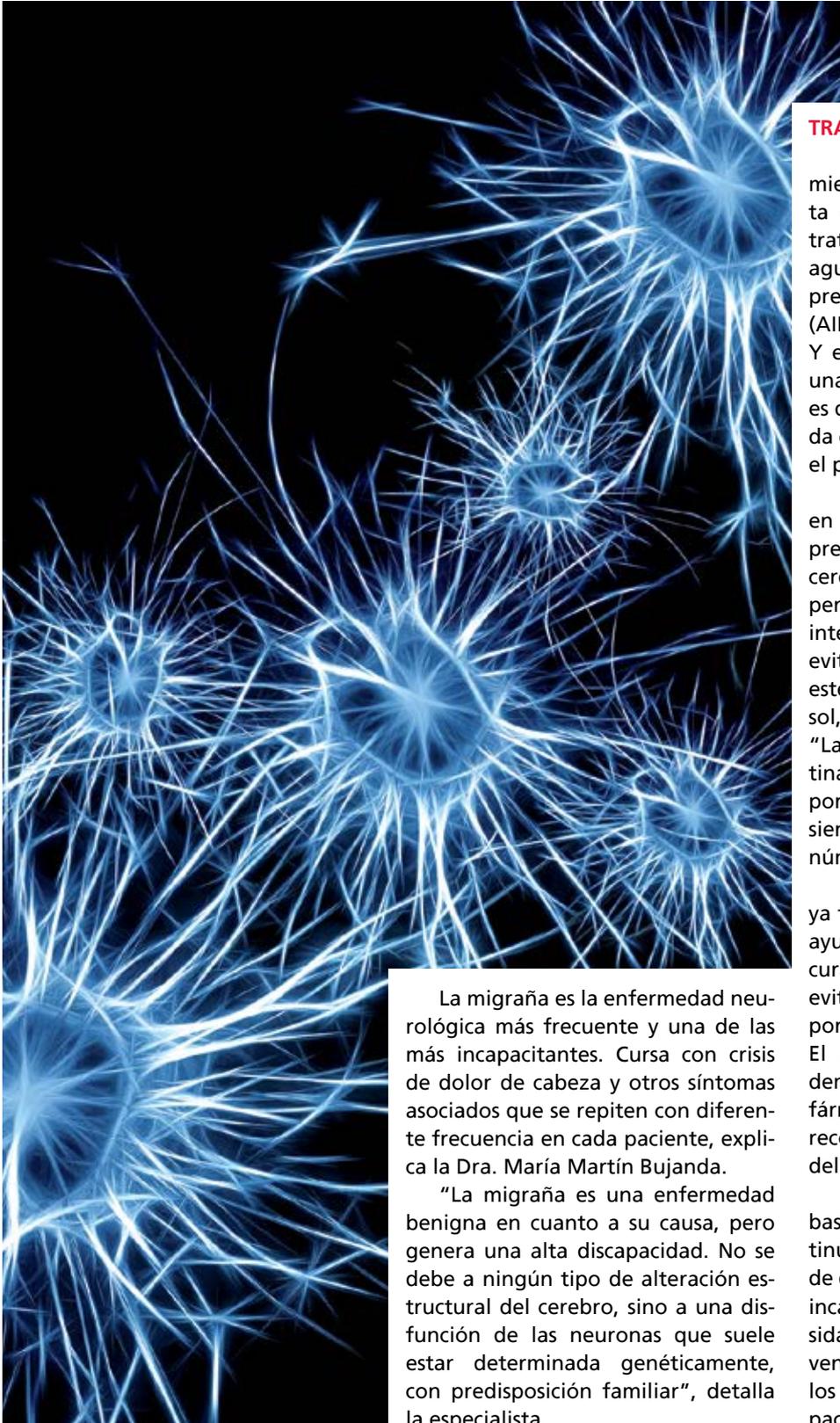
@MedenaColegio

La Dra. María Martín Bujanda, neuróloga del Hospital Universitario de Navarra y responsable de la gestión de las consultas por cefalea, afirma en el vídeo que las migrañas “no se deben a ningún tipo de alteración estructural del cerebro”.



COLEGIO OFICIAL DE
Médicos
de Navarra

“La migraña es una enfermedad benigna en cuanto a su causa, pero genera una alta discapacidad”



TRATAMIENTO

Según explica Martín, el tratamiento de la migraña se fundamenta en tres pilares. El primero es el tratamiento de cada una de las crisis agudas que debe hacerse de forma precoz y con los fármacos adecuados (AINES o triptanes) a dosis adecuadas. Y es que “la principal causa de que una migraña no esté bien controlada es que no se tratan de forma adecuada cada una de las crisis que presenta el paciente”, advierte.

El segundo fundamento reside en cumplir determinadas medidas preventivas no farmacológicas. “El cerebro migrañoso es un cerebro hipersensible a los estímulos externos intensos por lo que es recomendable evitarlos”, describe la neuróloga. Por este motivo, se aconseja usar gafas de sol, así como evitar sonidos intensos. “La migraña es muy sensible a las rutinas horarias, sobre todo de sueño, por lo que se recomienda dormir siempre a las mismas horas y el mismo número de horas”, explica.

En esta línea, la Dra. Martín subraya también la importancia de “evitar ayunos, ya que hay migrañas que se curan comiendo, y es fundamental evitar desencadenantes reconocibles por cada paciente como propios”. El ejercicio físico cardiovascular ha demostrado ser tan eficaz como los fármacos preventivos, por lo que se recomienda integrarlo en las rutinas del paciente.

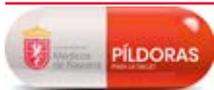
Pero si a pesar de cumplir con ambas recomendaciones el paciente continúa padeciendo un número elevado de días de migraña al mes o crisis muy incapacitantes, “se planteará la necesidad de utilizar un tratamiento preventivo farmacológico en función de los días de cefalea y el perfil de cada paciente”, señala la Dra. Martín.

La migraña es la enfermedad neurológica más frecuente y una de las más incapacitantes. Cursa con crisis de dolor de cabeza y otros síntomas asociados que se repiten con diferente frecuencia en cada paciente, explica la Dra. María Martín Bujanda.

“La migraña es una enfermedad benigna en cuanto a su causa, pero genera una alta discapacidad. No se debe a ningún tipo de alteración estructural del cerebro, sino a una disfunción de las neuronas que suele estar determinada genéticamente, con predisposición familiar”, detalla la especialista.



BUEN USO DE LOS ANTIBIÓTICOS con la **Dra. María José Redín**. Médica de familia en el Centro de Salud de Salazar. Presidenta de la Sociedad Navarra de Medicina Familiar y Comunitaria (**namFYC**).



VIDEO ANTIBIÓTICOS

#PíldorasParaLaSalud



@MedenaColegio



Tomar siempre el antibiótico según nos indique el profesional médico (dosis, pauta, duración), y nunca hacerlo por nuestra cuenta o frente a enfermedades que están causadas por virus son algunas de las recomendaciones de la Dra. María José Redín para evitar la resistencia a los antibióticos, que se ha convertido en un riesgo grave y urgente para nuestra salud.



CONSECUENCIAS DE UN MAL USO

En nuestro cuerpo viven millones de bacterias, algunas peligrosas, otras neutras y otras beneficiosas para nuestra salud. Los antibióticos les afectan a todas. “Si tomamos antibiótico ante una enfermedad que no lo precisa –explica la Dra. Redín– vamos eliminando las bacterias no agresivas y dejando que sobrevivan y se reproduzcan las más peligrosas, que serían resistentes a los fármacos habituales”.

La presidenta de namFYC resalta que “si tu médica te dice que, para el catarro, la diarrea o las molestias al orinar que notas, no necesitas tomar antibiótico, recuerda que no es porque te tenga manía y no quiera prescribirte. Lo que busca es evitar que los microorganismos más peligrosos sean los que vayan predominando en tu cuerpo y puedan provocarte infecciones muy complicadas de curar, además de no provocarte los efectos secundarios frecuentes de estas medicinas, como diarrea, sobreinfecciones por hongos, reacciones alérgicas, etc”.

Los antibióticos son medicamentos que paralizan o destruyen las bacterias que causan diferentes infecciones en el ser humano. Desde su invención, han permitido importantes mejoras en la salud de las personas. “Sin embargo, hace ya años que hemos ido viendo como los microbios han desarrollado trucos para que estos fármacos no les hagan daño, es decir se hacen resistentes a ellos”, explica la Dra. Redín.

Aclara, además, que “no todas las infecciones que sufrimos están provocadas por bacterias. De hecho, la gran mayoría son producidas por virus, microorganismos a los que los antibióticos no les hacen ningún efecto. Cuando tomamos este tipo de medicinas para una enfermedad vírica, estamos haciendo un mal uso de ellas”.

ESPECIALMENTE IMPORTANTE EN LOS NIÑOS

Para la Dra. Redín, “lo más importante es no tomar este tipo de tratamientos por nuestra cuenta, sin haberlo indicado un profesional sanitario” y añade que es frecuente que personas que tienen infecciones de orina o de garganta de repetición acudan directamente a la farmacia y soliciten el antibiótico “que les suele ir bien”. Como consecuencia de este error “eliminamos a las bacterias más débiles y las infecciones cada vez van siendo más complicadas, al ser provocadas por los microbios más agresivos”.

Estas recomendaciones son especialmente importantes en niños, que frecuentemente sufren mocos, tos o fiebre. “Si un niño está constantemente tomando antibióticos sin necesidad, generaremos muchas resistencias en las bacterias de su cuerpo, predisponiéndole a infecciones muy graves en el futuro”.

Según explica la Dra. Redín, “en Navarra, afortunadamente, tenemos una excelente red de Atención Primaria y Urgencias, que nos permite diagnosticar adecuadamente las infecciones, incluso en fin de semana o por la noche. Si se confirma la necesidad de tomar este tipo de tratamientos, el profesional nos indicará qué fármaco, dosis y duración son las más adecuadas para curar nuestra enfermedad”.



DEMENCIAS con la **Dra. Rosa Larumbe**, neuróloga del Hospital Universitario de Navarra (**HUN**) y vicepresidenta de la Sociedad Navarra de Neurología.



VIDEO DEMENCIAS

#PíldorasParaLaSalud    @MedenaColegio



“La mejor intervención con personas que sufren demencias es procurar una estimulación cognitiva al inicio y hábitos de vida saludables”

“Lo mejor que podemos hacer con las personas que sufren demencias es procurar una estimulación cognitiva al inicio, mantener unos hábitos de vida saludables, evitar o minimizar los factores de riesgo vascular y mantener una buena interacción social”, aconseja la Dra. Rosa Larumbe, neuróloga del Hospital Universitario de Navarra y vicepresidenta de la Sociedad Navarra de Neurología, debido a la inexistencia actual de tratamientos realmente eficaces. En el vídeo, la Dra. Larumbe describe la demencia

de forma genérica como “un proceso químico, patológico, que conlleva un deterioro progresivo de las capacidades intelectuales de la persona como pueden ser la memoria, el lenguaje, la concentración, las funciones visoespaciales y también una alteración de la conducta”.

La neuróloga explica cómo dichas dificultades van a condicionar un empeoramiento en la capacidad funcional de la persona: “Primero se alterarán las funciones más complejas, como pueden ser planificar el día a



día en casa, las finanzas y conforme el proceso avanza se van a afectar otras actividades más cotidianas. Entonces, cuando el proceso va evolucionando, las actividades de autocuidado también se van a ver comprometidas”.

CAUSAS DIVERSAS

Las causas de las demencias son diferentes, apunta Larumbe, pero las más frecuentes son las enfermedades neurodegenerativas y, entre ellas, la más común es la enfermedad de Alzheimer, que viene a representar el 70% de todos los casos de demencia.

Además de la enfermedad de Alzheimer, otras enfermedades degenerativas son la demencia por cuerpos de Lewy, la demencia frontotemporal y también la demencia vascular. “Cuando hablamos de demencia pensamos siempre que son enfermedades que ocurren en edades avanzadas, de ahí que, en el pasado, se hablase de demencia senil”, recuerda. No obstante, indica, las enfermedades que producen demencia, las neurodegenerativas, “pueden aparecer también en edades más tempranas, por debajo de los 65 años, aunque son casos menos frecuentes”.

En cuanto al factor hereditario, la neuróloga afirma que “no hay una herencia como tal, aunque sí que es verdad que un porcentaje de casos, menos en la enfermedad de Alzheimer, pero más en otras como por ejemplo la demencia frontotemporal, son genéticamente determinadas”.

De forma infrecuente, advierte la Dra. Larumbe, la demencia puede

deberse a otras enfermedades potencialmente tratables o reversibles, como, por ejemplo, la hidrocefalia del adulto o algunas encefalitis, que pueden tener tratamiento. “El diagnóstico de estas enfermedades que causan demencia se basa sobre todo en la historia clínica, en la exploración y se apoya fundamentalmente en estudios complementarios como pueden ser pruebas neurorradiológicas o analíticas de laboratorio”, señala la especialista.

EVOLUCIÓN DE LAS ENFERMEDADES QUE CAUSAN DEMENCIAS

Al tratarse de enfermedades degenerativas, su curso va a ser progresivo e irreversible, subraya la neuróloga. Pero el inicio de la enfermedad, como puede ser en la enfermedad de Alzheimer, suele empezar afectando a la memoria, “de manera que en los primeros años y durante un tiempo prolongado, la persona puede mantener la autonomía, buena calidad de vida y buena funcionalidad”.

Sin embargo, con el paso del tiempo estas enfermedades afectan a otras funciones cognitivas, lo que se manifestará en una mayor limitación. No obstante, la evolución es variable de unas personas a otras y de unas enfermedades a otras. “No solo afecta a las capacidades cognitivas, también aparecen cambios conductuales

y esto es sobre todo más llamativo en la demencia frontotemporal, la más importante”, destaca.

En estos trastornos conductuales es frecuente encontrar ansiedad, irritabilidad, apatía, trastornos del sueño, incluso delirio. Aunque, según advierte la neuróloga, “este otro tipo de síntomas, más disruptivos, suelen aparecer en etapas más avanzadas. Es importante comprender bien estos cambios que ocurren. Sobre todo, que lo comprenda el entorno del paciente para que se adapten a la nueva situación y así poder minimizar el impacto que va a suponer en la convivencia diaria”.

Con el paso del tiempo, en los pacientes con estas enfermedades, las actividades funcionales se van a reducir. “Las personas que sufren demencias van a necesitar cada vez más supervisión, más ayuda en tareas cotidianas”. En fases avanzadas, van a perder toda capacidad de autovalimiento, incluso de la deambulación y la situación final suele ser la de encamamiento.

En general, son enfermedades de evolución lenta, de años de duración: entre 8 y 10 años en la enfermedad de Alzheimer, aunque la supervivencia oscila. “En otras enfermedades la progresión es algo más rápida, aunque existe gran variabilidad de unas personas a otras”, señala.

VII Convención de la Profesión Médica



OMC  ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

Reunió a las juntas directivas de los colegios de médicos para abordar los principales retos de la sanidad.

Bajo el lema “Liderando la profesión. Comprometidos con la sociedad y los médicos” se celebró en Madrid la VII Convención de la Profesión Médica, que reunió, del 3 al 5 de noviembre, a más de 650 personas pertenecientes a las juntas directivas de todos los colegios de médicos de España para abordar los principales retos de la sanidad y de la profesión en la actualidad y en el futuro más inmediato.

De la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra asistieron: **Rafael Teijeira**, presidente; **Tomás Rubio**, vicepresidente; **Julio Duart**, secretario; **Juana Celay**, vocal de Medicina Rural; **Fernando Artal**, vocal de Medicina Extrahospitalaria; **Pilar León**, secretaria de la Comisión de Deontología Médica y **Mariano Benac**, asesor jurídico.



Miembros de la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra en la VII Convención de la Profesión Médica.

HOMENAJE A LOS FALLECIDOS DURANTE LA PANDEMIA

La VII Convención de la Profesión Médica comenzó con el homenaje a los 125 médicos fallecidos en activo durante la pandemia de COVID-19. El presidente y vicepresidente del Colegio de Médicos de Navarra recogieron, en nombre de sus familias, las medallas en recuerdo de los dos médicos navarros homenajeados: Eugenio José Oria y María Teresa Salas. "Siempre estarán en nuestro recuerdo e inspirarán a futuras generaciones de médicos".



Rafael Teijeira (presidente) y Tomás Rubio (vicepresidente) recogieron las medallas en nombre de las familias de los fallecidos en Navarra.

Homenaje a fallecidos por covid.

Más información [↗](#)

PROFESIÓN

FOROS

El programa incluyó mesas redondas y encuentros donde se analizaron temas que afectan actualmente a la profesión médica.

A continuación detallamos los enlaces de las noticias para profundizar en cada uno de ellos.

Salud y cambio climático

“Expertos solicitan una actuación rápida para paliar los efectos del cambio climático en la salud de las personas”.

SALUD Y CAMBIO CLIMÁTICO

Más información 

Entrevista con Felipe Gómez, jefe del Departamento de Planetología y Habitabilidad de INTA (Instituto Nacional de Técnica Aeroespacial): **“La reducción de la huella de carbono y la gestión energética en medios hospitalarios son necesarios en la lucha contra el cambio climático”.**

Ponentes de la mesa sobre “Salud y cambio climático”.



FOROS

¿Qué esperamos de la transformación digital en salud?

“La transformación digital en el ámbito sanitario requiere de un marco regulatorio, formación, voluntad política y más evidencia científica”.

Entrevista con Julián Isla, ingeniero de software responsable de Recursos de la Consultoría de Datos e Inteligencia Artificial (IA) de Microsoft España.: “Se necesitan métricas y objetivos claros que permitan evaluar los resultados de las acciones médicas”.

TRANSFORMACIÓN DIGITAL

Más información 

ENTREVISTA JULIÁN ISLA

Más información 

Estrategias de planificación y políticas de RRHH

“Contar con los profesionales en el desarrollo de estrategias de planificación y políticas de recursos humanos, elemento clave para la sostenibilidad del SNS”.



ESTRATEGIAS DE RRHH EN EL SNS

Más información 

Participantes en la mesa “Estrategias de planificación y políticas de RRHH: son las claves para afrontar los retos sanitarios presentes y futuros”.



PROFESIÓN

FOROS

Papel de la sanidad privada

“Los médicos de la privada piden condiciones dignas y derechos equiparados al ejercicio público de la Medicina”.

EL PAPEL DE SANIDAD PRIVADA

Más información 



Innovaciones en el Código de Deontología Médica

“El Código de Deontología debe responder a las principales discusiones éticas de la Medicina actual”.

CÓDIGO DEONTOLÓGICO

Más información 



Competencias de la Profesión Médica

“La creación de un plan europeo de desarrollo de competencias y un estatuto del médico, propuestas para defender la responsabilidad y el liderazgo de los médicos”.

COMPETENCIAS PROFESIÓN MÉDICA

Más información 



INVITADOS

Esta cita clave para la sanidad y la profesión médica contó con la participación de la ministra de sanidad, Carolina Darias, en la inauguración de la convención; el ministro del Interior, Fernando Grande-Marlaska; la vicepresidenta segunda del Congreso de los Diputados, Ana Pastor, en la clausura; el presidente del Parlamento de Andalucía, Jesús Aguirre; el consejero de sanidad de la Comunidad de Madrid, Enrique Ruiz Escudero; y el secretario de Estado de Salud Digital, Juan Fernando Montalvo, entre otros.

DR. TOMÁS COBO

“Ayudar y ser útiles define al Consejo General de Médicos”.

CAROLINA DARIAS

“La profesión médica es el corazón y la columna vertebral del Sistema Nacional de Salud”.

ANA PASTOR

“Si no hay una participación activa de los médicos en la estrategia de cambio, no cambiará nunca el sistema sanitario”.

GRANDE-MARLASKA

“La profesión médica comparte con las fuerzas de seguridad del Estado una entrega, dedicación y esfuerzo por encima de lo que exigen sus propias funciones”.

DR. TOMÁS COBO

Más información 

CAROLINA DARIAS

Más información 

ANA PASTOR

Más información 

GRANDE-MARLASKA

Más información 



Reconocimiento al presidente de SEMG-Aragón

El Colegio de Médicos de Navarra acogió los días 17 y 18 de octubre de 2022 el VII Encuentro de la Sociedad Navarra de Médicos Generales y de Familia (SEMG Navarra),

en el que además de actualizar conocimientos teóricos y prácticos, hubo tiempo para los homenajes, como el otorgado al Dr. Leandro Catalán, presidente de SEMG-

Aragón por su gran labor como profesional de la Atención Primaria y por la gran ayuda que prestó a la SEMG Navarra, sobre todo en sus comienzos.



SEMG Navarra agradeció en su encuentro autonómico el apoyo que siempre les ha ofrecido el doctor Leandro Catalán, presidente de SEMG-Aragón.

DOLOR Y OSTEOPOROSIS

Medio centenar de médicos acudieron para formarse en diferentes campos de la medicina.

Entre los temas abordados: Dolor y osteoporosis en el anciano, con un repaso a los protocolos y un taller de infiltración. El Dr. Vincenzo Malafarina habló sobre el dolor persistente y la osteoporosis, y de la necesidad de desterrar el concepto de dolor crónico y sustituirlo por persistente, "ya que el dolor se puede tratar". Afirmó que los opiáceos, en algunos pacientes, son parte indispensable del tratamiento y hay que reevaluar su eficacia. Destacó

que una valoración integral es fundamental para prevenir las caídas y así evitar fracturas de caderas, que aumentan la mortalidad en los ancianos.

En el taller de infiltración, el Dr. Iñigo Orradre explicó, de manera práctica y sencilla, cómo se explora un hombro. Subrayó que es fundamental descartar que el paciente tenga una capsulitis: "si la tuviera, una infiltración podría poner solución a sus problemas; si no la tuviera tendríamos que explorar los tendones supraespinosos, subescapular, infraespinoso y el biceps. Una buena exploración del hombro es fundamental para hacer un buen tratamiento y valorar como infiltrar al paciente".

DERMATOLOGÍA, CARDIOLOGÍA Y MÁS

El segundo día comenzó con un taller de Dermatología y una parte dedicada a la Cardiología, con ponencias sobre insuficiencia cardiaca y dislipemia. Se abordaron, además, otros temas como las nuevas perspectivas en la vacunación en el adulto tras la llegada del coronavirus, el control clínico en la EPOC y un taller de auscultación.

En el taller de Dermatología, la Dra. Ana Mur describió diferentes lesiones dermatológicas, desde las más elementales a las más complejas; calificó la dermatoscopia como una técnica esencial para el diagnóstico de la patología cutánea; e hizo hincapié en que es en Atención Primaria donde primero se detectan los melanomas y que su diagnóstico precoz condiciona el pronóstico.

La Dra. Isabel Egocheaga, responsable del Grupo Cardiovascular de la SEMG, habló de la insuficiencia cardiaca y la importancia de hacer un buen y precoz diagnóstico. Recalcó que, en una insuficiencia cardíaca, lo primero que debemos valorar es si su fracción de eyección cardiaca es normal o reducida, ya que cambia el tratamiento, por lo que pidió un acceso rápido al ecocardiograma. Habló de los diferentes estudios sobre los iSGL2, que establecen una significación estadística en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca con este grupo terapéutico.

Isabel Jimeno, responsable del Grupo de Vacunas de la SEMG, centró su intervención en la vacunación del adulto e informó de las pautas vacunales dependiendo del riesgo y edad del paciente. Sobre la nueva vacuna de 20 serotipos contra el neumococo recalcó que "cada vez son más las comunidades autónomas que están decidiendo poner la vacuna conjugada 20 valente contra el neumococo".

RIESGO CARDIOVASCULAR Y EPOC

El Dr. Manuel Mozota enfatizó en su intervención la importancia de la dislipemia y que hay que tratar a los pacientes valorando su riesgo cardiovascular, "dependiendo de su riesgo, debemos tener unos niveles de c-LDL más bajos". Según la nueva guía de la Sociedad Europea de Cardiología, los pacientes de muy alto riesgo cardiovascular tendrían que tener un c-LDL por debajo de 55 mgr/dl y reducir un 50% del nivel basal de c-LDL. "Para ello, actualmente tenemos las estatinas de alta potencia, así como otros fármacos como la ezetimiba, el ácido bempedoico y los inhibidores del PCSK9", concluyó el Dr. Mozota.

El Dr. Pablo Sánchez presentó los últimos estudios sobre EPOC e instruyó en cómo manejar en la consulta a estos pacientes. "Con unas simples preguntas –dijo– podemos saber si está controlado o debemos hacer cambios; es importante reevaluar al paciente".

Por último, el Dr. Felix Mata impartió un taller sobre la auscultación cardiaca y pulmonar. Subrayó la importancia de la auscultación en el diagnóstico y clasificación de la severidad de diversas patologías de los pacientes, una técnica sencilla y accesible en todos los centros de salud; estableció una sistemática para seguir un orden adecuado y no descuidar detalles importantes; y correlacionó diferentes ruidos con diversas patologías, por lo que los asistentes vieron la importancia de la auscultación.



Taller de Cardiología con Isabel Egocheaga, responsable del Grupo Cardiovascular de la SEMG.



XXVII Jornadas Navarras de Medicina de Urgencias y Emergencias

Formación en torno al paciente politraumatizado

Los profesionales de las urgencias y emergencias navarras se reunieron el pasado 20 de octubre en las XXVII Jornadas Navarras de Medicina de Urgencias y Emergencias, celebradas en el Colegio de Médicos de Navarra, y que en esta edición se han dedicado de forma monográfica al paciente politraumatizado.



En la inauguración de las Jornadas, Iñaki Santiago (presidente de SEMES-Navarra), Rafael Tejeira (presidente del Colegio de Médicos), Isabel Iturrioz (presidenta del Colegio de Enfermeras de Navarra) y Alfredo Echarri.

SEMES - SOCIEDADES CIENTÍFICAS

El Dr. Iñaki Santiago, presidente de SEMES Navarra, explicó que se trata de una de las patologías tiempo-dependientes que más impacto social provocan. Además, “tal y como se ha comentado en repetidas intervenciones, la falta de reconocimiento de una especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias en España, al contrario de lo que ocurre en el resto de Europa y mundo occidental, nos obliga a generar reuniones de este tipo para poder formarnos como equipo asistencial”.

Las Jornadas han contado con ponentes de reconocido prestigio a nivel nacional, que han tratado de poner al día temas controvertidos como son las medidas de control de hemorragias graves derivadas de un accidente, así como aquellas que hoy día se indican como las mejores a la hora de mantener con vida a estos pacientes en los trascendentales primeros minutos.

CONCLUSIONES

Los expertos destacaron la importancia de la transfusión sanguínea precoz, así como de un correcto mecanismo de transferencia del paciente entre diferentes niveles asistenciales. En este sentido concluyeron que “si la transferencia física del paciente politraumatizado es fundamental realizarla bajo las más estrictas medias de inmovilización a fin de evitar mayores lesiones –por ejemplo, de columna– no es menos importante la transmisión de información de forma correcta y protocolizada entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales”. Se revisó, además, la importancia de la recogida de datos en la atención a estos pacientes, “ya que ello nos permitirá corregir medidas y mejorar la atención”, añadió el presidente de SEMES Navarra.

Las Jornadas también incluyeron diferentes talleres prácticos relacionados con la atención al paciente politraumatizado: Técnicas ecoguiadas en Medicina de Urgencias y Emergencias, Interpretación del tromboelastograma y Técnicas para el control de hemorragias graves. Todos ellos, tuvieron una valoración muy satisfactoria por parte de los asistentes.



Ponentes de la mesa redonda sobre manejo del shock hemorrágico.



Asistentes a las Jornadas.



XVIII Jornadas
Formativas de
namFYC

Pedagogía en neurobiología del dolor para pacientes con fibromialgia, premio a la mejor investigación en Atención Primaria

El trabajo titulado "Pedagogía en neurobiología del dolor. Intervención grupal en fibromialgia" ganó el premio a la mejor comunicación oral de investigación que otorga la Sociedad Navarra de Medicina de Atención Primaria y Comunitaria (namFYC), en el marco de sus XVIII Jornadas Formativas, celebradas el pasado 3 y 4 de noviembre en el Colegio de Médicos de Navarra.

Las autoras del trabajo premiado son las doctoras Charo Elcuaz del Centro de Salud de San Juan y María José Zabalegui del Centro de Salud de Estella y Anne Zaubet, instructora de chi kung.

El trabajo premiado describe la fibromialgia como "un síndrome de dolor crónico complejo", frente al que los diferentes abordajes muestran pobres resultados. Explican que hay experiencias pioneras y esperanzadoras, desde el "nuevo paradigma de dolor". La neurociencia propone la "educación en neurofisiología del dolor y exposición gradual al ejercicio", como una estrategia eficaz, corroborada recientemente por diversos estudios.

Las autoras del trabajo premiado se propusieron reproducir esta experiencia pedagógica y comprobar su eficacia en Navarra con pacientes con fibromialgia, en el ámbito de la Atención Primaria. Para ello realizaron un estudio prospectivo, en el que valoraron el cambio en varias variables relacionadas con el dolor, antes y después de la intervención en 79 pacientes navarros con diagnóstico de fibromialgia.

Durante seis sesiones semanales de dos horas, los pacientes seleccionados asistieron a reuniones en las que



se les explicó conceptos de neurobiología del dolor, de forma sencilla y comprensible, utilizando videos, power-point, técnicas activas de grupo, metáforas, cuentos, experimentos de la ciencia, etc, motivando a la participación y puesta en común de descubrimientos y cambios, haciendo a las alumnas protagonistas de su propia mejoría. Durante las sesiones, se realizaron ejercicios de chi kung, con el fin de perder el miedo al movimiento y motivar para aumentar la actividad física individual.

Todas las variables estudiadas por las autoras muestran mejorías estadísticamente significativas ($p < 0,005$) y clínicamente relevantes, considerando la relevancia clínica por encima del 20%.

En las conclusiones destacan que los resultados avalan la eficacia de la intervención grupal con "pedagogía en neurobiología del dolor" en esta muestra. "Son concordantes con otros estudios publicados con pacientes con fibromialgia, lo que indica que ha sido factible extrapolar la intervención a nuestra comunidad y con otras docentes". Los resultados también son concordantes con otros estudios, con la misma intervención pedagógica, en migraña y dolor crónico musculoesquelético.

"Este abordaje, coherente con las recomendaciones de las guías de práctica clínica, en formato grupal y en el ámbito de la Atención Primaria, abre un camino a seguir, mejorar e implementar, por sus buenos resultados en salud, bajo coste y seguridad para pacientes. Animamos al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea a potenciarlo", concluyen las autoras de la investigación premiada.

Entrega del premio al mejor caso clínico a Saioa Marina Cuenca Ruiz.



MÁS ALLÁ DE LOS PROTOCOLOS

Se otorgó, además, el premio al mejor caso clínico para Saioa Marina Cuenca Ruiz, residente de medicina familiar y comunitaria en el centro de salud del Casco Viejo de Pamplona por su caso titulado *Para lo que necesites, aquí estamos (más allá de los protocolos)*, en el que describe la atención prestada a una mujer de 70 años con cáncer que rechaza la vía clásica de tratamiento.

En las conclusiones del caso premiado, se indica que la paciente, en todo momento, mantuvo la posición de no querer tratamiento, quería conservar su autonomía en su vida y en sus decisiones. "Se respetó su decisión y se acompañó durante el proceso. Este caso sirve de ejemplo de pacientes que se salen de nuestros esquemas de tratamiento y de nuestras guías clínicas".

Saioa Cuenca subraya que "fuera de los protocolos, la atención se complica" y hace especial hincapié en la importancia de que el profesional de Atención Primaria "se ofrezca para resolver dudas, como acompañamiento en el momento que lo precisen (independientemente de seguir nuestro tratamiento o no), sin caer en prejuicios o rechazos por la negación".

Recordó la legislación actualmente vigente. El Artículo 2.4 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica dice: "todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley". Además, "todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente." (Artículo 2.6 de la Ley 41/2002). Por último, el Código de Deontología Médica, en su artículo 9.1, dice: "el médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias".

PROGRAMA

Durante las Jornadas se realizaron talleres sobre *Dermatoscopia en Atención Primaria* con Raquel Santesteban del Hospital Universitario de Navarra (HUN); *Nuevo abordaje del dolor crónico: cómo no entrar y cómo salir* con las doctoras Charo Elcuaz y M^a José Zabalegui; y sobre *Infecciones de transmisión sexual en Atención Primaria* con la Dra. Miren Oscáriz.

La conferencia de clausura sobre *Inequidades en salud. ¿Qué podemos hacer desde nuestros centros de salud?* la impartió el Dr. Luis Gimeno Feliu, médico de Familia y miembro del Grupo de Trabajo de Desigualdad y Salud de la semFYC.



En la clausura de las Jornadas: M^a José Redín, presidenta de namFYC, Santos Indurain, consejera de Salud y Carlos Beaumont, vicesecretario del Colegio de Médicos de Navarra.



XXIII Jornadas de Pediatría de Navarra



SALUD MEDIOAMBIENTAL PEDIÁTRICA

Las XXIII Jornadas de la Asociación Navarra de Pediatría (ANPE) puso el foco en la Salud medioambiental pediátrica, haciendo un llamamiento sobre los efectos en la infancia de la contaminación y el cambio climático.

Pediatras, médicos de familia y profesionales interesados en la salud infantil y su relación con el medio ambiente se dieron cita en el Colegio de Médicos de Navarra durante los días 22 y 23 de noviembre con el fin de conocer el efecto de la contaminación medioambiental y el cambio climático en la salud de la infancia, aprender qué podemos hacer para minimizar estos efectos en nuestra vida y la de nuestro entorno; y saber identificar y analizar los problemas más frecuentes de salud medioambiental pediátrica.

COMER BIEN:

PROYECTO HEMENGOAK/DE AQUÍ

En la mesa redonda sobre salud escolar, moderada por Edurne Ciriza, los ponentes abordaron programas y experiencias de entornos escolares saludables, aire limpio, clases en la naturaleza y alimentación saludable y de proximidad.

Entre las iniciativas que se presentaron destaca el proyecto Hemengoak/de aquí y la investigación asociada (ELIKUME) que se va a desarrollar en colaboración con la Asociación Navarra de Pediatría (ANPE) y la Universidad Pública de Navarra (UPNA). Este proyecto ha sido galardonado recientemente con el primer premio en las comunicaciones libres del Congreso de Salud Medioambiental Pediátrica de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España y anteriormente ya había sido premiado por la estrategia NAOS y por la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).

La pediatra Edurne Ciriza, del Comité de Salud Medioambiental de la Asociación Española de Pediatría y vocal de la Asociación Navarra de Pediatría (ANPE), explica que "en nuestro trabajo por fomentar la salud y prevenir la obesidad infantil la nutrición es un elemento clave. Tenemos que enseñar a comer bien a nuestras hijas e hijos y la escuela infantil es un escenario ideal para ello, ya que ofrece de forma reiterada una dieta saludable, favorece la aceptación de una alimentación adecuada e integra hábitos saludables desde edades tempranas, lo que aumenta las posibilidades de que los mantengan durante toda su vida, reduciendo así la tasa de sobrepeso y obesidad en nuestra sociedad".

Hemengoak/de aquí ofrece a los niños y niñas de las escuelas infantiles municipales de Pamplona ese espacio de aprendizaje de una alimentación equilibrada, sana,



Edurne Ciriza junto al ponente Ferrán Campillo
(Foto de Unai Beroiz).

ecológica, local, fresca y de temporada en un entorno sensible, tranquilo, rutinario y social que se adapta a sus necesidades. "El menú –explica la Dra. Ciriza– sigue las recomendaciones nutricionales y pediátricas más actualizadas para el periodo 0-3 años, adaptado a la temporalidad de la producción en Navarra, con alimentos ecológicos, producidos en proximidad, potenciando la compra directa a los productores navarros. El proyecto ofrece además formación a familias en nutrición y hábitos saludables, talleres de cocina y excursiones a la naturaleza y a conocer a productores locales que traen sus productos a las escuelas".

RECETAR VIDA SANA

Con la mirada en el futuro, estas Jornadas de Pediatría han puesto el foco en la prevención porque sabemos, destacó la Dra. Cririza, "que muchas patologías, sobre todo crónicas, se pueden prevenir con la reducción a la exposición de contaminantes medioambientales y con estilos de vida adecuados".

Los efectos del cambio climático son especialmente nocivos en la infancia "porque tienen especial susceptibilidad a los contaminantes medioambientales al ser más pequeños, al tener un metabolismo mucho más activo que los adultos y al tener muchos más años de vida por delante para poder desarrollar las enfermedades". Explicó Edurne Ciriza que el periodo más problemático de desarrollo es, sobre todo, el embarazo y los primeros 1.000 días de desarrollo del bebé. "Es el momento en el que el bebé crece más rápido y en el que más efecto pueden tener los contaminantes".

Las Jornadas concluyeron con una mesa redonda sobre los retos de la Pediatría de Atención Primaria, moderada por Raimon Pelach. Participaron Ignacio Irribarren, José Manuel Cenzano y Eva Rupérez.



CAMBIO CLIMÁTICO EN NAVARRA

Estrella Miqueleiz, del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN), presentó el trabajo desarrollado en el área de salud en el marco del proyecto LIFE-IP NAdapta-CC.

La ponencia comenzó con datos de los cambios observados en Navarra en el clima, por ejemplo el aumento de 1,3°C en la temperatura desde el año 1950. En referencia a la calidad del aire, explicó el trabajo de vigilancia de los niveles de polen que se lleva a cabo en tres áreas climáticas de Navarra, así como la difusión de la información para llegar a las personas más vulnerables.

Estrella Miqueleiz se refirió a los resultados del estudio de Evaluación de Impacto en Salud de la contaminación atmosférica en la población navarra, resaltando la importancia del trabajo a realizar en mitigación para reducir los niveles de contaminantes y la difusión entre la población de los efectos que la contaminación atmosférica tiene en su salud.

En cuanto a riesgos emergentes, expuso el trabajo de vigilancia que se realiza de determinados riesgos asociados al cambio climático como *Campylobacter* o *Legionella*, mediante equipamientos y técnicas adquiridas en el marco del citado proyecto.

Por último, Miqueleiz explicó el trabajo de vigilancia del mosquito tigre, así como las medidas preventivas implantadas y la difusión de la información a la población para ayudar a combatir el mosquito, así como consejos para evitar su picadura.

Además, mencionó la publicación de un díptico informativo a disposición de la ciudadanía en el siguiente enlace: <https://lifenedapta.navarra.es/documentacion-ispln>



IV Jornada de la Sociedad de Endocrinología y Nutrición de Navarra y La Rioja (SENNA)

INVESTIGACIÓN EN DIABETES: URGEN RESPUESTAS MÁS ÁGILES

La Jornada comenzó con un curso precongreso sobre tratamiento nutricional de las personas con cáncer, en el que diferentes expertos abordaron aspectos relativos a las Unidades Funcionales Multidisciplinares, la enfermera gestora de casos, la consulta de nutrición de alta resolución o la nutrición artificial hospitalaria y domiciliaria.

Durante los días 11 y 12 de noviembre, se sucedieron mesas redondas sobre diabetes y enfermedad renal, nuevas aplicaciones del PET en Endocrinología o complicaciones y seguimiento tras la cirugía bariátrica.

La conferencia de clausura la impartió Didac Mauricio, endocrinólogo del Hospital Sant Pau, sobre el manejo de grandes bases de datos para la investigación en diabetes.

El grupo que lidera el Dr. Mauricio estudia en la actualidad cómo frenar la respuesta de las células inmunitarias que dañan a las células beta productoras de insulina, reeducarlas con un antígeno para que asuman un rol protector. Asimismo, los investigadores trabajan en anticiparse a las complicaciones asociadas a la diabetes como, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares. “Las mujeres –destacó Mauricio– presentan un riesgo

de tener problemas de este tipo entre cuatro y cinco veces mayor respecto a las mujeres no diabéticas. Y los hombres, en torno a dos veces mayor que los hombres no diabéticos”.

El grupo fue pionero en España en el tratamiento de grandes bases de datos de pacientes a través de los cuales se realizaron varios estudios sobre el control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2, así como la incidencia de la enfermedad. Los datos de esos estudios permitieron concluir, según explicó el experto, que “se tarda demasiado tiempo en implementar cambios en los tratamientos. Urgen respuestas más ágiles”.



Inauguración de la Jornada.

Colegio y Diario de Navarra juntos en la formación de médicos en países en vías de desarrollo

Financiarán estancias formativas en Pamplona.



En la firma del acuerdo, Rafael Teijeira y Luis Colina.

OFICINA DE COOPERACIÓN COLEGIAL

La firma de este convenio responde a uno de los objetivos estratégicos de la actual Junta Directiva del colegio de Médicos de Navarra, que busca potenciar la Oficina de Cooperación colegial, y ha sido posible gracias al trabajo desarrollado en los meses previos por los actuales responsables de dicha Oficina, los doctores Jesús Alfaro y Jesús Manuel Cires.

La Fundación del Colegio de Médicos de Navarra y la Fundación Diario de Navarra-Grupo La Información han firmado un convenio de colaboración en el ámbito de la cooperación internacional que posibilitará estancias formativas en Pamplona de médicos de países en vías de desarrollo.

La finalidad del convenio es completar la formación obtenida por profesionales licenciados o graduados en Medicina en sus países de origen, mediante estancias formativas de entre 15 y 30 días en Pamplona. De esta forma, se pretende "fomentar y favorecer el desarrollo de la cooperación internacional, promoviendo la solidaridad entre los profesionales sanitarios y el intercambio de conocimientos científico-técnicos", según el convenio suscrito.

En representación de ambas entidades, Rafael Teijeira Álvarez, presidente del Colegio de Médicos de Navarra y Luis Colina Lorda, presidente de la Fundación Diario de Navarra, han firmado el convenio por el que "se comprometen a organizar y favorecer el desplazamiento y alojamiento en Pamplona de los profesionales médicos de diferentes especialidades con el fin de completar su formación, e implementarla y desarrollarla con posterioridad en su país de origen".

2012, la Oficina de Cooperación colegial viene prestando apoyo y asesoría a médicos cooperantes navarros. Ahora da un paso más en su compromiso con los más desfavorecidos.

Se trata de un proyecto solidario que, para la Fundación Diario de Navarra, está vinculado con los fines que tienen que ver con la cooperación nacional e internacional que marcan su hoja de ruta y que responden a algunos puntos de la Agenda 2030, en concreto a los ODS 3 (garantizar una vida sana y promover el bienestar para personas de todas las edades) y ODS 17 (crear alianzas para lograr objetivos).

Para Luis Colina Lorda, presidente de la Fundación Diario de Navarra, el proyecto "contribuye de una forma diferente a fomentar la salud en países en vías de desarrollo ya que, tras su formación y a su vuelta a sus países de origen, los médicos participantes en esta iniciativa se convertirán en interlocutores que pueden servir de puente entre países a la hora de desarrollar nuevas acciones solidarias. Además, el proyecto nace para sumar fuerzas y capacidades que completa la generosa prestación que desde hace años realizan los médicos navarros en países en vías de desarrollo".

MARÍA ÁLVAREZ NÁJERA GANA EL V CERTAMEN DE CASOS CLÍNICOS ÉTICOS-DEONTOLÓGICOS

Participaron 118 estudiantes de sexto de Medicina de la Universidad de Navarra.



María Álvarez recoge el primer premio.



Autores de los casos premiados.

La estudiante de sexto de Medicina de la Universidad de Navarra, **María Álvarez Nájera** logró el primer premio del V Certamen de Casos Clínicos Éticos-Deontológicos, que organiza el Colegio de Médicos de Navarra en colaboración con la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. El caso ganador se titula *Epilepsia y conducción: ¿cómo debería actuar el médico?* y está dotado con 600 euros.

El accésit, con una cuantía de 300 euros, fue para el caso titulado *Aprender a tratar cuando no se puede curar*, de **José Carlos Román**, **Marina López De Dicastillo**, **Esther Luján** y **Paula Spang**, estudiantes de sexto de Medicina en la Universidad de Navarra.

Se concedió, además, un premio de 150 euros, al trabajo con el título *La adecuación del esfuerzo terapéutico, un frágil equilibrio* de **Leyre Ochoa**, **Olivia Varo**, **Beatriz Vázquez** y **Ana Vega**.

Tal y como establecen las bases del concurso, la cuantía de los premios se donan a un proyecto u organización solidarios relacionados con actividades del ámbito de la salud seleccionado por los ganadores.

El presidente del Colegio, Rafael Teijeira, y la decana de la Facultad, Marta Ferrer entregaron los premios, el pasado 11 de octubre, con motivo de la recepción a los estudiantes de Segundo Ciclo de Medicina de la Universidad de Navarra, que se celebra anualmente con el fin de dar a conocer los servicios que el Colegio de Médicos ofrece a los estudiantes, a los que ya pueden acceder como pre-colegiados y que explicó Julio Duart, secretario del Colegio de Médicos.

ÉTICA Y DEONTOLOGÍA – CASOS CLÍNICOS



118 ESTUDIANTES DE SEXTO

Finalistas del Certamen.

La Comisión de Deontología Médica del Colegio de Médicos de Navarra fue la encargada de valorar los casos y otorgar los premios. A esta quinta convocatoria del Certamen de Casos Clínicos Ético-Deontológicos se presentaron 44 casos y situaciones clínicas de la práctica médica habitual, comentados desde un punto de vista ético-deontológico. Algunos casos concurren al Certamen de forma individual y otros a través de equipos, por lo que participaron un total de 118 estudiantes de sexto de Medicina de la Universidad de Navarra.

La Comisión de Deontología seleccionó seis finalistas, teniendo en cuenta los siguientes criterios: interés didáctico y formativo para los estudiantes de Medicina, calidad científica del trabajo, novedad de la aportación, lo apropiado de la argumentación ético-médica y la contestación a las cuestiones planteadas en los casos.

LOS SEIS CASOS FINALISTAS

Los casos finalistas han sido, además de los premiados:

- *¿Bebé o medicamento?* de **Sara Casado Andrés**;
- *Una relación de respeto y cuidado* de **Íñigo Pérez Vivar, Sofía Otano, Laura Arricibita y Paula Aizpurua**;
- *Barreras lingüísticas culturales y religiosas en la atención médica* de **Sofía Moreno, Elena Ubeda y María Rico**;
- *El peligro de la palabra* de **Miguel Andueza y Paula Gil**.

La doctora Pilar León, secretaria de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos y vocal de la Comisión Central de Deontología (CCD)

del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), destacó que el Certamen tiene como finalidad "destacar que el trabajo médico tiene una dimensión humana que es inseparable de su dimensión técnica. Y que cualquier actuación médica obliga a un cuidadoso análisis de hechos y valores. La participación en el Certamen da importancia a la deliberación y al diálogo respetuoso con las múltiples situaciones que los estudiantes han vivido a lo largo de sus estudios y que serán parte de su vida profesional".

El presidente de la Comisión de Deontología, Félix Ceberio, felicitó a los participantes por la calidad de los trabajos presentados y subrayó la dificultad del Jurado para elegir los premiados. "Todos sois ganadores", concluyó.

EPILEPSIA Y CONDUCCIÓN: ¿CÓMO DEBERÍA ACTUAR EL MÉDICO?

Caso ganador del V Certamen de Casos Clínicos Ético-Deontológicos.

AUTORA:

- María Álvarez Nájera.

RESUMEN

En este trabajo se presenta el caso (no real) de un paciente con diagnóstico de crisis epilépticas generalizadas tónico-clónicas. El paciente es conductor de autobús por lo que, por su patología y medicación antiepiléptica, es candidato a la incapacidad laboral, razón por la cual se niega a poner en conocimiento de la empresa el diagnóstico. Además, exige la expedición de un certificado médico que excluya el proceso actual para evitar la suspensión del permiso de conducir. ¿Debería el médico salvaguardar el secreto profesional, ignorando el riesgo que supone a terceras personas? o ¿debería romper el secreto y la confianza del paciente e informar de la salud a la empresa?

PALABRAS CLAVE

Epilepsia, secreto profesional, incapacidad laboral, certificado médico.

ÉTICA Y DEONTOLOGÍA – CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO

Un paciente varón de 43 años de edad, conductor de autobús, acude a Urgencias tras un episodio compatible con convulsión generalizada tónico-clónica. Refiere episodio similar hace 1 semana. Tras confirmar el diagnóstico se inicia tratamiento con levetiracetam 500 mg (1-0-1) con buen control sintomático y tolerancia. Se explica al paciente su enfermedad, así como la normativa legal vigente y la necesidad de informar a su empresa.

El paciente pide un certificado médico para la revisión anual laboral en el que se omita el diagnóstico de epilepsia y la medicación antiepiléptica ya que supondría la suspensión del permiso de conducir, así como una inhabilitación laboral.

El médico, ante el planteamiento del paciente, procede nuevamente a explicar el riesgo incrementado de accidente, así como a verificar que el paciente entiende la información proporcionada. Además, le explica que no es éticamente correcto la expedición del certificado médico omitiendo información de interés. Finalmente, el paciente decide voluntariamente poner en conocimiento de su empresa su estado de salud.

DISCUSIÓN

Se presenta un caso que inicialmente plantea dos problemas. Por un lado, el paciente niega poner en conocimiento de su empresa su estado de salud. Por otro, exige la elaboración de un certificado falso. El objetivo es evitar la suspensión del permiso de conducir, que supondría una inhabilitación laboral así como una marcada disminución en la autonomía del paciente.

El médico debe conocer la legislación para informar a sus pacientes, ya que esta restricción del permiso de conducción está regulada de manera legal y no es una mera recomendación médica.

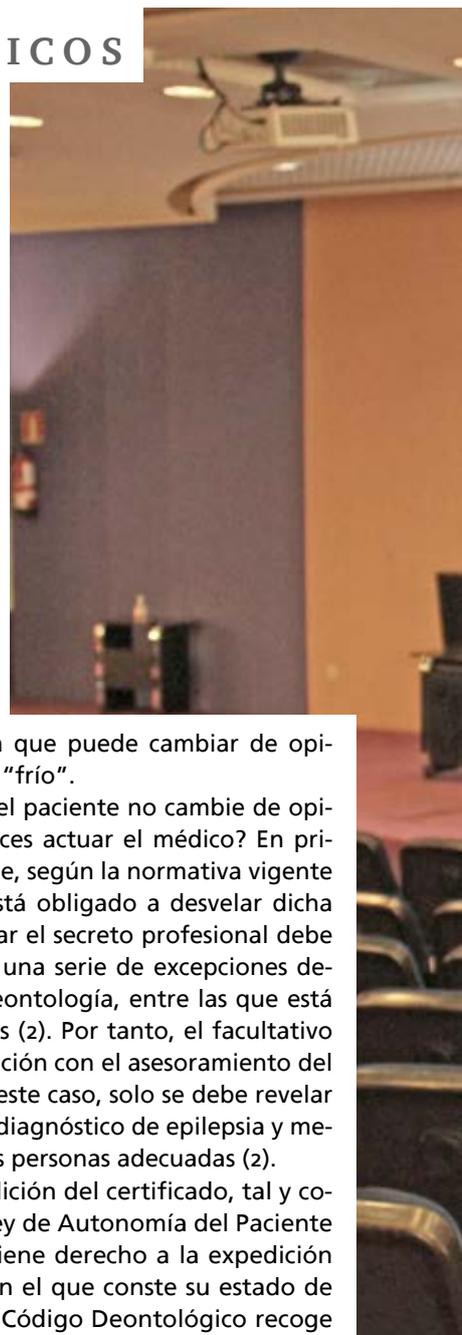
En esta situación es fundamental confirmar el diagnóstico ya que la epilepsia tiene consecuencias laborales y limitantes de autonomía con una reducción en la calidad de vida. El tiempo de suspensión del permiso de conducir depende de si se trata de una conducción privada o profesional. En el caso de la conducción profesional, el paciente debería estar 10 años sin crisis y sin medicación antiepiléptica (1). En el ámbito privado podrá volver a conducir si en 1 año no presenta crisis (1). Debido a que los episodios no fueron presenciados por los facultativos se podría plantear el ingreso para realizar una monitorización con vídeo-EEG. De esta forma, se podría relacionar la sintomatología con las alteraciones en el EEG.

A continuación, se analizan los distintos cursos de acción que el médico podría haber tomado. El primero es guardar el secreto profesional con el objetivo de evitar quebrantar la relación médico-paciente por falta de confianza (2). Con este modo

de actuar se estaría poniendo en riesgo no solo al propio paciente sino también a terceras personas. En el otro lado de la balanza, el médico puede optar por revelar directamente la información, sin informar al paciente, para evitar daños, pero de este modo se rompería la relación médico-paciente ya que el paciente lo vería como una traición. Además, la revelación de información tendría un impacto psicológico debido a la inhabilitación temporal (impacto económico) y suspensión del permiso de conducir. Por otro lado, la



*María Álvarez Nájera,
autora del caso premiado.*



baja laboral por epilepsia puede suponer un estigma al paciente e impactar negativamente en las relaciones sociales (por ejemplo, con sus compañeros de trabajo).

Cabe la posibilidad de seguir cursos de acción más intermedios, como el tomado por el médico y que es detallado a continuación. El acto de informar a los pacientes se considera un acto médico y es un deber del médico tal y como se detalla en el Código Deontológico, en los artículos 15 y 16 (2). En este caso, la información debería abarcar la patología, riesgos y la normativa legal vigente. Es imprescindible que el paciente entienda la importancia de la patología y el riesgo de accidente, tanto personal y de terceros que supone la conducción en estas circunstancias. En el caso de la epilepsia, la posible pérdida de consciencia, así como la pérdida de control de extremidades por fenómenos sensitivos o motores, duplican el riesgo de accidente (1). Además el levetiracetam disminuye la psicomotricidad, ya que provoca somnolencia y aumenta el tiempo de reacción (1,3).

Mediante esta estrategia la relación-médico paciente puede verse incluso fortalecida porque el paciente va a ver cómo el médico se preocupa por su bienestar físico. Por otro lado, el paciente va a considerar al médico como un pilar de apoyo al que puede acudir en caso de mala tolerancia al fármaco, ineficacia terapéutica o ayuda psicológica.

La salud mental de estos pacientes no debe ser ignorada ya que el diagnóstico de epilepsia supone un cambio laboral (con posibilidad de impacto económico), limitación de la autonomía (estos pacientes no pueden conducir) y cierto estigma social. Una vez el paciente entienda la información proporcionada es más probable que comprenda la limitación de la conducción y que voluntariamente desvele la información a las personas adecuadas. Es importante dejar al paciente un tiempo pertinente para

procesar la información, ya que puede cambiar de opinión al evaluar los datos en "frío".

Pero puede ocurrir que el paciente no cambie de opinión, ¿cómo debería entonces actuar el médico? En primer lugar, hay que saber que, según la normativa vigente en España, el médico no está obligado a desvelar dicha información (1). Salvaguardar el secreto profesional debe de ser la regla, excepto en una serie de excepciones detalladas en el Código de Deontología, entre las que está el riesgo a terceras personas (2). Por tanto, el facultativo podrá revelar dicha información con el asesoramiento del Colegio si es preciso (2). En este caso, solo se debe revelar lo estrictamente necesario (diagnóstico de epilepsia y medicación antiepiléptica) a las personas adecuadas (2).

En lo relativo a la expedición del certificado, tal y como queda recogida en la Ley de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002), el paciente tiene derecho a la expedición de un certificado médico en el que conste su estado de salud (4). El artículo 20 del Código Deontológico recoge que "cuando proceda o el paciente lo solicita, es deber del médico proporcionar un informe o un certificado sobre la asistencia prestada o sobre los datos de la historia clínica. Su contenido será auténtico y veraz y será entregado únicamente al paciente, a la persona por él autorizada o por su representante legal" (2). Tanto el Código Deontológico como el artículo 397 del Código Penal prohíben la expedición de certificados falsos, también conocidos como "certificados médicos de complacencia" (2,5). Por lo que el médico, en ninguno de los casos debería omitir dicha información, ya que sería éticamente incorrecto e ilegal. En esta situación, la manera de actuar sería la de explicar al paciente que no es posible la elaboración del certificado debido al riesgo (tanto personal como de terceros) que supone la omisión de dichos datos.



CONCLUSIÓN

En este caso, la manera más correcta de actuar sería proporcionar la adecuada información al paciente, siendo uno de los objetivos la comunicación voluntaria por parte del paciente y la expedición de un certificado veraz. Esta situación es la óptima ya que no se rompe el secreto profesional, se refuerza la relación médico-paciente y se protege la vida humana del paciente y de terceros. En ningún caso se debería revelar el secreto sin informar al paciente, ya que supondría una pérdida total de confianza y vería al médico como un enemigo. Si tras informar al paciente, no hay cambio de opinión, la información proporcionada permite que “en frío” el paciente pueda cambiar de opinión y entienda la comunicación a la empresa por parte del médico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calleja Puerta S, Camiña Muñiz J, Eimil Ortiz M, Estellés Pals T, Fernández Arcos A, Gaig C, et al. Manual de neurología y conducción. 1.a ed. Madrid: Ediciones SEN; 2021.
2. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de Deontología Médica. Julio 2011. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/main/files/files/2022-03/codigo_deontologia_medica.pdf
3. Asociación Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Prospecto Levetiracetam [Internet]. Madrid: AEMPS; 2022; [citado el 10 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/75001/P_75001.html
4. 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. Boletín Oficial del Estado. 15 de noviembre de 2002; (Número 274).
5. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado. 24 de noviembre 1995; (Número 281).

APRENDER A TRATAR CUANDO NO SE PUEDE CURAR

Caso clínico premiado con el accésit del V Certamen de Casos Clínicos Éticos-Deontológicos para estudiantes de Medicina.

AUTOR PRINCIPAL:

- José Carlos Román Padilla.

AUTORAS COLABORADORAS:

- Marina López de Dicastillo Cía,
- Esther Luján Beruete y
- Paula Spang Valencia.



RESUMEN

Paciente (no real) de 68 años, portador de un desfibrilador automático (DAI), con cáncer metastásico, ingresado en Oncología. Las continuas y dolorosas descargas del DAI, junto con un claro empeoramiento de su estado general le están ocasionándole un gran sufrimiento. Tras una conversación detenida y sincera con su oncólogo, el paciente se desahoga y expresa su voluntad de no continuar luchando contra su enfermedad, a pesar de la presión por parte de su familia. Por ello, se decide interrumpir el tratamiento quimioterápico que

ya no era eficaz, eliminar el DAI y darle de alta a domicilio con cuidados paliativos, donde falleció una semana después. Se puede observar aquí un buen ejercicio de la medicina personalizada. Se aceptaron los límites de la acción terapéutica en la enfermedad terminal y se estableció una relación con el enfermo basada en la integridad, la honradez, la veracidad y la empatía.

PALABRAS CLAVE

Adecuación del esfuerzo terapéutico, atención al final de la vida, relación médico-paciente, autonomía del paciente.

ÉTICA Y DEONTOLOGÍA – CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO

Paciente de 68 años con un cáncer metastásico de pulmón, ingresado en el servicio de Oncología. El paciente lleva varios años luchando contra la enfermedad y ha recibido varias líneas de tratamiento. Sin embargo, tras los últimos ciclos de quimioterapia disponibles, los resultados no han sido tan positivos como los oncólogos esperaban. Además, este paciente cuenta con una particularidad ya que hace quince años sufrió un extenso infarto agudo de miocardio que requirió la colocación de un desfibrilador automático implantable (DAI).

A lo largo de la enfermedad oncológica, el paciente ha estado muy arropado por su familia, especialmente por sus dos hijas, quienes siempre le han instado a seguir luchando. Pero esta vez es diferente, el paciente se encuentra en un momento crítico. La progresión de las metástasis le ocasiona fuertes dolores que el tratamiento analgésico ya no puede controlar bien y ha tenido que ingresar repetidamente en el Servicio. En el último ingreso, el paciente está sufriendo continuas y dolorosas descargas del DAI, agravando aún más su sufrimiento.

Ante esta situación, los oncólogos deciden realizar una interconsulta a cardiología para valorar conjuntamente al paciente. Tras estudiar el caso, los cardiólogos consideran la opción de desactivar el DAI, con el fin de mejorar la calidad de vida en el tiempo que le quede.

Ante la insistencia de la familia por conocer cuál va a ser el siguiente paso terapéutico, los médicos optan en primer lugar por mantener una conversación con el paciente. El oncólogo acude a su habitación y, tras presentarse y preparar el ambiente, procede a contarle la propuesta. Con voz serena, y manteniendo una mirada sincera con el paciente, le explica los pros y los contras de la desactivación, así como la gravedad del momento oncológico en el que se encuentra. Sin ocultarle información, le asegura que sea cual sea su elección, se le va a seguir atendiendo y procurando el mayor bienestar posible. El paciente, por

primera vez a lo largo de estos últimos años de enfermedad, se atreve a preguntar sin preámbulos cuál es realmente su expectativa de vida. Tras responderle con franqueza, el paciente toma la decisión de desactivar el DAI. Con mirada triste pero segura, dice: «Doctor, a pesar de que todos a mi alrededor me piden que siga luchando, yo quiero vivir mis últimos días en paz y tranquilidad». En este momento, el oncólogo se siente reconfortado ya que entiende que tratar al paciente no es solo saber qué quimioterapia dar, sino también saber cuándo parar.

El paciente fue dado de alta, siendo atendido en su domicilio por cuidados paliativos. Falleció a la semana, a causa de una arritmia ventricular, rodeado de sus seres queridos. Aunque a la familia le costó aceptar la decisión de desactivar el DAI, se vieron reconfortados por el alivio del sufrimiento y la paz que sintió su padre en sus últimos días.



ÉTICA Y DEONTOLOGÍA – CASOS CLÍNICOS



Los autores del caso premiado con el áccesit: **Paula Spang, Esther Luján, Marina López de Dicastillo y José Carlos Román.**

DISCUSIÓN

A lo largo de este caso, se pueden observar varias cuestiones ético-médicas. En el caso se destaca cómo se ha evitado el ensañamiento terapéutico, discutiendo a su vez otras cuestiones como la buena atención médica al final de la vida, los principios de no maleficencia y autonomía.

La primera cuestión que se trata es la interrupción del tratamiento quimioterápico para evitar el ensañamiento terapéutico, cuestión especialmente importante en Oncología.

Si no se tiene en cuenta, se puede prescribir un tratamiento excesivo al final de la vida, definido como un tratamiento que probablemente no sea beneficioso (1). Ante un paciente como el comentado, puede surgir el dilema ético de retirar el tratamiento definitivamente o de intentar administrar otro a toda costa, a pesar de que el beneficio clínico pueda ser mínimo. La cuestión es, ¿quién marca ese punto de corte? ¿cuándo se debe parar?

Esta cuestión se trata en el Artículo 36.1 del Código de Deontología Médica (CD) (2), donde se indica que cuando ya no sea posible la curación del paciente debemos salvaguardar su bienestar "aún cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida".

En este caso, la clave está en considerar la falta de eficacia del tratamiento, el sufrimiento del paciente y la repercusión de esas descargas eléctricas sobre su vida. A pesar de que previene la muerte súbita, el DAI está repercutiendo muy negativamente en un paciente en estado terminal. De acuerdo con Gabriela Picco y otros autores, desactivar un DAI no es un acto de eutanasia ni de suicidio asistido, sino que se trata de limitación del esfuerzo terapéutico (3). Asimismo, en el artículo 36.2 del CD se recoge explícitamente el deber del médico de no emprender ni continuar con acciones diagnósticas o terapéuticas sin que éstas tengan beneficios para el enfermo. En este caso, seguir con la quimioterapia y con el DAI activado solo aportaría efectos secundarios y dolor (2).

Sin embargo, puede ocurrir que sea el paciente el que opte por continuar con el tratamiento, aún siendo conocedor del mínimo impacto que este va a tener en su vida y de la falta de recomendación por parte del oncólogo. Incluso con el mejor asesoramiento, algunos pacientes rechazan cualquier limitación en su tratamiento. El 36% de los pacientes terminales del estudio de Lee et al. solicitaban «tratamiento completo», lo que presumiblemente incluye el ingreso en la UCI, la ventilación mecánica y la

RCP, si fuera necesario. Aunque estas medidas sirven para mantener la vida del paciente, los médicos han de considerar y plantear al paciente que se trata de una atención no beneficiosa o incluso perjudicial. Estos conflictos entre los médicos y los pacientes pueden ser relativamente comunes en la práctica asistencial (4).

Para evitar ese tipo de conflictos –que no se dan el caso planteado– es de vital importancia la educación del paciente. De hecho, como señalan Volandes y otros autores, los esfuerzos para mitigar el riesgo de sobret ratamiento empiezan por educar y asesorar a los pacientes y sus familias. Podemos educar a los pacientes proporcionándoles información, basada en los datos de resultados o desarrollando formas creativas de presentar esta información mediante el uso de vídeos o narraciones de pacientes (1). Además de la educación de los pacientes, Brinkman-Stoppelenburg añade que también los familiares necesitan apoyo y asistencia para superar los retos documentados de servir como sustitutos en la toma de decisiones. Se ha demostrado que mejorar la comunicación y el conocimiento de las preferencias de los pacientes, aumenta la probabilidad de que se respeten sus deseos y facilita el trato con enfermos y sus familiares.

¿Cómo se presenta el derecho a la autonomía en este caso? Este concepto es de vital importancia, tanto en este ejemplo como en el ejercicio de la práctica médica. La ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica dice lo siguiente: “El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles”.

Además, tal y como explica el artículo 36.2 del CD, se ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente en la toma de decisiones, especialmente en este caso en el que se encuentra en plenas facultades mentales. Si se diera el caso contrario y el estado del paciente no le permitiera tomar una decisión consciente, se debería tener en cuenta la opinión de sus familiares (2).

Por otra parte, se puede valorar positivamente la calidad de las relaciones interprofesionales existentes (oncólogos y cardiólogos) en torno al paciente, lo cual repercute de forma directa en el bienestar del mismo, tal y como dice el artículo 37.1 del CD: “La confraternidad entre los médicos es un deber primordial y sobre ella solo tienen preferencia los derechos del paciente” y 38.2: “Los médicos compartirán sus conocimientos científicos en beneficio de los pacientes” (2).

Si se analiza la conversación mantenida por el oncólogo y el paciente, se pueden apreciar algunos de los valores que recoge el Código de Deontología Médica: integridad,

honestidad, veracidad y empatía, esenciales para una relación asistencial de confianza plena (1). La conversación transcurre en un entorno tranquilo, mirándose a los ojos y hablándose con total sinceridad. El médico le habla de las ventajas e inconvenientes de la desactivación del DAI, sin ocultarle ningún tipo de información, aspecto que también aparece recogido en el Artículo 11, Capítulo 3, del CD que trata sobre el derecho de los pacientes a ser informados acerca de las posibilidades terapéuticas (2).

BIBLIOGRAFÍA

1. Volandes AE, Paasche-Orlow MK, Davis AD, Eubanks R, El-Jawahri A, Seitz R. Use of video decision aids to promote advance care planning in Hilo, Hawai'i. *J Gen Intern Med* 2016; 31:1035-40.
2. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, Código de Deontología. [Internet]. Cgcom.es. [citado el 15 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/main/files/files/202203/codigo_deontologia_medica.pdf
3. Gabriela Picco, Rocío Ríos, Marta Errasti et al. El porqué y el cómo de la desactivación del DAI en situación de final de vida. *FMC*. 2018; 25(7): 416-7.
4. Piers RD, Azoulay E, Ricou B, et al. Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *JAMA*. 2011; 306 (24):2694-2703.
5. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JAC, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliat Med* 2014; 28:1000-25.

Con Ramón y Cajal en el Colegio de Médicos

Dos homenajes en el 2022 para conmemorar el 170 aniversario de su nacimiento.

La sede colegial acogió dos homenajes en honor a **Santiago Ramón y Cajal** con motivo del 170 aniversario de su nacimiento y el centenario de su jubilación como Catedrático de la Universidad Central (Madrid). El año 2022 fue especialmente significativo para promover la figura del “padre de la neurociencia”.



Simposio en homenaje a Cajal con Javier De Felipe, Juan José Zarranz y Jaime Gállego.



Con motivo de estas dos efemérides, el Colegio de Médicos organizó en septiembre del 2022, un Simposio de homenaje al médico español que contó con dos ponentes de gran altura científica: Javier De Felipe Oroquieta, profesor de Investigación en el Instituto Cajal (CSIC), que habló sobre *“Cajal y el nacimiento de la neurociencia moderna”* y Juan José Zarranz Imirizaldu, catedrático emérito de Neurología de la UPV/EHU y miembro de Jakunde, que presentó la conferencia con el título *“Cajal visto por un neurólogo”*. El neurólogo navarro y premio Sánchez Nicolay a las buenas prácticas médicas, Jaime Gállego, moderó el acto. De ambos ponentes publicamos, en este número de Panacea, artículos sobre los aspectos abordados en el citado Simposio.

En la presentación del Simposio, Rafael Teijeira recordó que Santiago Ramón y Cajal fue nombrado “padre de la neurociencia moderna” por sus estudios sobresalientes sobre la anatomía microscópica del sistema nervioso, sus observaciones sobre la degeneración y regeneración del sistema nervioso y por sus teorías sobre la función, el desarrollo y la plasticidad de prácticamente todo el sistema nervioso. En palabras del premio nobel Hubel, “La textura del sistema nervioso del hombre y los vertebrados” es el más importante trabajo publicado en todos los tiempos sobre neurobiología.

En 1906 se le concedió el Premio Nobel de Medicina en Suecia por su teoría neuronal frente a la teoría reticular, una aportación fundamental para la comprensión del sistema nervioso, premio que compartió con Camilo Golgi. Por primera vez, Cajal situó a España en la vanguardia de la ciencia internacional.

Después de sus casi cincuenta años de trabajo (1887-1934) sus investigaciones siguen cautivando y estimulando a los neurocientíficos modernos de todo el mundo.

El presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teijeira, y los participantes en la mesa redonda “Santiago Ramón y Cajal (1852-1934), médico, sabio, humanista” rindieron homenaje al científico navarro, depositando flores en el busto ubicado en la entrada de la sede colegial.

MÉDICO, SABIO, HUMANISTA...

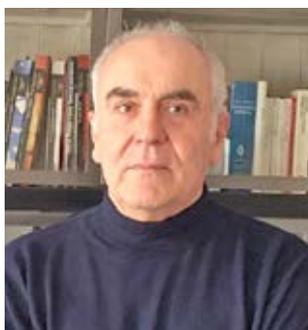
El 7 de noviembre del 2022 se celebró en la sede colegial un segundo homenaje con una mesa redonda titulada “Santiago Ramón y Cajal (1852-1934), médico, sabio, humanista”, organizada por la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Navarra y el Colegio de Médicos de Navarra.

Tras una ofrenda floral al busto del Nobel en el Colegio de Médicos, los participantes en la mesa redonda abordaron las distintas facetas de Cajal, desde su perfil médico-científico, hasta su vertiente intelectual humanista y su faceta más artística, pues tuvo grandes dotes para la literatura, la fotografía, la pintura y el dibujo.

Coordinada por Carlos Mata, profesor de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Navarra, estuvo moderada por Juan Ramón Corpas, médico y exconsejero de Cultura del Gobierno de Navarra. En su intervención, José Luis Lanciego, investigador científico senior del Programa de Neurociencias del Cima Universidad de Navarra, realizó una síntesis del Cajal científico. A continuación, Pedro Uhalte, médico jubilado e investigador cajalano, habló sobre la concesión del Premio Moscú. Por su parte, el profesor Carlos Mata abordó su faceta literaria. Por último, Juanjo Rubio, director de la Unidad de Innovación Social de Navarra, explicó lo que se está haciendo tanto en Navarra como a nivel nacional en el contexto del denominado “Año Cajal”, que se extenderá hasta mayo de 2025.

Homenaje a Cajal

CAJAL Y EL NACIMIENTO DE LA NEUROCIENCIA MODERNA



Por **Javier De Felipe**.
Instituto Cajal (CSIC)
y Laboratorio Cajal de
Circuitos Corticales
(Centro de Tecnología
Biomédica, UPM),
Madrid.
defelipe@cajal.csic.es

Adquirió notoriedad principalmente por la vivacidad de sus discusiones en apoyo de la teoría neuronal y por ser el científico que más datos aportó para su demostración

La introducción del método de tinción del sistema nervioso de la *reazione nera* (reacción negra) en 1873 por Camillo Golgi (1843-1926) representó un gran paso para la neurociencia. Gracias a este método (llamado método de Golgi en su honor) se pudo visualizar por primera vez en una preparación histológica la morfología prácticamente completa de las neuronas y de la glía, tiñéndolas de negro. Este descubrimiento constituye un ejemplo de avance técnico que de la noche a la mañana puede hacer cambiar el curso de la historia de la neurociencia. Como veremos más adelante, pese al gran avance técnico que representaba el método de Golgi, y salvo algunas excepciones, el método de Golgi pasó prácticamente desapercibido hasta que Santiago Ramón y Cajal (1852-1835) entró en escena provocando un cambio radical en el curso de la historia de la neurociencia.

Este ensayo se basa principalmente en el libro publicado por el autor de la presente obra titulado *El jardín de la Neurología: sobre lo bello, el arte y el cerebro* (De Felipe, 2014).

EL MÉTODO DE GOLGI

La importancia de este método es que con las técnicas histológicas disponibles hasta entonces, la visualización de las neuronas era incompleta, pues a menudo solo se podía observar el cuerpo celular y las porciones proximales de sus prolongaciones (las dendritas y el axón). Así pues, no era posible seguir la trayectoria de los axones finos ni visualizar las arborizaciones axónicas terminales, por lo que no era técnicamente factible abordar uno de los temas fundamentales de la organización del sistema nervioso: el trazado de las conexiones entre neuronas o circuitos neuronales. Según palabras de Cajal (*Recuerdos de mi vida*, 1917):

[...] el gran enigma de la organización del cerebro se cifra en averiguar el modo de terminarse las ramificaciones nerviosas y de enlazarse recíprocamente las neuronas. Reproduciendo un símil ya mencionado, tratábase de inquirir cómo rematan las raíces y las ramas de esos árboles de la sustancia gris, de esa selva tan densa que, por refinamiento de complicación, carece de vacíos, de suerte que los troncos, ramas y hojas se tocan por todas partes.

Este vacío técnico se resolvió principalmente con la aplicación del método de Golgi, que junto con la disponibilidad y refinamiento de otras técnicas y la genialidad de Cajal en la interpretación de las imágenes microscópicas, hizo posible el comienzo del estudio sistemático y detallado de la estructura y función del sistema nervioso.

CARRERA CIENTÍFICA DE CAJAL

Los estudios de Cajal se pueden dividir en tres grandes periodos. En el primero –antes de conocer el método de Golgi–, que abarca de 1877 a 1887, realizó una serie de estudios histológicos y de microbiología de carácter general. El segundo periodo comprende de 1887 a 1903, y se caracterizó por una intensa actividad investigadora, aplicando el método de Golgi para describir la arquitectura celular y desenmarañar los circuitos neuronales de prácticamente todo el sistema nervioso. Ya durante los tres primeros años de estos estudios, los fundamentos de la doctrina neuronal –teoría que establece principalmente que las neuronas son unidades independientes– quedaron sólidamente establecidos. Además, desde el comienzo de sus estudios con el método de Golgi, Cajal realizó descubrimientos importantes y formuló teorías fundamentales sobre el desarrollo del sistema nervioso. Su obra cumbre

en este periodo es *Textura del sistema nervioso del hombre y de los vertebrados* (Cajal, 1899, 1904), obra clásica de la neurociencia, en donde Cajal resume sus trabajos de investigación que supusieron el nacimiento de la neurociencia moderna. El tercer periodo cubre desde 1903 hasta su muerte, acaecida en 1934. Esta etapa fue igualmente muy activa, y se caracterizó especialmente por sus estudios sobre la degeneración y regeneración del sistema nervioso, utilizando principalmente el método del nitrato de plata reducido, método de tinción desarrollado por él mismo. Publicó diversos artículos de extraordinaria importancia que fueron resumidos en otra obra clásica de la neurociencia titulada *Degeneración y regeneración del sistema nervioso* (Cajal, 1913, 1914). También durante este periodo son muy notables las modificaciones técnicas y los nuevos métodos neurohistológicos que Cajal desarrolla, así como sus estudios sobre la estructura de la retina y centros ópticos de los invertebrados.

IMPACTO CIENTÍFICO

Las investigaciones de Cajal sobre la microanatomía de prácticamente todo el sistema nervioso, sus observaciones sobre la degeneración y regeneración, junto con sus teorías sobre la función, desarrollo y plasticidad, tuvieron una profunda influencia en los científicos de su época. Sin embargo, es importante recordar que el descubrimiento del bosque neuronal que constituye el cerebro no fue una tarea fácil ya que en los tiempos de Cajal el dibujo era la herramienta principal para ilustrar las imágenes microscópicas, dado que la microfotografía no se había desarrollado todavía. Como ocurre con los pintores de paisajes naturales, cuando el científico dibujaba las imágenes que observaba en una preparación histológica le era imposible dibujar todo lo que veía dentro del campo microscópico, y consecuentemente solo incluía aquellos elementos que según su criterio eran importantes para la observación que quería describir. En otras palabras, el científico se convierte en un intérprete del mundo microscópico. De hecho, uno de los obstáculos que Cajal tuvo que superar fue convencer a sus colegas de que sus observaciones eran veraces aportando como única prueba sus dibujos.

Cajal comenzó a ser conocido y admirado por la comunidad científica internacional después del “Congreso de la Sociedad de Anatomía Alemana”, celebrado en la Universidad de Berlín en octubre de 1889. Según Cajal en *Recuerdos de mi vida* (1917), en este congreso había una sala de demostraciones con varios microscopios, en donde utilizó “dos o tres instrumentos amplificantes, además de mi excelente modelo Zeiss, traído por si acaso”, para

Pinturas de los artistas Santiago Rusiñol (1861-1931) y Ramón Casas (1866-1932).



“Ramón Casas y Santiago Rusiñol, retratándose” (Casas, 1890).



“Glorieta de Cipreses-Jardines Aranjuez” (Rusiñol, 1919).

mostrar sus preparaciones de cerebelo, retina y médula espinal. Entre los histólogos y anatomistas más distinguidos del momento que manifestaron un gran interés por sus preparaciones se encontraban His, Schwalbe, Retzius, Waldeyer y, especialmente, Kölliker, uno de los científicos más influyentes de la época. Kölliker quedó tan impresionado con los descubrimientos de Cajal, que le dijo:

Los resultados obtenidos por usted son tan bellos que pienso emprender inmediatamente, ajustándome a la técnica de usted, una serie de trabajos de confirmación. Le he descubierto a usted, y deseo divulgar en Alemania mi descubrimiento.

Kölliker difundió las observaciones, conceptos y teorías de Cajal, que pronto tuvieron una profunda influencia en los investigadores de su tiempo. Como resultado, distinguidas instituciones e investigadores invitaron a Cajal a exponer sus hallazgos. Numerosos científicos siguieron el ejemplo establecido por Cajal, comprobando y ampliando sus teorías en casi todos los campos de la neurociencia. Sus contribuciones son tan numerosas que resulta del todo imposible resumirlas en unas líneas. No obstante, Cajal adquirió notoriedad principalmente por la vivacidad de sus discusiones en apoyo de la teoría neuronal^[1] y por ser

el científico que más datos aportó para su demostración. Esta teoría, que presenta los principios fundamentales de la organización y función del sistema nervioso, establece que las neuronas son las unidades anatómicas, fisiológicas, genéticas y metabólicas del sistema nervioso.

Desde el principio, las células nerviosas constituían claramente para Cajal una unidad anatómica y funcional, y se comunicaban entre sí por contacto (sinapsis), no por continuidad. Esta observación suponía un cambio radical en cómo podía fluir la información en un cerebro «infinitamente fragmentado», en vez de que esto ocurriera a través de una red neuronal continua. Es decir, había que intentar averiguar cómo pasa el impulso nervioso de una célula nerviosa a otra a través de una separación física.

Las aportaciones de Cajal a la teoría neuronal fueron resumidas en varios artículos y libros por él mismo, y, especialmente, en su artículo *¿Neuronismo o reticularismo?* (Cajal, 1933). Tras los estudios de Cajal, a pesar de las numerosas evidencias experimentales y de las observaciones histológicas que apoyaban la teoría neuronal, lo cierto es que la demostración decisiva de que existía una separación física entre las neuronas tuvo que esperar a la introducción del microscopio electrónico para el estudio del sistema nervioso en la década de 1950. Esta nueva tecnología permitió



Fotografía tomada por el propio Cajal.



Dibujo realizado por Cajal en 1921 para ilustrar las células de la corteza cerebral.

Uno de los obstáculos que Cajal tuvo que superar fue convencer a sus colegas de que sus observaciones eran veraces aportando como

única prueba sus dibujos

examinar la ultraestructura de las sinapsis y confirmar uno de los puntos centrales de la teoría neuronal: el elemento presináptico y el postsináptico están separados físicamente por un espacio conocido como hendidura sináptica.

La labor de Cajal fue reconocida a nivel mundial, como lo demuestra los numerosos premios y distinciones honoríficas que recibió, incluyendo los más importantes de la época, como el Premio de Moscú en 1900, la medalla de oro de Helmholtz en 1905 y el premio Nobel en Fisiología o Medicina en 1906. Incluso en épocas recientes son numerosos los homenajes a Cajal puesto que la gran mayoría de las observaciones de Cajal siguen siendo vigentes (De Felipe, 2002). Uno de los más llamativos fue el realizado en 1998 durante la misión Neurolab de la NASA, que llevó a bordo de la nave Columbia 12 preparaciones histológicas y 9 dibujos realizados por Cajal, en homenaje y reconocimiento internacional de Cajal como el padre de la neurociencia moderna: durante el vuelo espacial, cuatro astronautas hablaron para la televisión de diversos países sobre la repercusión de la obra de Cajal en la neurociencia.

[1] En aquel tiempo, la hipótesis que prevalecía sobre la organización del sistema nervioso era la teoría reticular, que propugnaba que los elementos del sistema nervioso formaban un continuo, a modo de red.

BIBLIOGRAFÍA

- Cajal, S.R. (1899, 1904). *Textura del sistema nervioso del hombre y de los vertebrados*. Moya, Madrid.
- Cajal, S. R. (1913, 1914). *Estudios sobre la degeneración y regeneración del sistema nervioso*. Moya, Madrid.
- Cajal, S.R. (1917). *Recuerdos de mi vida, Vol.2. Historia de mi labor científica*. Moya, Madrid.
- Cajal, S.R. (1933). ¿Neuronismo o reticularismo? Las pruebas objetivas de la unidad anatómica de las células nerviosas. *Arch Neurobiol* 13:1-144.
- De Felipe, J. (2002). Sesquicentennial of the birthday of Santiago Ramón y Cajal (1852-2002), the father of modern neuroscience. *Trends Neurosci* 25:481-484.
- De Felipe, J. (2014). *El Jardín de la Neurología: Sobre lo bello, el arte y el cerebro*. BOE and CSIC, Madrid.
- Golgi, C. (1873). Sulla struttura della sostanza grigia del cervello (Comunicazione preventiva). *Gaz Med Ital Lombardia* 33:244-246.

Homenaje a Cajal

CAJAL VISTO POR UN NEURÓLOGO



Por el Profesor
Juan J. Zarranz.
Catedrático Emérito.
Departamento de
Neurociencias
UPV-EHU.

Estableció los principios de la neurociencia moderna que siguen perfectamente válidos un siglo después, un hecho insólito en la historia de la ciencia

D. Santiago Ramón y Cajal, mundialmente abreviado como Cajal, ha sido catalogado entre los más ilustres polímatas de la historia, las personas que cultivan con profundidad y excelencia, no superficialmente como un diletante, una gran cantidad de actividades. De todas ellas, tales como fotógrafo, ajedrecista, hipnotizador, humanista, etc. sólo mencionaré brevemente para este artículo las de la histología –más precisamente la neurohistología–, la anatomía patológica y la patología experimental. Son las áreas más familiares para la observación de un neurólogo.

EL SISTEMA NERVIOSO EN LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX

Cajal nació en 1852. Para entonces se había producido en el campo de la medicina, un gran movimiento de interés hacia el estudio del sistema nervioso y más concretamente del cerebro. Una parte de ese interés procedía del empirismo, de las observaciones clínicas de trastornos neurológicos y su correlación con las lesiones encontradas en las autopsias, el método anatomoclínico. Gracias a él la neurología avanzó enormemente en la segunda mitad del siglo XIX en toda Europa, con figuras de la relevancia de Cruveilhier, Duchègne, Vulpian, Charcot y toda su escuela (en Francia), Reynolds, Jackson, Gowers (en Gran Bretaña), Romberg, Friedreich, Erb, Meynert, Wernicke, Oppenheim (en Alemania), etc.

Otra profunda corriente de interés por el cerebro era de base filosófica, el materialismo y el positivismo que negaban el carácter espiritual del hombre, cuyas funciones "superiores" no radicaban en un alma inmortal, sino en su cerebro. Aunque existían algunos precedentes, hay un acuerdo general en considerar que las observaciones de Broca cuando presentó en la Sociedad de Antropología de París los cerebros de sus famosos pacientes que habían perdido el lenguaje por una lesión focal frontal izquierda, consolidó la idea de que el cerebro es el asiento de nuestras facultades intelectuales, además de las motoras, sensitivas, visuales, etc.

Por entonces también, ya se aceptaba, aunque todavía no unánimemente, la teoría celular tal y como Virchow resumió en 1853. Todos los tejidos están constituidos por células individuales como su elemento básico y toda célula procede de otra célula. Pero este principio, aplicado al sistema nervioso era, todavía, misterioso y controvertido por falta de una tecnología adecuada a su estudio.

En resumen, en la segunda mitad del siglo XIX ya se aceptaba que el cerebro es el asiento de las funciones superiores, pero ¿cómo está constituido, cómo es su estructura interna?

EL TRASCENDENTAL ENCUENTRO ENTRE SIMARRO Y CAJAL, Y EL NACIMIENTO DE LA NEUROHISTOLOGÍA MODERNA

Cuando Cajal se recuperó de su penosa experiencia como médico militar en Cuba, de donde volvió muy débil y enfermo (paludismo, disentería) se plegó, por fin, a los deseos de su padre de que hiciera una carrera universitaria, comenzó a trabajar en anatomía en la Facultad de Zaragoza y consiguió, finalmente, la cátedra de Anatomía de Valencia en 1882. En ese año se creó para Charcot la cátedra de Enfermedades del Sistema Nervioso en París y no fue sino diez años después en 1892 que se abrió el primer dis-

pensario de electrología/electroterapia para los enfermos neurológicos a cargo de Luis Barraquer Roviralta en el hospital de la Sta. Cruz y S. Pablo en Barcelona, el origen –con enorme retraso– de la neurología en España.

En 1887, Cajal fue a Madrid a un tribunal de oposiciones, y alguien le aconsejó que visitara a Simarro, un reconocido neurólogo valenciano que había pasado cinco años en París y tenía un gran interés por la histología, la cual cultivaba en su laboratorio particular. Simarro le mostró a Cajal algunas preparaciones teñidas por el novedoso método de Golgi, que le dejaron fascinado por la belleza de las neuronas que con él se observaban (Figura 1). De vuelta a Valencia él mismo dejó escrito que se entregó a la explotación de aquel fascinante método con toda la paciencia de que era capaz. No cabe duda de que en ese interés de Cajal por la observación de la estructura (la textura como él decía) del sistema nervioso y concretamente de las neuronas jugó un gran papel su afición por el dibujo. El microscopio le permitía ver formas maravillosas, previamente no descritas y Cajal volcó toda su pasión por el dibujo en reproducirlas, como había hecho previamente con otras formas de la naturaleza.

A fe que Cajal se entregó a la observación del cerebro con paciencia y tenacidad. En ese mismo año de 1887 se trasladó a Barcelona y en solo otro año hizo las observaciones trascendentales (Cajal llamó a 1888 su "año cumbre") que presentó en Alemania en el congreso de anatomía de 1889, donde, de la mano de Kolliker se consagró internacionalmente. Por primera vez había pruebas de que en el sistema nervioso sus elementos constituyentes, las neuronas, eran células independientes como en el resto de los

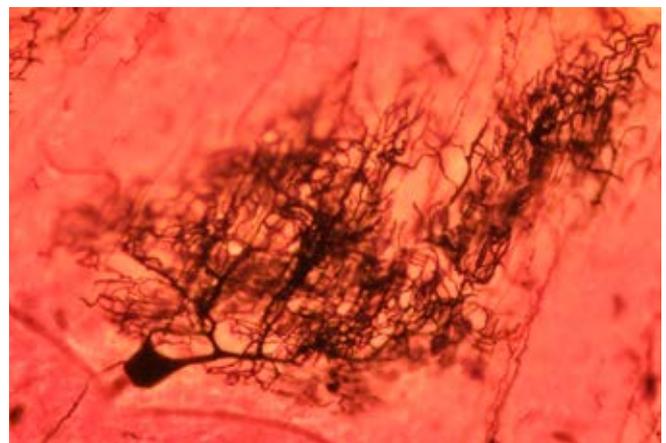


Figura 1.
Célula de Purkinje. Método de Golgi. Preparación original de Simarro microfotografiada por el autor.

tejidos del organismo y no formaban parte de un retículo continuo como proponía el pensamiento ortodoxo de la época.

Cajal continuó con su labor frenética en los siguientes años. En 1892 se trasladó a Madrid, en donde unos años después (en 1901) consiguió disponer de un Laboratorio de Investigaciones Biológicas que le permitió desarrollar su escuela, el embrión de lo que con el tiempo fue el Instituto Cajal (1922) donde trabajó hasta su muerte en 1934. Recibió los premios y medallas más prestigiosos del mundo, el más conocido el Nobel en 1906 junto con Golgi, el inventor de la tinción histológica que había hecho posible toda su obra, al mismo tiempo que su gran rival defensor del reticularismo. En poco más de una década, Cajal desentrañó el misterio de la textura del sistema nervioso (Figura 2) y estableció los principios de la neurociencia moderna que siguen perfectamente válidos un siglo después, un hecho insólito en la historia de la ciencia.

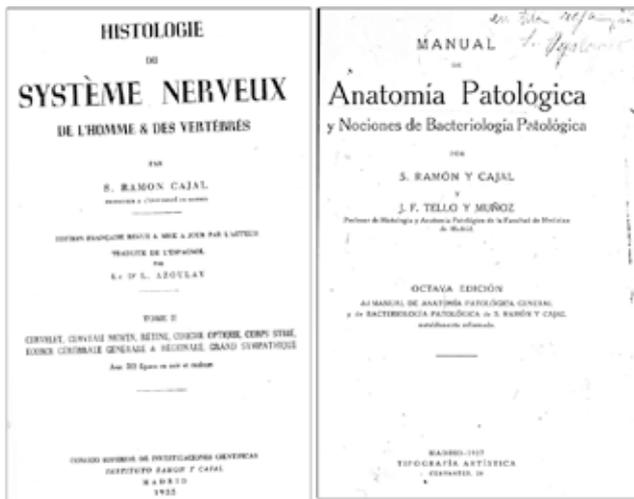
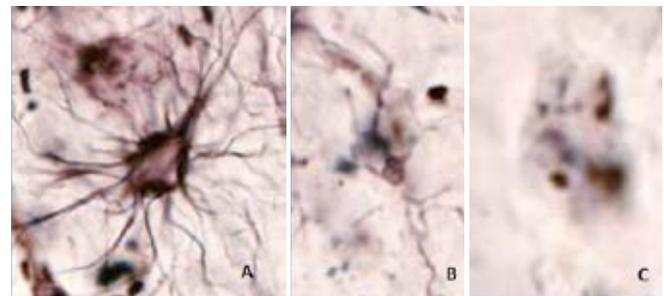


Figura 2. Portada de la obra magna de Cajal sobre la histología del sistema nervioso en su edición francesa a la izquierda, y de su Manual de Anatomía Patológica a la derecha.

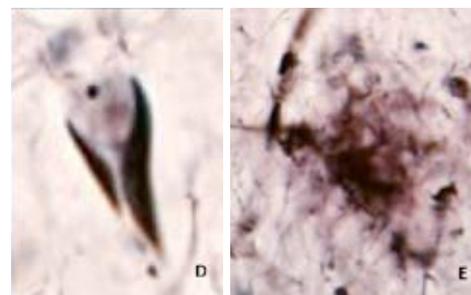
CAJAL ANATOMOPATÓLOGO

A su llegada a Barcelona en 1887, tiene a su cargo la enseñanza de la histología y también de la Anatomía Patológica para lo cual editó un manual que tendría muchas ediciones sucesivas. En el prefacio de la octava edición (Figura 2), ya con Tello como co-autor, explicó en el prefacio que Cajal había creado en 1912 el Departamento de Autopsias Clínicas y había puesto a Tello como su jefe. Una vez más llama la atención el retraso secular de la ciencia en España pues las autopsias clínicas se realizaban en los hospitales europeos de manera sistemática desde muchas décadas antes. Los anatomopatólogos españoles consideran a Cajal como uno de los fundadores de la disciplina en nuestro país, aunque su contribución directa a la patología fue limitada, por ejemplo en el campo de la neuropatología solo hizo algunas aportaciones a la enfermedad ya descrita por Alzheimer (Figura 3).

Figura 3. Lesiones histológicas básicas en la enfermedad de Alzheimer tomadas de una preparación original de Cajal con óxido de plata amoniacal.



A. Astrocito reactivo. B. Microglía activada. C. Degeneración gránulo-vacuolar.



D. Degeneración neurofibrilar ("tangle"). E. Placa senil.

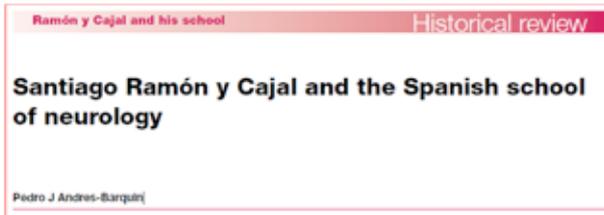


Figura 4.

Cajal en la orla de su licenciatura (nótese que no se adscribe Petilla a Navarra sino a Aragón). Creó con los años una gran escuela cuya relación hizo él mismo cuando le entregaron la medalla Echegaray en 1992.

Sala, Terrazas, Calleja, Olóriz, Aguilera, Blanes Viale, Bartual, Lavilla, Río Lara, Márquez, Pedro Ramón y Cajal, Tello, Achúcarro, Domingo Sánchez, Rodríguez Lafora, Villaverde, Río-Hortega, Castro, Lorente de Nó, Arcuate, Fortún, Sacristán, Prados Such, Calandre, Ramón Fañanás, Gil y Gil, Luna, Górriz, Havet, Fornas, Sanchez y Sanchez, Gayarre, Leoz, Arcaute, Forster, Serra, Gorriz

CAJAL Y LA PATOLOGÍA EXPERIMENTAL

Cajal no se limitó a la observación del cerebro normal, sino que se interesó por el estudio de las reacciones del sistema nervioso a las lesiones experimentales y en particular analizó minuciosamente la degeneración y regeneración tanto de los nervios periféricos como del sistema nervioso central a lo que dedicó dos gruesos volúmenes con la ayuda de Tello y sus otros colaboradores. De hecho, su discurso de ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina en 1908 versó sobre "Mecanismos de regeneración de los nervios". El gran desafío, entonces y ahora, sigue siendo la regeneración de las lesiones del sistema nervioso central.

CAJAL, SU ESCUELA Y SU LEGADO

La aportación inicial de Cajal al desarrollo de la teoría neuronal (independencia de las neuronas, contactos sinápticos, espinas dendríticas, conos de crecimiento, polarización dinámica, etc.) fue el resultado de un gigantesco esfuerzo individual, totalmente personal. Pero Cajal tenía claro que el futuro y el progreso dependen del esfuerzo colectivo, de la creación de una escuela y pronto se rodeó de un gran grupo de personas de extraordinaria valía. Pero no sólo se ocupó de su propia escuela. A Cajal le dolía el retraso científico de España y el aislamiento del resto del mundo, en gran parte por la ignorancia generalizada de los idiomas científicos internacionales (algo que sufrió en sus propias carnes). Por eso promovió la Junta de Ampliación de Estudios, la institución que permitió a muchos jóvenes españoles realizar estancias en el extranjero, aprender

Debe ser recordado no sólo por su inmenso legado científico, sino por su influyente mensaje social y contribución al desarrollo nacional

técnicas o métodos nuevos que incorporaron a la ciencia española en todos los órdenes. Unamuno lo sintetizó en una frase: "Cajal contribuyó, como nadie, a la creación de un medio intelectual científico en España".

La escuela de Cajal ha recibido distintos adjetivos, de histología, de neurología, madrileña o española según en qué aspecto se pone énfasis (Figura 4). Lo cierto es que en ella hubo neurocientíficos extraordinarios como del Río Hortega, Lorente de No y de Castro, los tres aspirantes al premio Nobel, y neuropsiquiatras que brillaron en la clínica como Achúcarro, Lafora, Sanchis Banus, Villaverde, Gayarre, etc. Cajal fue el maestro directo de los neurohistólogos y el inspirador de la neuropsiquiatría que se desarrolló en gran medida bajo su amparo. Desgraciadamente, las consecuencias de la guerra civil fueron funestas para la consolidación de esta extraordinaria escuela que en pocas décadas había colocado a España a la cabeza del mundo en el campo de las neurociencias.

Así pues, Cajal debe ser recordado no sólo por su inmenso legado científico, sino por su influyente mensaje social y contribución al desarrollo nacional.



¿PODRÍA SER CIRUJANO GENERAL?

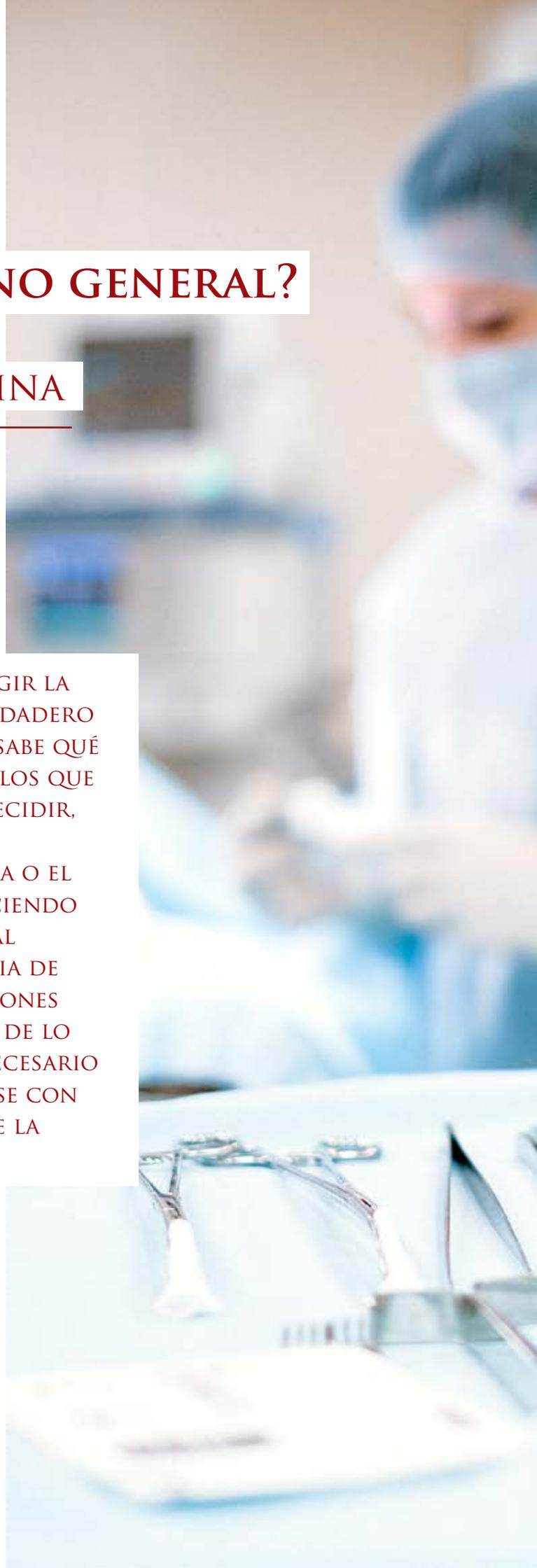
REFLEXIONES PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA

AUTORES:

- ◆ URIBAZO RODRÍGUEZ, J.M.;
- ◆ RAMÍREZ CERVERA, JOSÉ LUIS;
- ◆ PIÑERA DIAZ, ALBERTO.

PARA UN ESTUDIANTE DE MEDICINA, ELEGIR LA ESPECIALIDAD PUEDE LLEGAR A SER UN VERDADERO QUEBRADERO DE CABEZA. LA MAYORÍA NO SABE QUÉ ELEGIR. PERO ES QUE INCLUSO PARA AQUELLOS QUE YA LO SABEN, LLEGADO EL MOMENTO DE DECIDIR, SON ASALTADOS POR MULTITUD DE DUDAS.

NO SIEMPRE EL ESTUDIO DE UNA MATERIA O EL HECHO DE HABER PASADO UN TIEMPO HACIENDO PRÁCTICAS EN EL HOSPITAL CON TAL O CUAL ESPECIALISTA, REVELA LA AUTÉNTICA ESENCIA DE LA ESPECIALIDAD. LAS PASANTÍAS O ROTACIONES TAN SOLO MUESTRAN UNA PEQUEÑA PARTE DE LO QUE ES LA ESPECIALIDAD POR LO QUE ES NECESARIO QUE LOS ESTUDIANTES PUEDAN INFORMARSE CON MÁS PROFUNDIDAD O QUE SE LES OTORQUE LA OPORTUNIDAD DE CONOCERLA MEJOR.



¿QUÉ ES LA CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO (CGAD)?

La CGAD es la especialidad quirúrgica por excelencia. Es una de las especialidades que no pueden faltar en un hospital, ya que los conocimientos que se adquieren no solo abarcan los de su propia especialidad, sino que incluye el de otras especialidades quirúrgicas, lo que da al cirujano general la capacidad para atender, e incluso resolver, en una primera instancia los problemas urgentes de esas otras especialidades.

El **programa formativo**, que luego cada hospital, a través de sus comisiones de docencia, adapta a sus circunstancias (1) y organización particular, se detalla en la Orden SCO/1260/2007, de 13 de abril (aún vigente) (2). Las bases para el desarrollo de este programa parten de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (3). Esta ley establece que las especialidades solo pueden hacerse por el sistema MIR y en un centro acreditado y, por tanto, que reúna las condiciones necesarias para que, tras 5 años (que es lo que dura la formación en cirugía general) el residente adquiera *“los conocimientos, habilidades y actitudes para cumplir, de manera competente y responsable, las funciones que corresponden primariamente a la CGAD, tanto en relación con problemas quirúrgicos electivos como urgentes y tanto en el ámbito de un hospital comarcal o de área como en un hospital de referencia”*.

En un primer nivel de conocimientos, la CGAD abarca los aspectos quirúrgicos de todo el aparato digestivo

(desde el esófago hasta el ano), la pared abdominal, piel y partes blandas, retroperitoneo y patología externa de la cabeza y cuello, así como del sistema endocrino (tiroides, paratiroides y glándulas suprarrenales) y de la mama.

En un segundo nivel, los cirujanos se forman para adquirir competencias subsidiarias de especialidades tanto quirúrgicas como médicas afines, pero especialmente quirúrgicas, con las que podrán hacer el planteamiento inicial, llegando incluso resolver, hasta cierto nivel de complejidad, problemas de esas otras especialidades, sobre todo si se encuentran en un hospital intermedio como son los hospitales de área y los comarcales. Hablamos de cirugía torácica, cirugía vascular, urología, cirugía plástica, traumatología, entre otras, así como especialidades médicas como son digestivo, medicina intensiva, Atención Primaria (que, en muchos sitios, se ha sustituido por rotaciones en la urgencia médica y/o guardias médicas), o incluso, y no menos importante, la especialidad de radiodiagnóstico.

Y, desde una perspectiva no asistencial, en un tercer nivel de conocimientos, el cirujano en formación deberá aprender los fundamentos biológicos y técnicos de la Cirugía, así como familiarizarse con el método científico y recibir un adiestramiento adecuado en metodología de la investigación, junto con conocimientos de principios de bioética y fundamentos de la gestión sanitaria y de calidad asistencial.

CARACTERÍSTICAS DE LA CGAD

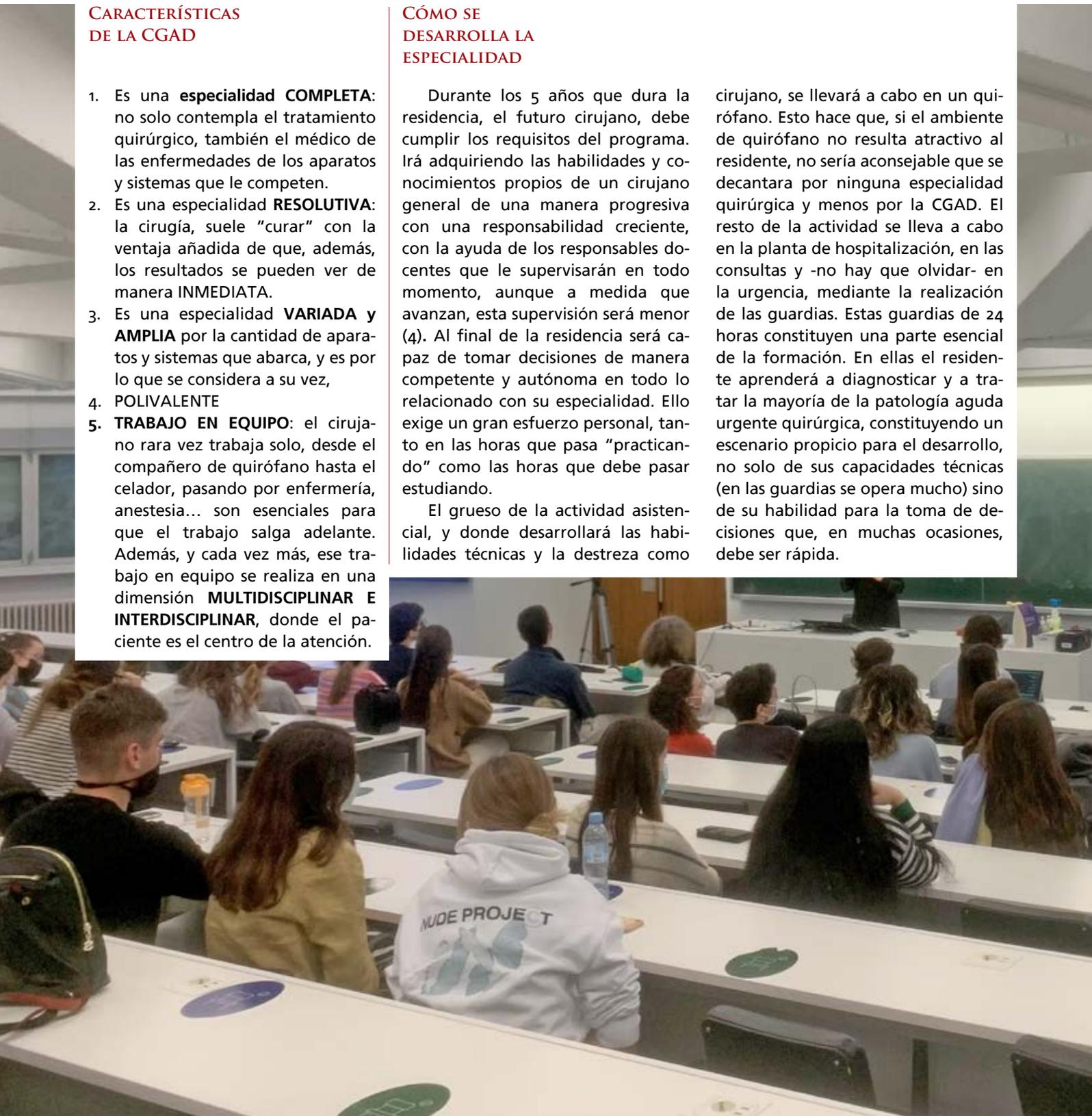
1. Es una **especialidad COMPLETA**: no solo contempla el tratamiento quirúrgico, también el médico de las enfermedades de los aparatos y sistemas que le competen.
2. Es una especialidad **RESOLUTIVA**: la cirugía, suele "curar" con la ventaja añadida de que, además, los resultados se pueden ver de manera **INMEDIATA**.
3. Es una especialidad **VARIADA y AMPLIA** por la cantidad de aparatos y sistemas que abarca, y es por lo que se considera a su vez,
4. **POLIVALENTE**
5. **TRABAJO EN EQUIPO**: el cirujano rara vez trabaja solo, desde el compañero de quirófano hasta el celador, pasando por enfermería, anestesia... son esenciales para que el trabajo salga adelante. Además, y cada vez más, ese trabajo en equipo se realiza en una dimensión **MULTIDISCIPLINAR E INTERDISCIPLINAR**, donde el paciente es el centro de la atención.

CÓMO SE DESARROLLA LA ESPECIALIDAD

Durante los 5 años que dura la residencia, el futuro cirujano, debe cumplir los requisitos del programa. Irá adquiriendo las habilidades y conocimientos propios de un cirujano general de una manera progresiva con una responsabilidad creciente, con la ayuda de los responsables docentes que le supervisarán en todo momento, aunque a medida que avanza, esta supervisión será menor (4). Al final de la residencia será capaz de tomar decisiones de manera competente y autónoma en todo lo relacionado con su especialidad. Ello exige un gran esfuerzo personal, tanto en las horas que pasa "practicando" como las horas que debe pasar estudiando.

El grueso de la actividad asistencial, y donde desarrollará las habilidades técnicas y la destreza como

cirujano, se llevará a cabo en un quirófano. Esto hace que, si el ambiente de quirófano no resulta atractivo al residente, no sería aconsejable que se decantara por ninguna especialidad quirúrgica y menos por la CGAD. El resto de la actividad se lleva a cabo en la planta de hospitalización, en las consultas y -no hay que olvidar- en la urgencia, mediante la realización de las guardias. Estas guardias de 24 horas constituyen una parte esencial de la formación. En ellas el residente aprenderá a diagnosticar y a tratar la mayoría de la patología aguda urgente quirúrgica, constituyendo un escenario propicio para el desarrollo, no solo de sus capacidades técnicas (en las guardias se opera mucho) sino de su habilidad para la toma de decisiones que, en muchas ocasiones, debe ser rápida.



¿PODRÍA SER CIRUJANO/A GENERAL?

Si como estudiante te gusta el entorno y el ambiente quirúrgico, si la patología que abarca la especialidad te atrae (todo el aparato digestivo y el resto de los aparatos y sistemas mencionados), si no quieres centrarte solo en un aparato o sistema, si el trabajo en equipo y el contacto con los pacientes es lo que te va, la cirugía es lo tuyo.

Si lo que prefieres es el dinamismo de las cirugías, si la tecnología te atrae, si te gusta trabajar no solo con tu intelecto sino también con las manos, la cirugía general es lo tuyo.

Si la toma de decisiones, en ocasiones bajo presión, no te supone un problema, si quieres ver pronto el resultado de lo que haces, la cirugía general es lo tuyo.

Aunque la especialidad en sí es dura, no solo por el amplio contenido de conocimientos que debe tener un cirujano general, por las horas que debe pasar de guardia, por la necesidad, cada vez mayor, de investigar para avanzar, lo cual exige consumir más horas (muchas veces del tiempo libre), al final, compensa. La mayoría de los cirujanos generales, cuando se les pregunta, están felices con su elección. Además, la división, cada vez mayor en áreas de capacitación

específica, que se traduce en la creación de secciones concretas (esofagogástrica, hepatobiliopancreática, colorrectal, pared abdominal...) ofrece una opción de superespecialización que, a muchos, les resulta atractiva. Junto a esto, los avances en técnicas y en tecnologías, como la laparoscopia y ahora la robótica, hacen que la especialidad sea aún más atractiva.

Si la elección hacia la CGAD es clara, el sistema MIR garantiza que el centro que uno escoge y que debe estar acreditado, reúne las condiciones necesarias y suficientes para que el especialista al finalizar el periodo de formación sea capaz de ejercer de manera autónoma y competente. Ahora bien, los 5 años que dura la experiencia, son más llevaderos si el ambiente de trabajo es bueno. Un buen ambiente, debe primar a la hora de elegir el hospital donde formarse, amén de la proximidad del domicilio, incluso de su excelencia académica. Al final, el residente que hace cirugía general termina siendo cirujano general y siendo capaz de resolver todos, al menos la mayoría, de los problemas quirúrgicos (y no olvidemos, también médicos) que le competen dentro (e incluso fuera) de su especialidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Guía formativa de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Navarra:**



2. **Orden SCO/1260/2007**, de 13 de abril, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo:



3. **Ley 44/2003**, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias:



4. **Real Decreto 183/2008**, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada:



CON LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

Cirujanos y médicos en formación de los centros navarros participaron en el programa de charlas informativas sobre especialidades dirigidas a los estudiantes de segundo grado de Medicina. Respondieron a las preguntas de los alumnos sobre la especialidad de Cirugía: Manuel Cires, cirujano General y Digestivo del Hospital García Orcoyen de Estella y vocal de Medicina Hospitalaria en la Junta Directiva del Colegio; Mauricio Uribazo, tutor de residentes en el Hospital Universitario de Navarra (HUN); y los médicos en formación José Luis Ramírez y Alberto Piñera del HUN y Ana Almeida de la Clínica Universidad de Navarra (CUN).

[En la foto, alumnos de Medicina en una de las charlas impartidas].



SER O NO SER



Begoña Bermejo Fraile.

Doctora en Metodología de Investigación Biomédica.

Dentro de nosotros existe algo que no tiene nombre, y eso es lo que realmente somos (José Saramago).

En este artículo nos adentramos un poco más en la regresión logística, un tipo de análisis multivariable muy frecuentemente utilizado en medicina.

En la regresión lineal múltiple se estudia cómo se relacionan una serie de variables independientes con una variable dependiente cuantitativa. La fórmula es la siguiente:

$$y = \alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots \beta_k x_k$$

donde "y" es la variable dependiente, x_1, x_2, x_k son las variables independientes, α es la constante (el valor que toma "y" cuando todas las variables independientes son iguales a cero), y $\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k$ son los coeficientes de regresión, y expresan cuánto cambia "y" por cada unidad de cambio de "x".

Queremos ver en qué medida el peso de una persona depende de su talla y sexo, y ha resultado lo siguiente:

$$\text{Peso} = -100 + 1 \cdot \text{Altura} - 5 \cdot \text{Sexo}$$

Donde el peso se expresa en kg, la altura en cm y el sexo se ha codificado como 0 hombre y 1 mujer. Según estos resultados, para el mismo sexo, por cada diferencia de altura de 1 cm el peso aumenta en media 1 kg, y para la misma altura, las mujeres pesan en media 5 kg menos que los hombres. Una mujer de 160 cm de altura pesaría en media 55 kg ($-100 + 1 \cdot 160 - 5 \cdot 1 = 55$).

La **regresión logística** es un tipo especial de regresión múltiple donde la **variable dependiente es una variable lógica sí/no** (morir/no morir, enfermar/no enfermar, recaer/no recaer) y sólo toma los valores 1 cuando el suceso en estudio ocurre y 0 cuando no ocurre.

En principio, el modelo de regresión podría ser el mismo que para la regresión lineal múltiple, donde la variable dependiente fuese la probabilidad de que ocurriera el suceso que se está estudiando:

$$p = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots \beta_k X_k$$

Pero entonces, la parte derecha de la ecuación podría tomar valores entre $-\infty$ y $+\infty$, y la probabilidad de que un hecho ocurra sólo puede tomar valores entre 0 y 1. Para solucionar este problema se puede realizar una **transformación logit**:

$$\ln(p/(1-p)) = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots \beta_k X_k$$

O lo que es lo mismo:

$$p/(1-p) = e^{(\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots \beta_k X_k)}$$

Al despejar la p (aunque es sencillo, aquí voy a ahorrarme el proceso) resulta:

$$p = 1 / (1 + e^{-(\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots \beta_k X_k)})$$

Así vemos más claramente que la parte derecha de la ecuación, al ser el cociente entre 1 y 1 más algo, ya



no puede dar valores superiores a 1 ni inferiores a 0.

Cuando dejo de ser lo que soy, me convierto en lo que podría ser (Lao-Tsé).

Se ha estudiado cómo influye la edad, el hábito de fumar (o no fumar, 1 fumador) y la tensión arterial sistólica (TAS) sobre el desarrollo de enfermedad coronaria, y ha dado los siguientes resultados:

$$p = 1 / (1 + e^{-(-6,60 + 0,07 \cdot \text{edad} + 0,31 \cdot \text{fumador} + 0,02 \cdot \text{TAS})})$$

Si estamos ante un paciente de 58 años, fumador y cuya tensión es de 150 mmHg, su probabilidad de desarrollar enfermedad coronaria es:

$$p = 1 / (1 + e^{-(-6,60 + 0,07 \cdot 58 + 0,31 \cdot 1 + 0,02 \cdot 150)}) = 0,68.$$

Así como en la regresión lineal múltiple los coeficientes de regresión

expresan en cuántas unidades cambia la variable dependiente por cada unidad de cambio de la independiente, en la regresión logística, al no ser la relación lineal, no podemos dar una explicación tan sencilla a los coeficientes de regresión. Pero sí podemos utilizar la **odds ratio (OR)**, una medida de asociación similar al riesgo relativo (RR). Si el RR es un cociente de riesgos, la OR es un cociente de odds, y una odds es el cociente entre la probabilidad de que un hecho ocurra y la



probabilidad de que no ocurra (odds = $p/1-p$).

Imaginemos que queremos saber, con los datos del ejemplo, en qué medida se asocia el hecho de ser fumador a la enfermedad coronaria. Podemos calcular la odds de enfermedad coronaria en los fumadores ($x = 1$) y dividirlo por la odds de enfermedad coronaria en los no fumadores ($x = 0$), obteniendo así la OR de asociación entre el hecho de ser fumador y la enfermedad coronaria.

Odds de enfermedad coronaria en fumadores:

$$p/1-p = e^{-(6,60 + 0,07 \cdot \text{edad} + 0,31 \cdot 1 + 0,02 \cdot \text{TAS})}$$

de enfermedad coronaria en no fumadores:

$$p/1-p = e^{-(6,60 + 0,07 \cdot \text{edad} + 0,31 \cdot 0 + 0,02 \cdot \text{TAS})}$$

La odds ratio (OR) es el cociente de odds, y para dividir potencias de la misma base se restan los exponentes, resultando que la OR de la variable fumador (odds en fumadores/odds en no fumadores) es igual a $e^{0,31}$, es decir, e elevado al coeficiente de regresión de la variable fumador. De aquí sale una regla general, y es la siguiente:

$$\text{OR} = e^{\beta}$$

Ahora sí podemos decir cuántas veces es más probable morir, infectarse,

recidivar...por cada unidad de cambio de la variable independiente. En el ejemplo $\text{OR} = e^{0,31} = 1,36$, queriendo decir, más o menos, que los fumadores tienen 1,36 veces más probabilidades de desarrollar enfermedad coronaria que los no fumadores, y digo más o menos porque no es correcto hablar de la OR como si fuese un RR, pero lo hacemos así por facilitarnos las cosas, porque si ya nos resulta difícil hablar en términos de odds, más todavía si se trata de cocientes de odds.

Los números tienen una historia importante que contar. Dependen de ti, para darles una voz (Stephen Few).

Cuando hablamos de unidad de cambio de la variable independiente, entendemos lo que quiere decir si hablamos de una variable cuantitativa como la edad en años, pero si hablamos de una variable cualitativa como el sexo, ¿qué quiere decir una unidad de cambio? Si codificamos mujer con 0 y hombre con 1, el coeficiente de regresión de la variable sexo nos dice cuánto aumenta el riesgo en los hombres respecto a las mujeres (al pasar la variable de 0 a 1). Y si se trata de una variable cualitativa con más de 2 categorías, como el grupo sanguíneo, ¿qué quiere decir una unidad de cambio? No podemos asignar un número del 1 al 4 a cada grupo sanguíneo (0, A, B

y AB), porque entonces la regresión logística interpretaría que el grupo B es tres veces mayor que el grupo 0, o el AB dos veces mayor que el A, y daría como resultado una OR que no sabríamos ni podríamos interpretar. Una solución es la creación de **variables dummy** dicotómicas, llamadas también **variables ficticias**. Imaginemos una variable que tiene C categorías; entonces creamos C-1 variables dummy a las que llamaremos Z_1, Z_2, \dots, Z_{C-1} . Si el sujeto pertenece a la primera categoría, le asignamos 0 en todas las variables dummy; en la segunda categoría Z_1 vale 1 y el resto de variables dummy vale 0; si está en la categoría 3, es Z_2 la que vale 1 y el resto 0...y así sucesivamente. De esta manera, estamos comparando cada categoría con la primera, que se toma como referencia (recordemos que en el análisis multivariable buscamos la asociación de cada variable independiente con la dependiente a *igualdad de todas las demás*).

0,135532

Variable ordinal (Nivel de estudios)	Z ₁	Z ₂	Z ₃
Estudios primarios	0	0	0
Estudios secundarios	1	0	0
Estudios medios	1	1	0
Estudios universitarios	1	1	1

En este caso la regresión logística tomaría como referencia el grupo 0 (y le asignaría una OR igual a 1), y daría tres OR, resultado de la comparación del grupo A con el grupo 0, del grupo B con el 0 y del grupo AB con el 0.

Si se trata de una variable ordinal, como el nivel de estudios, podemos comparar cada categoría con una de referencia (la de estudios primarios, por ejemplo), o podemos comparar cada categoría con la inmediatamente anterior. Para ello crearíamos variables dummy como en la siguiente tabla, donde la primera categoría toma valores 0 en todas las variables dummy; la segunda categoría toma el valor 1 en la primera variable dummy y 0 en las demás; la tercera categoría toma el valor 1 en la primera y segunda variables dummy y 0 en las demás...y así sucesivamente.

Variable cualitativa (grupo sanguíneo)	Z ₁	Z ₂	Z ₃
O	0	0	0
A	1	0	0
B	0	1	0
AB	0	0	1

Resultarían tres OR (de tres variables ficticias) donde se compararían los que tienen estudios secundarios con los que tienen estudios primarios (Z₁); los que tienen estudios medios con los que tienen estudios secundarios (Z₂) y los que tienen estudios universitarios con los que tienen estudios medios (Z₃).

El orden depende de valores extremadamente personales sobre cómo desea uno vivir (Marie Kondo).



Begoña Bermejo Fraile.
Asesoría en Metodología de Investigación en Medicina.

E-mail:
bbermejo_amim@hotmail.com

CLEN College

INTENSIVOS CAMBRIDGE DE ENERO

**Prepara tu examen
Cambridge de marzo.**



Entra en la web de clencollege.es y descubre todos los niveles, idiomas y horarios.



Ya tenemos las fechas de los cursos intensivos Cambridge para enero. Podrás cursar durante **enero a marzo** tu curso intensivos Cambridge para presentarte a la convocatoria de marzo.

**15% DE
DESCUENTO**
MÉDICOS COLEGIADOS
CON LOS CÓDIGOS:
clen15pet, clen15fce,
clen15fcefs, clen15cae,
clen15ket
SEGÚN TU NIVEL

Sácate tu título de inglés
**PET, FCE, FCE FOR SCHOOLS,
CAE o KET.**

**REALIZA TU
EXAMEN EN
MARZO**



**¡Ya están
aquí los
intensivos
Cambridge
de enero!**

VIVE UNA EXPERIENCIA INOLVIDABLE

APRENDE IDIOMAS POR TODO EL MUNDO

**CANADÁ,
ESTADOS UNIDOS,
IRLANDA,
REINO UNIDO
Y MUCHOS MÁS**



➤ Entra en la web de clencollege.es y todos los programas y destinos.



**AÑO ACADÉMICO
SEMESTRE
TRIMESTRE
VERANO**



JUBILACIÓN Y EJERCICIO POR CUENTA PROPIA DE LA MEDICINA



**MARIANO
BENAC.**

ASESOR
JURÍDICO DEL
COLEGIO DE
MÉDICOS DE
NAVARRA.

NORMATIVA DE APLICACIÓN SOBRE INCOMPATIBILIDAD DE LA PENSIÓN DE JUBILACIÓN:

"El disfrute de la pensión de jubilación será incompatible con el trabajo del pensionista, con las salvedades y en los términos que legal o reglamentariamente se determinen". Art. 213 Ley General Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre).

El reglamento al que se refiere el precepto transcrito sigue siendo la antigua Orden del Ministerio de Trabajo de 18 de enero de 1967, por la que se establecen normas para aplicación y desarrollo de la prestación de Vejez en el Régimen General de la Seguridad Social; que mantiene plenamente su vigencia en la actualidad.

El artículo 16.1 de esta Orden Ministerial establece que *"el disfrute de la pensión de Vejez será incompatible con todo trabajo del pensionista, por cuenta ajena o propia, que dé lugar a su inclusión en el campo de aplicación del Régimen General o de alguno de los Regímenes Especiales de la Seguridad Social"*.

Por tanto la incompatibilidad de la pensión de la jubilación con el ejercicio privado de la medicina se producirá únicamente en aquellos casos en que por dicho ejercicio por cuenta propia exista obligación de afiliación al RETA (Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos).

¿CUÁNDO EL EJERCICIO POR CUENTA PROPIA DE LA MEDICINA NO DA LUGAR A AFILIACIÓN EN EL RETA?

Cuando se haya iniciado tal actividad o ejercicio por cuenta propia de la profesión antes del 10 de noviembre de 1995, según establecía la D.A. 15ª de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Esta disposición adicional 15ª de la Ley 30/1995 ha sido derogada por la actual LGSS de 2015; pero la disposición adicional 18ª de esta LGSS de 2015 contiene el mismo texto que aquella anterior disposición adicional 15ª de la Ley 30/1995. Es decir, que la situación sigue exactamente igual que desde 1995.

La disposición adicional 18ª de LGSS de 2015, titulada *"Encuadramiento de los profesionales colegiados"*, establece que *"quedarán exentos de la obligación de alta prevista en el primer párrafo del apartado anterior los profesionales colegiados que hubieran iniciado su actividad con anterioridad al 10 de noviembre de 1995, cuyos Colegios Profesionales no tuvieran establecida en tal fecha una Mutualidad de Previsión Social, y que no hubieran sido incluidos antes de la citada fecha en el Régimen Especial de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos"*.

Y tal es el supuesto aplicable a los médicos, pues la profesión médica no tenía establecida en la fecha señalada en el precepto una Mutualidad de Previsión Social.

Por tanto, si el médico jubilado hubiera iniciado el ejercicio por cuenta propia de la medicina con anterioridad al 10 de noviembre de 1995, no incurre en incompatibilidad aun permaneciendo en dicho ejercicio tras su jubilación en la sanidad pública (con percepción de la correspondiente prestación de jubilación del Régimen General de la Seguridad Social).

La fecha determinante de la compatibilidad es, por tanto, el 10 de noviembre de 1995.

CAMBIOS NORMATIVOS EN 2011

La Orden TIN/1362/2011, de 23 de mayo, establecía la incompatibilidad del percibo de la pensión con el ejercicio de la actividad por cuenta propia de los profesionales colegiados que, conforme a la D.A. 15ª de la Ley 30/1995, están exonerados de alta en RETA.

Pero la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre la actualización, adecuación y modernización del sistema de la Seguridad Social aclaró (D.A. 37ª, relativa a la "Compatibilidad entre pensión de jubilación y trabajo") que hasta que el gobierno presente un Proyecto de Ley que regule la compatibilidad entre pensión y trabajo, garantizando el relevo generacional y la prolongación de la vida laboral, se mantendrá el criterio que se venía aplicando con anterioridad a Orden Ministerial referida (TIN/1362/2011, de 23 de mayo).

Por tanto, volvieron a quedar las cosas como estaban; es decir, que se vuelve a la situación anterior de compatibilidad, en el supuesto de estos médicos que ejercían por cuenta propia antes del 10 de noviembre de 1995.

El Real Decreto-Ley 5/2013 de 15 de marzo, de medidas para favorecer la continuidad de la vida laboral de los trabajadores de mayor edad y promover el envejecimiento activo, posibilita la compatibilidad entre pensión de jubilación en un porcentaje del 50% con la realización de cualquier trabajo por cuenta propia o ajena del pensionista.

- Es aplicable a todos los regímenes del sistema SS, excepto clases pasivas del Estado (artículo 1.1).
- Tendrán que cotizar por el trabajo por cuenta propia o ajena que inicien tras la jubilación un 9% de cotización especial de "solidaridad".
- En los casos de trabajo por cuenta propia (cotización al RETA), desde 2017 (Ley 6/2017) la cuantía de la pensión compatible con el trabajo alcanzará el 100% si se acredita tener contratado, al menos, un trabajador por cuenta ajena.
- La Dirección General de Ordenación de la SS (Oficio de 21/6/13) aclaró que la compatibilidad entre jubilación y trabajo del Real Decreto-Ley 5/2013, "no afecta al específico régimen de compatibilidad previsto para los profesionales colegiados que en ejercicio de una actividad por cuenta propia, y al amparo de lo establecido en la D.A. 15ª de la Ley 30/1995, quedan exentos de la obligación de alta en el RETA por optar por incorporarse a una de las Mutualidades de Previsión Social...". Es decir, los anteriores al 10 de noviembre de 1995.

SUPUESTOS

1. MÉDICO QUE EJERCE POR CUENTA PROPIA ANTES DE 10/11/95.

Es perfectamente compatible la percepción de la pensión de jubilación del Régimen General de la Seguridad Social con el ejercicio de la medicina por cuenta propia.

Pues, por haber iniciado el ejercicio antes de la fecha indicada, no tiene obligación de afiliarse al RETA por la realización de tal actividad profesional.

2. MÉDICO QUE NO EJERCE POR CUENTA PROPIA ANTES DE 10/11/95.

Es incompatible la percepción de la pensión de jubilación con el ejercicio por cuenta propia de la medicina, salvo:

a) **La realización de trabajos por cuenta propia cuyos ingresos anuales totales no superen el Salario Mínimo Interprofesional, en cómputo anual.** Quienes realicen estas actividades no estarán obligados a cotizar a SS (art. 213.4 LGSS 2015; desde la Ley 27/2011).

b) **Pensión de jubilación y envejecimiento activo** (Real Decreto-Ley 5/2013; artículo 214 LGSS; Jubilación activa): es compatible percibir el 50% de la pensión de jubilación con la realización de cualquier trabajo por cuenta propia o ajena del médico pensionista.

Como se ha indicado, por este nuevo trabajo debe efectuarse la llamada cotización especial de "solidaridad" (9%). Y no es preciso que este trabajo se efectúe en el 50% de la jornada, sino que puede ser por el 100%.

En caso de trabajo por cuenta propia (jubilación en RETA), la pensión podría ser del 100% si se acredita al menos un trabajador contratado por cuenta ajena.

Se requiere:

- Que el pensionista tenga en 2022, un año más de la edad reglamentaria: 67 años y dos meses, salvo que se hayan cotizado 37 años y 6 meses, en cuyo caso serían 66 años. Es decir, no procede en los casos de jubilación anticipada.
- Que el porcentaje aplicable a la base reguladora de la pensión sea del 100%, es decir, en 2022, haber cotizado 36 años.

c) **Suspensión de la pensión de jubilación** (artículo 16.2 Orden Ministerial de 18/1/67): una vez causada la pensión, puede solicitarse del INSS su suspensión para desarrollar cualquier trabajo por cuenta propia o ajena.

Una vez finalizado el trabajo de que se trate, y cotizado por él, se recupera la percepción de la pensión de jubilación.

d) **Jubilación parcial trabajador por cuenta ajena en activo** (artículo 215 LGSS):

- **Demorada:** Se requiere haber cumplido la edad reglamentaria, y que se produzca una reducción de su jornada de trabajo entre el 25 y el 50% (sin necesidad de la celebración simultánea de un contrato de relevo).

- **Anticipada:** Se requiere:

- Edad mínima en 2022: 62 años y 2 meses, si se han cotizado 35 años y 6 meses o más; y 63 años y 4 meses si se han cotizado 33 años.
- Antigüedad en la empresa: 6 años.
- Reducción de jornada de jubilado: entre un 25 y 50 %.
- Contrato de relevo. La empresa debe celebrarlo con otro trabajador en sustitución de la jornada dejada de realizar por el jubilado parcial.

La cuantía de la pensión de jubilación parcial será el resultado de aplicar el porcentaje de reducción de jornada a la pensión.

Es decir, que se cobra la pensión en el porcentaje correlativo a la reducción de la jornada. Y lo mismo ocurre con el salario, se percibe en el porcentaje de la jornada que se trabaja.

e) **Jubilación flexible** (artículo 213.1.2 LGSS): se permite compatibilizar la pensión de jubilación ya causada con trabajo a tiempo parcial de entre un 25 y un 50%.

Se produce la minoración de la pensión en proporción inversa a la reducción aplicable a la jornada de trabajo del pensionista en relación a la de un trabajador a tiempo completo comparable.

f) Médico socio mayoritario de sociedad profesional. Si el médico tiene participación mayoritaria en una sociedad profesional (anónima, limitada o civil), sí que podía surgir la obligación de afiliación al RETA si, conforme a lo previsto en el artículo 305.2.b/ LGSS 2015, concurriera la circunstancia de poseer el control efectivo de tal sociedad (al menos la mitad del capital social, directa o indirectamente; o más del 25% si desarrolla funciones de dirección o gerencia).

g) Jubilación anticipada: No es impedimento acceder a la jubilación ordinaria dos años antes de la edad reglamentaria, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 208 LGSS 2015. Sin que ninguna repercusión tenga ello para la compatibilidad entre pensión de jubilación y ejercicio profesional por cuenta propia de la medicina.

Es decir, es compatible la pensión de jubilación anticipada (dos años antes de la edad reglamentaria) con el ejercicio por cuenta propia.

h) Cotización a Mutual Médica Catalano-Balear: se trata de una Mutualidad de Previsión Social que tenían los Colegios de Médicos de Cataluña y Baleares; en su momento fue autorizada por la Seguridad Social para extender su ámbito a todo el territorio nacional y para operar como alternativa y sustitutiva del RETA.

Es decir, que se cumple con la obligación de cotización afiliándose a dicha Mutualidad, pero al tratarse de una entidad privada, la pensión de jubilación que satisface esta Mutualidad no es una prestación pública.

Y por ello, sería compatible la pensión de jubilación de SS con el ejercicio privado de la profesión, pues tal ejercicio no conllevaría la obligación de afiliación al RETA (pues se está afiliado a esta Mutualidad alternativa).

Esta opción serviría por tanto para aquellos médicos que se jubilan ahora, sin haber ejercido nunca la medicina por cuenta propia, ni con anterioridad al 10/11/95, ni después de tal fecha.

SUPUESTO ESPECIAL DE LOS MÉDICOS QUE PERCIBEN LA JUBILACIÓN DE LOS MONTEPÍOS DE LA ADMINISTRACIÓN FORAL.

Según la Ley Foral 10/2003, de 5 de marzo, de Derechos Pasivos del Personal Funcionario de los Montepíos (artículo 36, tras su reforma por la Ley Foral 7/2019, de 18 de febrero), el disfrute de la pensión de jubilación será incompatible con el trabajo del pensionista, con las salvedades que en el propio precepto se regulan:

Es compatible en iguales términos que en la normativa de Seguridad Social, el percibo de la pensión con un trabajo a tiempo parcial (jubilación parcial).

También con los trabajos por cuenta propia cuyos ingresos anuales no superen el salario mínimo interprofesional en cómputo anual.

Sin embargo, y al margen de estas excepciones, los médicos que perciben pensión de los Montepíos de la Administración Foral, no pueden compatibilizar la percepción de tal pensión con el ejercicio por cuenta propia de la medicina, ni aun cuando hubieran iniciado tal ejercicio antes del 10/11/95.

Tal es el criterio de Función Pública de Administración Foral comunicado en su día a este Colegio.



Asturies, que guapa Llanes

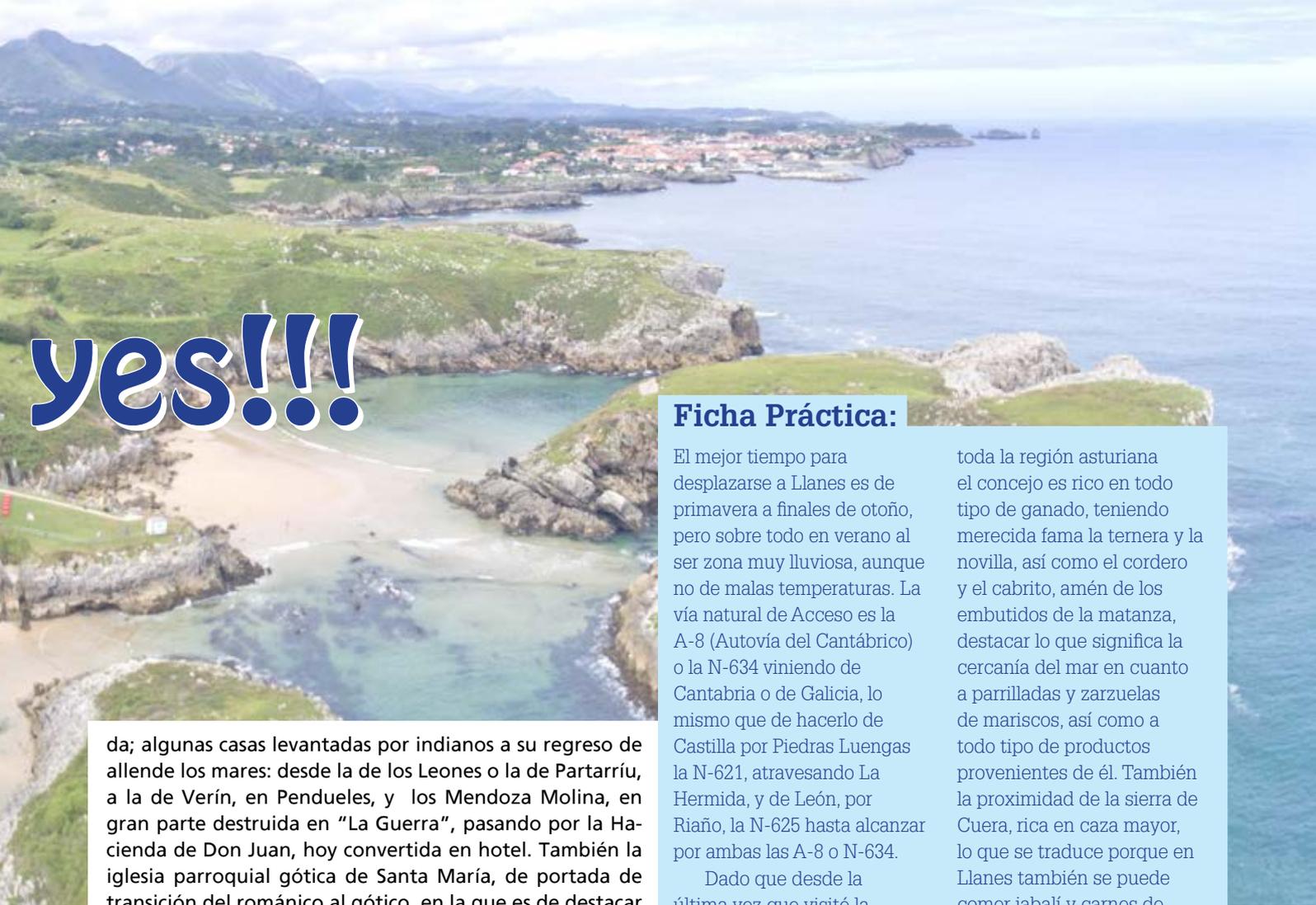
■ Salvador Martín Cruz.

Sería allá por los años 60 cuando, en la ventanilla trasera de muchos coches asturianos, aparecía una cinta de papel con el slogan que encabeza estas líneas: *Asturies que guapa yesiji*. Y hoy, no sé exactamente por qué, me ha dado por recordarlo, sobre todo porque de alguna manera lo hago mío; y es que, desde que con nueve o diez años pisé por primera vez Asturias: un verano que pasé con mi familia en la Estación Pecuaria de Somió, parroquia histórica de Gijón, estoy enamorado de ella. De entonces acá he visitado el Principado tantas veces como para poder presumir de haber dormido en Avilés, El Berrón -junto a Pola de Siero-, Gijón, Llanes, Oviedo, Perlora -una colonia de veraneo creada por el franquismo para los obreros de la minería y la metalurgia, situada a tiro de piedra de Candás- y, desde luego, Somió; amén de haber estado unas horas en algunos lugares más como Cangas de Onís, con su puente romano y su famosa cruz, situado bajo la cueva de la *Santina*, y desde donde puede decirse arrancan las subidas a los lagos de Covadonga, y la saltarina y tortuosa carretera del desfiladero del Sella; en Cudillero, precioso pueblo pesquero de abigarrado urbanismo, cuyas casas parecen querer escapar del abrazo del mar; Grado, con un duro equipo de hockey sobre patines, como también lo tenía el minero Mieres, aunque allí se jugaba en un pequeño pabellón cubierto y no al aire libre; incluso de paso en Colunga, el lar de los Grande (no sabe Pamplona la suerte que tuvo el día que "atterrizo" en la ciudad el doctor Manuel Martínez Grande, sobrino de don Francisco Grande Covián), y donde está el importante Museo Jurásico de Asturias; lo mismo que por Vegadeo y Castropol, en la orilla asturiana de las tranquilas aguas de la ría del Eo, en la linde con Galicia.

Pero se da el caso que con tanto sobre lo que poder escribir de ella, Asturias no se ha asomado a estas páginas más de PANACEA, en parte porque cómo escribir de

Oviedo olvidando Gijón, -o viceversa-, y no hacerlo sobre Covadonga, Cudillero, Lluarca, Llanes o Ribadesella, pongamos por caso; y ello por no mencionar el Parque Nacional de Picos de Europa, que Asturias comparte con Santander y León, o el Parque Natural de Redes, amén de la Reserva Natural de Muniellos y el también Parque Natural de Somiedo, por donde todavía sienta sus reales su majestad el oso; de sus iglesias del prerrománico asturienso, verdaderamente únicas; de sus hórreos, tan diferentes de los gallegos y de los pocos navarros que todavía subsisten; del Desfiladero del Sella, ante el que Paul Labrousche se descubría a comienzos del siglo pasado y una lápida lo recuerda en su cima, o el del Cares y el de Los Beyos, que comparte con León; del popular descenso del Sella, tan difícil de olvidar para quienes han tenido la suerte de vivirlo; de los cotos mineros de carbón; de su gastronomía y la "sidriña"... La verdad es que hacerlo resultaba complejo.

Pese a ello, volviendo a los orígenes de estas páginas sobre lugares de España no todo lo conocidos que deberían serlo, queriendo saldar parte de la deuda que tengo con el Principado, he decidido traer hasta ellas a Llanes, una de las grandes sorpresas de estas tierras marineras de más allá de la cordillera Cantábrica, situado en la desembocadura del río Carrocedo, cerca ya de la linde con Cantabria, lugar que las guías resumen diciendo: *Villa pesquera* -recordando su pasado ballenero-, y *de veraneo, con un importante pasado histórico*. Pero pienso no estará de más añadir algunas cosas más, por ejemplo que ese pasado histórico dejó tras de sí parte de un importante recinto amurallado y de un castillo del siglo XIII, el *Torreón* dicen los llaniscos; amén de casonas como las del Cercao, el conde de la Vega del Sella y la de los Pariente, donde pernoctó Carlos V en su primer viaje a España; los palacios del marqués de Gastañaga, la marquesa de Argüelles, el de los Posada Herrera y las ruinas del de Diego de Estra-



yes!!!

da; algunas casas levantadas por indios a su regreso de allende los mares: desde la de los Leones o la de Partarrú, a la de Verín, en Pendueles, y los Mendoza Molina, en gran parte destruida en "La Guerra", pasando por la Hacienda de Don Juan, hoy convertida en hotel. También la iglesia parroquial gótica de Santa María, de portada de transición del románico al gótico, en la que es de destacar el retablo plateresco hispano-flamenco del altar mayor... No quiero pasar por alto el reflejo de esa historia en los bloques de la Escollera: con los *Cubos de la Memoria*, de Agustín Ibarrola.

Pero Llanes y su concejo son, para mí al menos, su increíble conjunto de playas, más de 40 dicen las guías, entre otras las de Toró, Poo, Sablón y Cué, o las de Ballota y Andrín, a ambos lados del Mirador de Boriza, además de las de Cuevas del Mar y Cobijeru; como la de Gulpiyuri, interior, sin visión directa del mar, cuyas aguas llegan a ellas por debajo de los acantilados, ambas Monumento Natural desde el 2001. También las más familiares de Barro y Sorraos, y, por supuesto, la de la Franca, "más larga que un día si pan". Playas que además de dar fe de lo amplio de su conjunto -las hay hasta nudistas como la de San Martín-, nos cuentan por qué Llanes es desde mediados del pasado siglo uno de los lugares escogidos para sus veraneos por las burguesías asturiana, castellana y madrileña, amén de por qué José Luis Garci y Gonzalo Suárez eligieron algunas de ellas para rodar pasajes de varias películas suyas... No quiero olvidar el mirador que constituye sobre la villa el paseo de San Pedro, kilómetro largo de campa verde sobre el espigón que defiende la villa de los temporales del norte, así como los Bufones de Pría, Arenillas y Santiuste, sumideros naturales como el Bufaler del Papa Luna, de Peñíscola, además de que dentro del concejo se encuentra el yacimiento arqueológico de Peña Tú ¡Casi nada!

Ficha Práctica:

El mejor tiempo para desplazarse a Llanes es de primavera a finales de otoño, pero sobre todo en verano al ser zona muy lluviosa, aunque no de malas temperaturas. La vía natural de Acceso es la A-8 (Autovía del Cantábrico) o la N-634 viniendo de Cantabria o de Galicia, lo mismo que de hacerlo de Castilla por Piedras Luengas la N-621, atravesando La Hermida, y de León, por Riaño, la N-625 hasta alcanzar por ambas las A-8 o N-634.

Dado que desde la última vez que visité la villa han pasado casi 40 años, recomiendo consultar Internet a la hora de pensar en alojamientos (los hay de todo tipo, desde Campings y casas de aldea a hostales y hasta hoteles con Spa) y restaurantes. No estará de más señalar que en sus cercanías se encuentran Ribadesella -en sus alrededores está la Cueva de Tito Bustillo-, Arriondas, Colunga, Villaviciosa y Cangas de Onís en dirección a Oviedo y Gijón, y Pimiango -con las Cueva del Pindal- en las cercanías de San Vicente de la Barquera y las Marismas de Oyambre dentro ya de Cantabria.

A la hora del yantar, después de recordar la fabada y el pote asturiano, así como los arroces y calderetas, de carnes, pescados y mariscos; destacando que como

toda la región asturiana el concejo es rico en todo tipo de ganado, teniendo merecida fama la ternera y la novilla, así como el cordero y el cabrito, amén de los embutidos de la matanza, destacar lo que significa la cercanía del mar en cuanto a parrilladas y zarzuelas de mariscos, así como a todo tipo de productos provenientes de él. También la proximidad de la sierra de Cuera, rica en caza mayor, lo que se traduce porque en Llanes también se puede comer jabalí y carnes de ciervo y corzo. Por supuesto que son de obligada mención los quesos llaniscos, sobre todo el Porrúa, blando y el curado, el de Bedón, o los de Pría y Vidiago. Aunque no es exactamente de Llanes, no creo pueda olvidarse el queso de Cabrales, que incluso forma parte de algún postre llanisco.

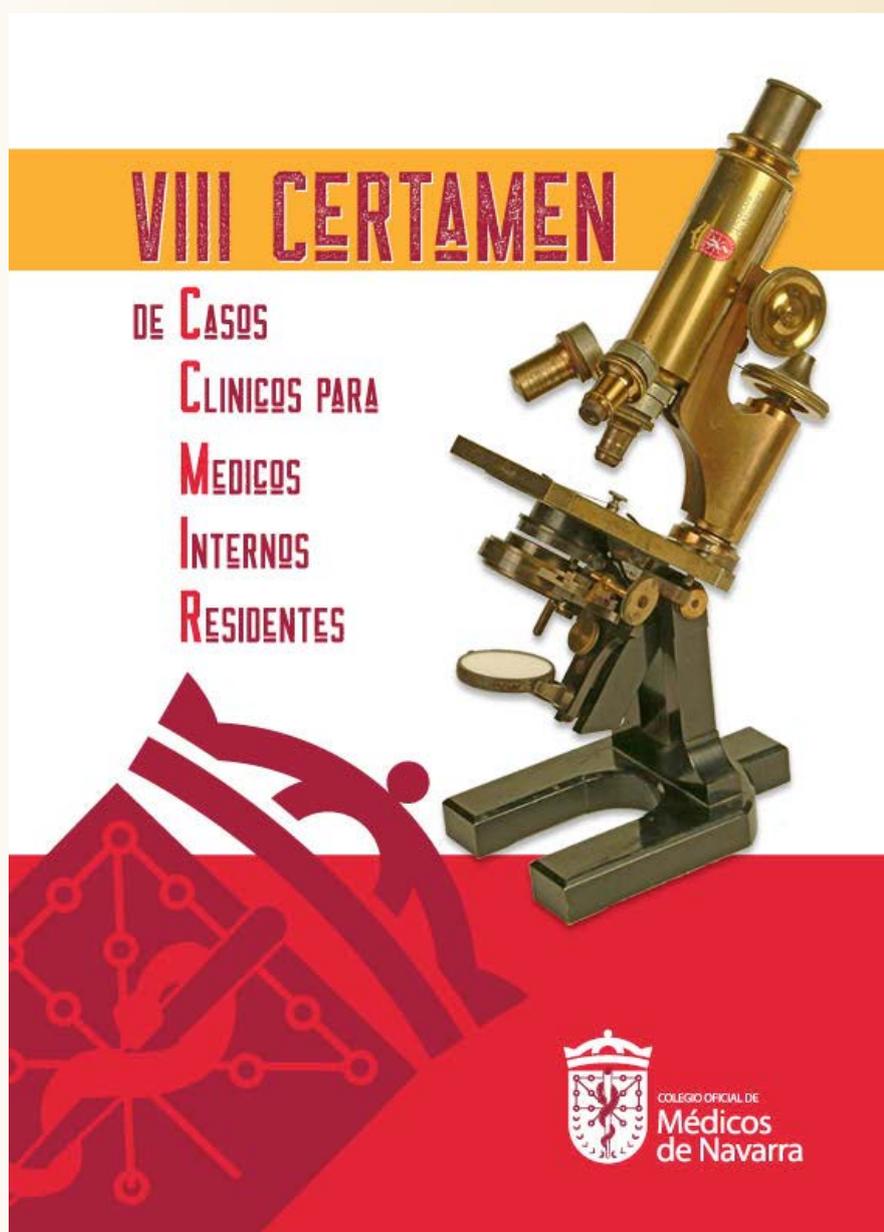
Y para beber, ya lo saben, la sidriña, que alegra el corazón lo mismo que el mejor vino. Aunque, no les voy a mentir, para determinadas comidas el blanco de Rueda o un buen tinto del Duero me parecen inmejorables.

A la hora de elegir una guía recomendaría la perteneciente a la colección Guías Azules de España o la de El País/Aguilar -no creo esté descatalogada-, y como lectura *El libro de Llanes*, de Francisco Valle Poo.



El Colegio de Médicos edita el libro con los mejores casos clínicos del VIII Certamen

Incluye los casos clínicos ganadores y finalistas del VIII Certamen para Médicos Internos Residentes.



En el libro on-line, que consta de 238 páginas, se publican los trabajos que recibieron el primer, segundo y tercer premio del Certamen y cuyos autores principales son:

- **Primer Premio:**
Almudena Zabalegui Marco, residente de Cirugía Oral y Maxilofacial en el Hospital Universitario de Navarra (HUN);
- **Segundo Premio:**
Miriam Fernández Parrado, residente de Dermatología en el Hospital Universitario de Navarra (HUN); y
- **Tercer Premio:**
Julio César Moreno Alfonso, residente de Cirugía Pediátrica en el Hospital Universitario de Navarra (HUN).
- **Premio Mejor Póster:**
César Urtasun Iriarte, residente de Radiodiagnóstico en la Clínica Universidad de Navarra (CUN).

Libro
VII CERTAMEN
DE CASOS
CLÍNICOS 2021

Calidad y alta participación

El resto de los autores de los casos finalistas publicados, que defendieron su trabajo oralmente ante un Jurado designado por el Colegio de Médicos, son:

- **Alba Cristina Igual Rouilleault**, residente de Radiodiagnóstico en la Clínica Universidad de Navarra (CUN) y
- **Raquel Ros Briones**, residente de Cirugía Pediátrica en el Hospital Universitario de Navarra (HUN).

También se publican los casos seleccionados para su presentación en formato póster y cuyos autores principales son:

- Carlos Aisa,
- Javier Arredondo,
- Uxue Astigarraga,
- Isberling Madeleine Di Frisco,
- Alba Larrea,
- Marta López I Gómez,
- María Mancho,
- Ana Morelló,
- Mario Pablo,
- Cristina Pesántez,
- Ana Sofía Pozo,
- Lombardo Orlando Rosas y
- Maddi Taboada.

El Certamen de Casos Clínicos del Colegio de Médicos de Navarra se ha convertido en una de las actividades con mayor aceptación entre los médicos más jóvenes.

En esta edición, se presentaron un total de 54 casos clínicos. De ellos, el Jurado seleccionó los seis mejores para su defensa oral y otros catorce para su presentación en formato póster. El Colegio de Médicos publica ahora el libro con los casos finalistas.

En el prólogo, el presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Dr. Rafael Teijeira, destaca el alto nivel científico de los casos presentados. "Nos enorgullece evidenciar la calidad formativa de nuestros residentes que, en su ya repleta agenda profesional, hacen un hueco para participar en este evento que requiere capacidad de reflexión serena y apertura al conocimiento desde la evidencia científico-médica".

El Dr. Teijeira agradece, además, el trabajo desarrollado por coordinadores y Jurado, formado por los doctores:

- **Joaquín de Carlos Artajo**, endocrino y ex-vocal de Médicos Jóvenes del Colegio de Médicos;
- **Jean Louis Clint**, Médico de Familia. Urgencias extrahospitalarias-UVI Móvil;
- **M^a Carmen Martínez Velasco**, internista del Hospital García Orcoyen de Estella;
- **Coro Miranda**, cirujana en el Hospital Universitario de Navarra y
- **Tomás Rubio**, internista del Hospital Universitario de Navarra y vicepresidente del Colegio de Médicos.

Por octava vez, el certamen cumplió con su objetivo de ayudar a la formación de los médicos residentes y de colaborar con su currículum vitae. Como en todas las ediciones anteriores, los miembros del Jurado valoraron en los trabajos presentados diferentes cuestiones entre las que destacan el interés didáctico y formativo, la calidad científico-técnica, así como las aportaciones novedosas y el modo de presentación del caso clínico correspondiente.

Un siglo en alerta roja:

La enfermería de la Plaza de Toros de Pamplona (1922-2022)

Autor: JAVIER ÁLVAREZ CAPEROCHIPÍ.
Editorial: POMPAELO.



Con motivo del quinto peldaño de la escalera sanferminera, el 5 de mayo del 2022, se presentó el libro sobre la enfermería del coso pamplonés, un estudio médico histórico en el que se recogen historias y anécdotas que se sucedieron a lo largo de cien años.

Nos acercamos a la obra, a través de algunas de las reseñas publicadas.

JAVIER IGAL, redactor de Wikipedia:

Javier Álvarez cirujano de larga trayectoria, es un escritor ameno de fácil lectura. En el libro se abordan cien años de sucesos de Enfermería; para disfrutar de su contenido, no es indispensable, saber de toros, de sanidad, o de sanfermines, solo hay que ser un lector curioso y adentrarse en el tema. En el perímetro de la Enfermería habrá: cornadas de sangre y arena, tratadas con respeto y delicadeza; también, historias divertidas e insospechadas, que añadirán sal y picante al contenido de la narración.

FERNANDO CARBONELL, cirujano de la plaza de toros de Valencia:

La sensibilidad y el humanismo del autor, se pone de manifiesto en esta "mirada médica" sobre seres vivos y sentimientos. Un regalo para aficionados a los toros y para lectores en general y una referencia imprescindible para cualquier investigación futura en el ámbito sanitario taurino.



*Presentación del libro en la enfermería del coso pamplonés.
El autor con Héctor Ortiz, Ángel Hidalgo y Javier Martínez de Lecea.*

KOLDO LARREA, periodista taurino:

Javier Álvarez cirujano jubilado, presenta un libro sobre la Nueva Plaza de toros de Pamplona de 1ª categoría que ha cumplido cien años; principalmente estudia la evolución de su enfermería; al principio como simple sala de curas provisionales, hasta su transformación en auténtico hospital, una enfermería de "champions", donde trabajan una veintena de personas de alta calificación, dotadas con los últimos adelantos, que permiten intervenir in situ las cornadas más graves y prestar asimismo los cuidados intensivos necesarios.

JOSÉ MANUEL CENZANO, médico e historiador:

En un primer momento, recién ojeado el libro del doctor Álvarez, seguramente por la tipografía, parecía tratarse de una obra menor, craso error de apreciación. Su lectura, me ha resultado amena e interesante, de alto valor instructivo tanto en el apartado de enfermería taurina, como en otro paralelo del ambiente que se crea en su proximidad, que resulta curioso y sorprendente. En conjunto se trata de una obra mayor; un minucioso estudio documentado y trabajado, acompañado de una iconografía muy interesante.

MARÍA JOSÉ VIDAL, directora de la revista Pregón:

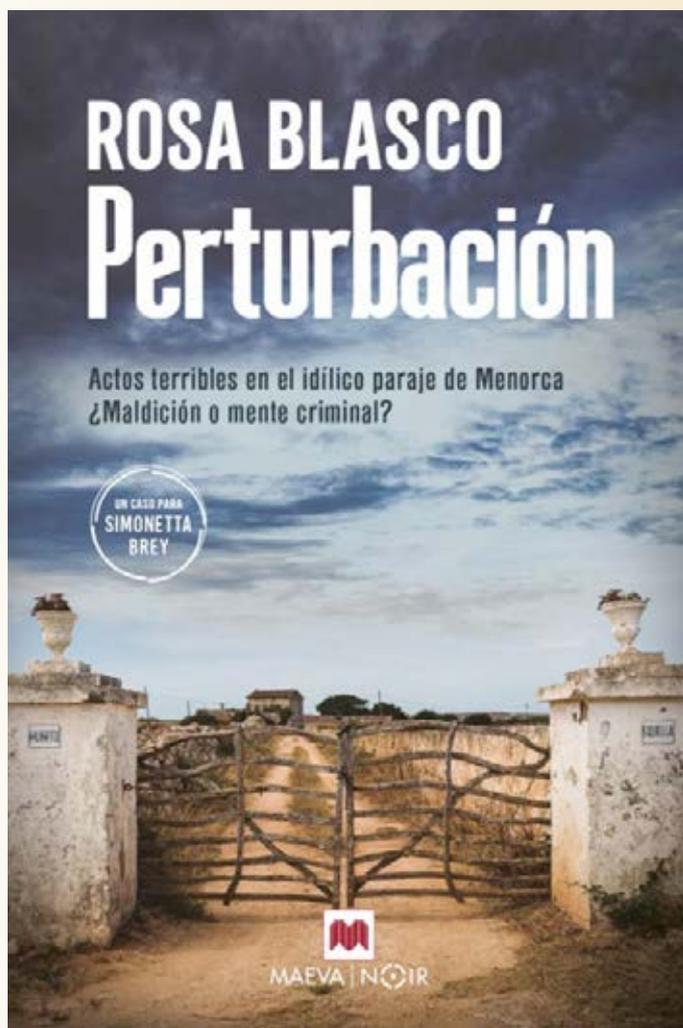
"Un siglo en alerta roja" es un libro histórico, ameno y aleccionador. El autor nos transporta a un mundo asombroso, bastante desconocido, donde prima la inmediatez, indispensable para tratar de superar situaciones comprometidas por las que pasan: toreros, subalternos, corredores del encierro o de vaquillas y hasta espectadores... Un libro de fácil lectura, en contra de lo que pudiera parecer, escrito de forma "amable", donde se percibe también el avance de la ciencia y de los medios, a través del tiempo, para salvar vidas humanas.

Novela negra:

Perturbación (serie Simonetta Brey 2)

Autora: Rosa Blasco.

Editorial: Editorial Maeva Ediciones.



La obra:
Vuelve
Simonetta
Brey

Una maldición parece perseguir a los Tudurí, una rica familia de Menorca, cuando dos de sus miembros mueren en extrañas circunstancias... y de una forma perversa.

Perturbación es la segunda novela de Rosa Blasco protagonizada por la doctora Simonetta Brey, que investiga la extraña muerte de dos miembros de una familia en el campo de Menorca. Si en

Premonición la venganza engendró a un criminal, en esta novela serán los celos. Simonetta Brey se ha establecido en Menorca, trabaja como médico de familia y mantiene una relación con el pescador Pau Martí, su case-ro. Durante una visita domiciliaria a la Torre Tudurí, conoce la trágica

muerte de Aleksander, el nieto de la familia Dolz Tudurí, con tan solo dieciocho meses, supuestamente de muerte súbita, pero Simonetta tiene sus dudas. Cuando al cabo de poco tiempo fallece también Marianne, la madre del pequeño, en unas circunstancias muy extrañas, nadie cree que se trate de una casualidad. Junto a su enfermero, Sergi, y en colaboración con el policía Darío Ferrer, Simonetta hace sus propias pesquisas.

La autora.

Rosa María Blasco Gil nació en Alcañiz (Teruel). Es médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Doctora en Historia de la Medicina. Actualmente ejerce de médico de familia en Tudela (Navarra).

Aunque su vocación es la Medicina, su gran pasión, desde que aprendió a leer, es la Literatura. Se inició a la lectura disfrutando con las aventuras y los misterios de Enid Blyton y poco a poco fue ampliando su horizonte literario introduciéndose en las obras de los grandes maestros, desde Stendhal hasta Pérez Galdós, desde Leon Tolstoi hasta Naguib Mahfuz...

Es autora de numerosos artículos en revistas científicas y ha sido colaboradora en los años 90 del periódico La Comarca del Bajo Aragón, medianamente una columna de opinión.

Ha publicado el ensayo *Historia del Hospital de San Nicolás de Bari de Alcañiz (1418-1936)*, fruto de su tesis doctoral, y las novelas *El sanatorio de la Provenza* y *La sangre equivocada*.

Ganadoras del XII Concurso de dibujos navideños: Blanca García y Casilda del Castillo.



Dibujo ganador de Blanca García Mari.



Dibujo ganador de Casilda Del Castillo Senosiain.

Blanca García Mari, en la categoría de 9 a 12 años, y Casilda del Castillo Senosiain, en la de 4 a 8 años, recibieron de premio, una bici y un patinete, en un acto celebrado en la sede colegial dirigido por el presidente del Colegio, el Dr. Rafael Teijeira.

Otros cuatro niños y niñas fueron premiados con estuches de pinturas y libros en inglés (cedidos por Clen College) en el sorteo realizado entre todos los participantes presentes en la entrega de premios.

En esta edición, se presentaron al concurso un total de 66 dibujos: 42 en la categoría de 4 a 8 años y 24 en la categoría de 9 a 12 años.

La elección de los dibujos ganadores la realizó el pintor pamplonés Juan José Aquerreta, que desde hace años colabora con el Colegio como Jurado.

Los dos trabajos ganadores se enviaron como felicitación navideña del Colegio.

EXPOSICIÓN DE DIBUJOS
PRESENTADOS

GALERÍA DE IMÁGENES
DE LA ENTREGA DE
PREMIOS



Rafael Teijeira con algunos de los participantes en el concurso.

La muerte es el remedio de todos los males; pero no debemos echar mano de éste hasta última hora

(Molière. 1622-1673.
Comediógrafo francés)

Dr. Iñaki Santiago.

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

Tanatos. La Parca. La muerte. Insoslayable sino. Fatal destino. Estamos abocados a morir y esa sola idea nos estremece, obsequiándonos con la cruda realidad de que lo vivido hasta ese momento parece no haber servido de nada, porque al final la muerte siempre gana, como en las ruletas de Las Vegas en las que, con machacona y persistente constancia, siempre *"gana la casa"*. Como la muerte. Y si no, que se lo pregunten a casas de seguros, con sus coberturas de decesos, o a los tanatorios. Aquí, sí que sí, siempre gana la casa.

La muerte nos asusta, nos apabulla, nos atemoriza, porque es el fin de nuestra vida terrenal. Pero, ¿y si vemos la vida desde la perspectiva del llamado sueño eterno? Hay quien argumenta que después de la muerte no hay nada. Es decir, vivimos y mori-

mos y ya. Punto final. Por el contrario, otras creencias de diferentes cultos y devociones creen a pies juntillas en el más allá, en la vida eterna después de la muerte. Hay muerte porque después habrá vida. Démosle la vuelta: sin vida, no hay muerte y sin esta, no hay vida. Entiendo que esto es filosofía de la barata. Y viendo el futuro incierto que se nos presenta con los nuevos planes de estudios que se nos vienen, donde la filosofía pasa a ser una *"maría"*, como la gimnasia en mis tiempos, hablaremos a los jóvenes de Platón, Aristóteles o Descartes y nos pondrán cara de haba, preguntándonos si esos fulanos son antiguos raperos o viejos rockeros, de esos que nunca mueren, o la aguerrida delantera de la selección nacional de fútbol de Brasil. Nos tendremos que resignar y dar la razón a Sócrates y su famoso *"sólo sé que no*



sé nada". ¡Eh! Avisar a los de la LOMCE y sobre todo a los de la LOMLOE (¡Jesús!) que este señor es el filósofo y que su relación con el famoso y genial futbolista brasileiro de los años

ena toda la noche
ale en el coche,
ne pica la cola
cambien las bola,
eso doItola
e hago ahola,
el si atina
la medisina.

Otro "regetonero" y
no sé si tiene puesto el
Auto-tune o está
congestionado.



blemente al fin último de la vida, que no es otro que la muerte. De hecho, a los varones el pene nos acompaña irremisiblemente en ese valle de lágrimas que es la vida y perdiendo

ANECDOTARIO

70 y 80 (cuando las generaciones X e Y) se circunscribe exclusivamente a la coincidencia en el nombre. Acabaremos diciendo como Sócrates, pero con una pequeña y ligera variación: "Solo sé que no saben nada".

Abandonemos la filosofía y su más que incierto y seguramente triste destino y centrémonos en los que nos ocupa: la muerte. El final. Con sus cuasi infinitos sinónimos, creo que sólo superados por las ilimitadas maneras de nombrar al miembro viril y, a la sazón, instrumento fundamental para comenzar a crear vida que, finalmente, acabará en irremediable muerte. Son el principio y el fin, el alfa y el omega, el pene y la gadaña. Bueno, esto, aun siendo cierto, suena un tanto raro y bastante gore. Pero es que desde que nacemos comenzamos a morir, acercándonos irremedia-

vitalidad con el inexorable paso de los años, ¿verdad abuelo? Como decía aquel paciente con retención urinaria antes de colocarle una sonda: "¡Ay Dios mío, a qué llegamos! ¡Llevaba años que ya solo me servía p'a mear y ahora ya ni p'a eso!". ¡Vaya con la filosofía barata, qué fácil es caer en ella!

La muerte llega, generalmente, tras una larga existencia. Ya lo dicen esos sabios que siempre aparecen en los tanatorios y funerales, muy dados a no callar, al estilo de esos personajes callejeros a los que les plantan un micro delante y son incapaces de quedarse callados. Pues aquellos otros, en vez de un micro, es que es ver un muerto y siempre sueltan aquello de: "es que es ley de vida", "es que no somos nada". Y para rematarla, les encanta aquello de asomarse a la caja y mirando fijamente al cadáver, soltar el consabido: "¡Pero mírala, si está más guapa que en vida!". Pero alma de cántaro, bárbaro de la pradera, que está muerta, ¡muerta! Y como los familiares en el fondo están a lo que caiga, contestan con un lacónico: "Pue sí, la verdad. Será por el relleno de algodones que le han metido en la boca".

¿Relleno de algodón? ¿Pero qué dices? Pues sí, y lo realiza un profesional llamado tanatopractor. ¡Qué profesión tan... ¿interesante? ¿curiosa?! Maquillar cadáveres para que parezca que están dormidos. Oye, y pagamos por eso. Esos profesionales te dejan el cadáver que no sabes si lo van a enterrar o se va de boda. Y como en estas, a ver quién es el guapo que dice que el finado está feo. ¿Alguien ha oído decir aquello de "qué novia más fea"? A que no. Y mira que las hay que, por mucho que se maquillen, la verdad es que siguen siendo feas. Otra cosa es que, como es el día de su boda, estén atractivas porque tienen la cara relajada. ¡Vamos, como los cadáveres recién retocados!

En este mundo hay quien intenta esquivar a la muerte, grupo al cual pertenecemos la mayoría de los seres humanos. Otros, los menos, pero no por ello poco importantes, la buscan en los demás, a base de guerras, léase Hitler, asesinatos, léase Jack “el des-tripador”, fratricidios, léase Caín, u otros métodos desde cualquier punto de vista variopintos, léase Nerón o cualquiera de los regidores de la antigua Roma Imperial, entre otros. Tenía yo un compañero de colegio al que le preguntaron sobre la obra más famosa de Jorge Manrique. Se puso tan nervioso porque se lo sabía, lo cual no era habitual, que la excitación del momento le hizo soltar un “¡Muerte a las coplas de su padre!”. Menudo deseo más atroz de mi compi para la obra del pobre Manrique. La sonora carcajada de la clase, profesor incluido, y la cara de incredulidad del alumno fueron todo uno, ya que no fue consciente de sus deseos asesinos hacia la cultura literaria. Hay que apuntar en su favor que don Jorge, además de escritor, era, a la sazón, un aguerrido hombre de armas del medievo.

Otras personas la anhelan, me refiero a la muerte, como Teresa de Jesús y su deseo de morir en “*Muero porque no muero... que vivo sin vivir en mí*”. ¿Nunca nadie se ha preguntado qué comía esta buena mujer? ¿Monguis? Porque entonces no se fumaba yerba ¿no? ¿O sí?

Ha habido personajes cuya existencia se ha basado en morir mientras vivían. O sea, como todos, pero sintiéndolo en lo más profundo de sus entrañas. Mira si no Gustavo Adolfo Bécquer, con ese nombre tan de culebrón latino y sus continuas muertes de amor plasmadas en su empalagoso poemario.

Muerte, fallecimiento, defunción, óbito, deceso, fin, trance, tránsito, perecimiento, expiración, fenecimiento. Múltiples formas de denominar a

la Parca, aquella a la que la mayoría intentamos evitar. Por cierto, hablando de estos incontables sinónimos, recuerdo haberle oído contar a mi suegro que, en su pueblo, muy dado a los motes, ancestral costumbre muy arraigada en la mayoría de villas, aldeas y poblachos, entró un día un jovenzuelo procedente de otra localidad, buscando trabajo. Para no dar muchas vueltas, entró directamente en la taberna del pueblo, donde sabía que habría paisanos dispuestos a darle alguna labor. Así fue. Consiguió trabajo y ahí comenzó una inquietante conversación con uno de los parroquianos:

- Y tú mocete, ¿cómo te llamas?
- Perico –contestó el chaval.
- Pero aquí t’haimos de poner un mote –insistió el aldeano.
- ¿Un mote? ¿A mí un mote? –respondió airado el recién llegado. –¡Si me pones un mote te juro que feneces!

Desde entonces el joven fue conocido en el pueblo por “*El Feneces*”. Si es que en esta vida no hay nada como abrir la boca y ¡zas!

EL INESPERADO DESENLAZE

Prólogo. Década de los cuarenta, en un pequeño pueblecito. Aquella pobre muchacha, la Maripili, en la flor de la vida, notaba como ésta le abandonaba rápida e irremediamente, mientras yacía en brazos de su amado novio, el Miguelín, fruto de un extraño padecimiento que el médico del pueblo, Don Fulano (con el “Don” bien marcado, por supuesto) era incapaz de reconocer y, por tanto, de administrar un remedio que pudiera devolver la energía de años no muy pretéritos.

- Escuchadme. La situación es muy mala y debemos estar preparados para lo peor. –Se sinceró el desconcertado galeno a la familia y al afligido novio.

Historia. En medio de una convulsa llantina y sumido en un mar de lágrimas, el Miguelín expresó su mayor deseo:

- Maripili, mi amor, te amo con locura y quiero que nos casemos.

La Maripili negó lánguidamente. No podía permitir que su amado enviudara nada más matrimoniar. Pero ante la terca insistencia del Miguelín y la cara de asombro de sus padres, la agonizante novia dio su brazo a torcer en una escena de amor propia de Romeo y Julieta o de los Amantes de Teruel.

Dicho y hecho. Se puso en conocimiento del señor cura del pueblo el inquebrantable deseo de la pareja y, sin mediar más de unas horas, el clérigo organizó la ceremonia a pie de cama, donde el cuerpo de la pobre Maripili se esforzaba en no exhalar su último aliento.

Para los de la LOMCE y la LOMLOE explicaré que este tipo de ceremonia se denomina casarse “*in articulo mortis*”, que es latín, a la sazón una lengua muerta.

Si una boda que se precie se caracteriza por la alegría y las risas, aquella describía gráficamente lo que es un mar de lágrimas y llanto desconsolado.

Desenlace. Y pasaron los días. Y la Maripili, ante el asombro de Don Fulano, contrariamente a lo esperado, no solo no empeoró, sino que mejoró de tal forma que recuperó su lozanía, tuvo muchos hijos con el Miguelín, disfrutó de un montón de nietos y murió de viaje tras una larga y saludable existencia terrenal.

Epílogo. El Miguelín disfrutó sobremanera de su vida junto a la Maripili. Pero en el pueblo y tras la boda, ya nadie le conoció como Miguelín, sino con su apodo tras curar a su amada: ¡El Penicilina!

¡Y es que, lo que no cure la penicilina...!

AÚN NO.

Aquel pobre muchacho, aquejado de una grave y tortuosa enfermedad, decidió que había llegado el momento de poner fin a sus sufrimientos y determinó que la única forma era quitarse la vida.

Fue un impulso. Se levantó, fue hacia la ventana, la abrió, se encaramó al alfeizar y, entre lágrimas, saltó de aquel cuarto piso con la intención de poner fin a su agonía, fruto de su maltrecha salud.

Pero quiso el destino que debajo de su casa hubiera un bar que había desplegado un gran toldo para proteger del ardiente sol a los parroquianos que tranquilamente tomaban su aperitivo en la terraza, a resguardo de la solanera.

El impacto del cuerpo contra el toldo hizo que todos los allí presentes se levantaran de un brinco, sobresaltados por el fuerte ruido que se acompañó de un ¡ay! del pobre precipitado, mezclado con los angustiados gritos de quienes observaron cómo el cuerpo del desdichado salía rebotado del toldo para ir a caer al suelo, donde el individuo, aparentemente indemne, se quejaba de su mala suerte.

Los asustados testigos del suceso tomaron diferentes decisiones. Mien-

tras unos se acercaron prestos a ayudar a la desdichada víctima, otros se tapaban la cara ante lo vivido, mientras otros, los más, apretaban apresuradamente el botón de emergencias de su móvil para poner el tema en conocimiento del 112.

Las asistencias sanitarias no tardaron en llegar y comenzaron a atender al hombre que permanecía en el suelo, donde las personas que le habían atendido le habían mantenido quieto como una estatua ya que, todos habían oído en el programa ese de la tele *"Saber vivir"* o leído en *Google*, a una víctima de un accidente no hay que moverla. Si esto lo dice un sanitario, puede generar bastantes dudas entre la concurrencia, pero si lo dice la tele o Google, es palabra de Dios.

El caso es que, mientras asistían al accidentado, el médico levantó la mirada para observar el toldo salvador, quedándosele la mandíbula paralizada al leer el nombre del local que en dicho toldo aparecía impreso con grandes y prístinos caracteres: *"Bar El cielo puede esperar"*.

¿Un mensaje divino para el triste suicida? Puede ser. Creo que es en el Nuevo testamento donde dice algo así como que *"Los caminos de Señor son inescrutables"*. ¡Amén, hermanos!

¡Angelicos!

Calcula tus seguros en menos de **2 minutos**

Calcular ahora los precios del seguro de Auto y Vida
es más fácil y está al alcance de cualquiera.

Gracias a las nuevas calculadoras online...



Accede a la nueva
calculadora
de Auto aquí



Accede a la nueva
calculadora
de Vida aquí



www.amaseguros.com

900 82 20 82 / 913 43 47 00

Síguenos en     

y en nuestra APP 

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