

Revista

del COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS DE ASTURIAS



Abril 2019



Tribuna Médica

Nuestras Sociedades

Tribuna Libre

Formación

Esta Revista se financia íntegramente con la publicidad. El Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias dedica, desde 1986, al menos el 0,7% de su presupuesto a programas de desarrollo sanitario en el Tercer Mundo.

VERANO SOLIUS TRAVEL 2019



TIERRA SANTA

4 AL 12 DE JUNIO

Acompañamiento de Sacerdote durante todo el viaje

Jaffo · Cesárea Marítima
Monte Carmelo · Nazaret · Tiberiades
Monte Bienaventuranzas · Cafarnaúm
Tabgah · Mar de Galilea · Monte Tabor
Jericó · Betania · Jerusalén
Monte de los Olivos

DESDE 1.820€ Por persona en habitación doble



ESLOVENIA Y NORTE DE CROACIA

20 AL 28 DE JULIO

Ljubljana · Bled · Bohinj · Postojna
Predjama · Maribor · Ptuj · Koper · Piran
Portoroz · Rovinj · Zagreb

DESDE 2.285€ Por persona en habitación doble

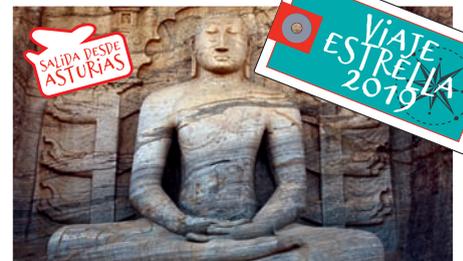


TURQUÍA COMPLETA

8 AL 17 DE SEPTIEMBRE

Capadocia · Pamukkale
Kusadasi · Estambul

DESDE 1.950€ Por persona en habitación doble



SRI LANKA Y DUBAI

3 AL 20 DE NOVIEMBRE

Sri Lanka: Negombo · Dambulla · Habarana
Polonnaruwa · Minneriya · Sigiriya
Anuradhapura · Matale · Kandy · Peradeniya
Nuwara Eliya · Yala · Galle · Colombo · Dubai

DESDE 4.995€ Por persona en habitación doble

EMPIEZA A
SOÑAR CON TU
CRUCERO

2019



8% DESCUENTO
CIRCUITOS Y PAQUETES VACACIONALES
• CRUCEROS •
SOLO HOTEL Y COCHES
(Independientemente del destino)

Código
COMAST19

RESERVA ONLINE EN:

WWW.SOLIUSTRAVEL.COM

SOLIUS Travel Service

A donde quieras llegar

Plaza del Fresno, 5 · Oviedo

985 20 76 50 • info@soliustravel.com

ADemás de estos viajes exclusivos organizados por Solius Travel, ofrecemos todo tipo de viajes para tus vacaciones: Paquetes al Caribe, Islas Canarias, Cruceros, Estados Unidos, estancias en hoteles en España, vuelos y todo lo que necesites

Todos los viajes ofertados en este folleto incluyen: Traslado Oviedo/Gijón/Avilés al aeropuerto de Asturias, ida y vuelta • Vuelo en línea regular clase turista Asturias/Madrid/punto de destino, ida y vuelta • Tasas aéreas y carburante • Autocar para recorrido completo según los servicios indicados en el itinerario • Guía acompañante local para todo el recorrido • Guías locales de habla española en la estancia y respectivas visitas • Entradas y visitas a los lugares detallados en el itinerario • Acompañamiento de personal de Solius Travel durante todo el viaje • Propinas a chóferes y guías • Seguro de asistencia en viaje y cancelación • Alojamiento en hoteles de 4 (****) y 5 (*****) estrellas, según itinerarios • Desayunos, almuerzos y cenas según especificaciones de cada viaje. Solicite información completa del viaje de su interés a nuestros agentes. Organización Técnica de los viajes: Viajes Solius S.L.U título AV-98-AS.

Carta del presidente	Carta del presidente.	5
Pasos a dar	En caso de sufrir una agresión.	6
Tribuna Médica	La anestesia, esa desconocida: miedos y mitos. <i>Dr. Jorge Luis Rodríguez González</i>	8
	Aféresis y donación de sangre. <i>Dr. Miguel Ortega Jiménez</i>	10
	¿Es el azúcar malo para la salud? <i>Dr. Edelmiro Menéndez Torre</i>	12
	Visión general de las lesiones en el fútbol. <i>Dr. José Antonio Rodas Pereira</i>	14
	Fragilidad en el anciano. <i>Dr. José Gutiérrez Rodríguez</i>	16
	Ser o estar loco. <i>Dr. Pedro Quirós Corujo</i>	19
	Infancia y medio ambiente. Cohorte INMA Asturias investigadora responsable. <i>Dra. Adonina Tardón García</i>	20
Nuestras sociedades científicas	<i>Dr. Manuel Hernández Bermudo</i> Presidente Sociedad Asturiana de Ginecología.	22
Asesoría Social	El trabajo social preventivo en la etapa de jubilación. <i>Fedra Salvador Fernández</i>	24
Curso MIR Asturias	Examen MIR 2018. <i>Dra. Paula Jiménez Fonseca</i>	26
Tribuna Libre	La vida y su sentido. <i>Dr. Gumersindo Rego Fernández</i>	28
	Empanada. <i>Dra. Aida Fidalgo Alonso</i>	30
Nuestra Gente	Dr. Francisco González Aréchaga «Uno es médico toda la vida» / XVIII Semana Médica / Nueva junta directiva de la Sociedad Asturiana de Nefrología / La Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo premia al Dr. Arturo Canga Alonso.	32-36
Asesoría Fiscal	Las sociedades profesionales. <i>José Jesús Pérez Álvarez</i>	38
Formación	Cursos 2019	40



Dirección Técnica:
Comunicación Profesional
Publicidad:
Serrador, Publicidad y Comunicación
Fotografías:
Enrique G. Cárdenas

Oviedo:
Plaza de América, 10 - 1º
33005 Oviedo
Teléfono 985 23 09 00
Horario:
Lunes a viernes: 8.30 a 14.30 h.
Lunes a jueves: 17.00 a 20.00 h.

Gijón:
Avda. de la Constitución, 15 - 1º
33208 Gijón
Teléfono: 985 16 38 26
Horario:
Lunes a viernes: 9.00 a 14.00 h.
Lunes a jueves: 16.00 a 19.00 h.

Avilés:
C/ Cabruñana, 50
33402 Avilés
Teléfono: 985 56 56 13
Horario:
Lunes a viernes: 9.30 a 13.30 h.



IMPRIME: Gofér
D.L. AS-4738-2001

Internet Colegio: www.comast.es secretaria@comast.es

Los artículos aquí publicados reflejan la opinión de sus autores. Esta publicación no se responsabiliza necesariamente de los criterios en ellos expuestos.

PRESTACIONES Y SERVICIOS

que el Colegio de Médicos de Asturias ofrece a sus colegiados



- Asesoría Jurídica gratuita, Extra-Judicial y Judicial especializada en asuntos médicos en todas sus ramas (civil, penal, laboral y contencioso-administrativa), con experiencia práctica real en este terreno de más de 20 años. No existe una especialidad jurídica equiparable en el terreno de la abogacía privada en toda Asturias.
- Asesoría Fiscal gratuita para tramitación de todo tipo de consultas y confección de declaraciones de IRPF; altas, bajas, modificaciones, pagos trimestrales, etc., altas en el Régimen Especial de Autónomos.
- Asesoría Social gratuita. Informa de todos los recursos y prestaciones sociales existentes y facilita los trámites necesarios para la obtención de ayudas de carácter social, así como el seguimiento de expedientes, etc.
- Mediación como Tomador de Seguro de Responsabilidad Civil Colectivo para la profesión (obligatorio desde noviembre de 2003 por imposición de la LOPS), con la consiguiente ventaja en la obtención de mejores precios y condiciones de contrato y el asesoramiento de nuestros abogados independientes de cualquier compañía aseguradora.
- Certificados ordinarios, de defunción, talonarios de estupefacientes y recetas privadas oficiales con el número de colegiado de esta Corporación.
- Posibilidad de que el Colegio autentifique la firma del colegiado a efectos de expedientes de adopción, validación de informes médicos, etc.
- Seguro de Vida Colectivo que indemniza a los herederos de médico en caso de fallecimiento en cuantías de 3.900 euros por muerte natural (sin límite de edad), 7.800 euros por muerte

por accidente y 11.700 euros por muerte de accidente de automóvil. En estos dos últimos casos sólo hasta los 65 años.

- Prestaciones de acción social para huérfanos de médicos, viudas de éstos, o en los supuestos de invalidez del médico, siempre que estén adheridos al Patronato.
- Acogerse a la protección arbitral de la Comisión Deontológica frente a denuncia de cualquier paciente o de otro médico, persona o entidad, ya sea pública o privada.
- Inclusión en los recientes Registros Profesionales creados por el artículo 5-2º de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias.
- Posibilidad de participar en los distintos cursos oficiales de formación continuada que el Colegio está acreditado para impartir con la nueva Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias.
- Uso gratuito de los salones, club social y locales del Colegio de Médicos en sus distintas sedes de Oviedo, Gijón y Avilés para conferencias, charlas, reuniones, etc.
- Posibilidad de domiciliar socialmente las Sociedades o Asociaciones Profesionales que, en relación con su ejercicio profesional, puedan constituir los distintos colectivos médicos.
- Acogerse al PAIME (Plan de Atención Integral del Médico Enfermo), siempre que estén adheridos al Patronato.
- Censo de viudos/as con inclusión en todas las actividades colegiales.
- Registro de Agresiones y Asistencia Jurídica frente a las mismas.



DR. ALEJANDRO BRAÑA VIGIL

Presidente del Ilustre Colegio
Oficial de Médicos de Asturias

Queridos colegas y amigos:

Quiero traer a esta carta la importante cuestión de la protección social de nuestro colectivo médico. Los Colegios de Médicos tienen, precisamente, su origen en un doble fundamento: por una parte, la lucha contra el intrusismo y, por otra, la búsqueda de protección para los colegas y sus familias que, por las circunstancias que fueran, pudieran quedar en una situación de desamparo; inicialmente de manera muy específica los huérfanos y las viudas. Pensando en paliar estas difíciles situaciones personales y familiares, se crearon el Colegio “Príncipe de Asturias” para huérfanos de médicos, el Patronato de Huérfanos y de previsión social hasta llegar finalmente a la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos “Príncipe de Asturias”. Las prestaciones que brinda la Fundación cubren necesidades asistenciales (médicos discapacitados, huérfanos discapacitados, viudos y viudas), necesidades educacionales (becas de estudios, ayudas mensuales), prestaciones para la conciliación de la vida perso-

nal, familiar y profesional (residencia de mayores, servicio de teleasistencia domiciliaria, servicios de atención en el domicilio), así como prestaciones para la promoción y protección de la salud de los médicos (programa PAIME, protección en el ejercicio profesional).

Sigue abierto el debate y la reflexión sobre los mecanismos de protección social que se pueden otorgar desde nuestra Fundación como complementarios a los que el Estado no alcanza, o lo hace insuficientemente. También han de desarrollarse cuestiones relativas a la suficiencia de las prestaciones que ofrece la Fundación y a la pertinencia de ampliarlas. Han de desarrollarse los objetivos de la Fundación con criterios realistas y adaptados a nuestras necesidades actuales. El nuevo modelo de protección social para los médicos ha de tener muy en cuenta las necesidades sociofamiliares que se requieren en situaciones de dependencia y, cuestión muy importante, el establecimiento de medidas que faciliten la conciliación de la vida familiar y laboral.

Tengo muy claro que, además de las prestaciones que ya se realizan, el nuevo modelo de ayudas sociales a los médicos ha de incluir ayudas a la dependencia y a la conciliación, además de programas de desarrollo profesional y humano del MIR, ayudas por embarazo y adopción, etc. Hay que definir bien los objetivos, así que con el fin de conocer con mayor detalle las opiniones y las necesidades concretas de los médicos asturianos, en breve realizaremos una encuesta para conocer vuestra opinión sobre prioridad de necesidades, nuevas necesidades sociofamiliares, etc.

El Colegio de Médicos es un elemento de cohesión para un colectivo necesariamente variado, pero que siempre ha demostrado un firme compromiso con la institución y un elevado sentido de la solidaridad. Seremos fuertes si somos solidarios con los más vulnerables.

La financiación de esta gran obra de ayuda a los más necesitados se realiza a través de la cuota colegial, en la que apenas supone 23,77 euros al trimestre (con importante deducción fiscal). Todos, pero sobremanera quienes han necesitado o necesitan estas ayudas, hemos de valorar muy positivamente el hecho de formar parte de un colectivo que no da la espalda a quienes están en situación de mayor necesidad.

Con mis mejores deseos para todos, un afectuoso saludo,

PASOS A DAR

EN CASO DE
SUFRIR UNA
AGRESIÓN

Acabamos de conmemorar el pasado 14 de marzo el Día Nacional contra las Agresiones a Médicos y Personal Sanitario. La Organización Médica Colegial cuenta, desde el año 2009, con un Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos que recoge los datos de las agresiones físicas, verbales o amenazas sufridas por los médicos en el ejercicio de su profesión en todas las Comunidades Autónomas.

El Colegio de Médicos de Asturias ha puesto a disposición de sus médicos colegiados un Registro de Agresiones que el médico ha de completar en caso de sufrir una agresión. Este formulario está publicado en la parte privada de la página web. El médico que haya sufrido una agresión deberá rellenar este cuestionario, indicando:

Datos personales y profesionales.**Relato de los hechos y testigos.**

Datos de la agresión. Tipo de agresión, centro en el que se ha producido, ¿ha necesitado tratamiento? ¿Existe parte de lesiones? ¿Ha acudido a salud laboral? ¿Dónde ha comunicado la agresión?

Datos del agresor. Tipología, antecedentes.

Actuaciones llevadas a cabo. ¿Ha presentado denuncia? ¿Se tramitó baja laboral? ¿Hay vigilantes de seguridad en el centro? ¿Se avisó a las fuerzas de seguridad? ¿Recibió apoyo o asesoramiento por parte de su empresa? ¿Recibió apoyo de otros organismos? El médico agredido deberá valorar qué medidas cree que sería conveniente adoptar.

El Colegio de Médicos de Asturias pone a disposición de los médicos colegiados que hayan sufrido una agresión durante el desarrollo del ejercicio profesional los servicios jurídicos del Colegio y todo el apoyo necesario para que puedan ejercer de manera segura y efectiva sus derechos en el proceso judicial que pueda llegar a tramitarse por razón de los hechos que se denuncian.

*Para cumplimentar el Registro de Agresiones es necesario acceder a la parte privada de la web www.comast.es



AVISO SOBRE EL NÚMERO DE COLEGIADO

Se recuerda a todos los colegiados que, desde la entrada en vigor de la Ley de la Colegiación Única, la Asamblea General del Consejo General de Colegios de Médicos aprobó que el número de colegiado (válido para todo el territorio nacional) consta de nueve dígitos.

Este número se forma anteponiendo los dos dígitos de la provincia de actual colegiación a los siete dígitos anteriores (que son los dos dígitos de la provincia de su primera colegiación más los cinco de su número ordinal).

Así, para los médicos colegiados actualmente en Asturias se antepone un 33 a los siete dígitos del número con el que se colegió por primera vez y que será invariable para toda su vida.

Ejemplo: 33NNXXXXX, donde NN es el número de la provincia de su primera colegiación y XXXXX el número que se le asignó en esa primera colegiación (estos 7 dígitos son invariables para siempre, aunque se cambie de Colegio). Los colegiados por primera vez en Asturias tienen el 3333XXXXX.

Por ello, se debe insistir que **en todos los documentos en los que se haga constar el número de colegiado, esté deberá constar de los nueve dígitos que componen su verdadero número de colegiado.**

BANCA PRIVADA

Cada cliente es único

asturiasbancapatrimonial@cajarural.com



**CAJA RURAL
DE ASTURIAS**



Dr. Jorge Luis Rodríguez González

Especialista en Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor.

La anestesia, esa desconocida: miedos y mitos

El espectacular avance que ha experimentado la anestesiología debería favorecer su aceptación social, pero falsas creencias en torno a la misma, hacen que todavía hoy existan muchos miedos y mitos sobre esta especialidad médica, poco conocida incluso por los propios médicos.

La palabra anestesia viene de la palabra del griego “*anaesthesia*”, *an* (sin) y *aesthesia* (sensación), “*sin sensación*”. Define la capacidad de privar total o parcialmente a un individuo de su sensibilidad.

Sus orígenes se remontan a la segunda mitad del siglo XIX, con la utilización, por médicos dentistas norteamericanos del *éter* y el *cloroformo*, gases altamente tóxicos e inflamables, con rudimentarios sistemas de inhalación. Sus resultados muy controverti-

dos, y a veces fatales, crearon una leyenda negra sobre estos procedimientos que aún perdura hoy.

En los últimos años de este siglo, a partir del conocimiento de los efectos de la cocaína, comienza a desarrollarse la anestesia loco-regional y su mayor seguridad en aquel momento hace que proliferen estas técnicas a principios del siglo XX. Después de las dos grandes contiendas que asolaron Europa, y sobre todo después de la Segunda Guerra Mundial, el perfeccionamiento en el suministro de gases y la aparición de anestésicos inhalatorios más seguros, propiciaron el auge de la Anestesia General, eclipsando las técnicas loco-regionales que volverían a resurgir en los años 80, gracias al descubrimiento de anestésicos locales menos tóxicos y las mejoras en los sistemas de administración.

Así pues, el gran desarrollo de la anestesia general se produce en la segunda mitad del siglo XX, con el descubrimiento de los relajantes musculares y el desarrollo de sistemas de respiración artificial cada vez más perfectos. En los años 80 y 90 con la síntesis de fármacos menos tóxicos, de efectos predecibles, con inicio y eliminación rápida, junto al desarrollo de máquinas inteligentes que nos ayudan en su administración, y sofisticados sistemas de monitorización, determinan el desarrollo definitivo de la anestesiología moderna y con ello de la cirugía actual.

Podemos definir la anestesia moderna como el conjunto de actuaciones médicas encaminadas a *evitar el dolor*, asegurando el *confort* del paciente, y garantizar la *estabilidad* y el normal desarrollo de sus funciones vitales, para *prevenir, diagnosticar y tratar* las posibles complicaciones que puedan surgir durante la cirugía. El anestesiólogo se ocupa del estudio *preoperatoria*, los cuidados *intraoperatorios*, la *reanimación* y cuidados del postoperatorio inmediato,

y el *tratamiento del dolor* tanto agudo como crónico.

Existen dos tipos de anestesia: local y general, y en los últimos años se desarrolla además la sedo-analgésia, para aumentar el confort de las técnicas locales y de las técnicas de diagnóstico invasivas como las endoscopias.

En la anestesia loco-regional se utilizan derivados de la cocaína (procaína, lidocaína, mepivacaína, bupivacaína) administrados a nivel medular en la anestesia raquídea, y a nivel periférico en el bloqueo de plexos y nervios. Podemos afirmar que tiene menos riesgos graves que la anestesia general, pues implica menos fármacos y menos maniobras agresivas, pero no todas las intervenciones pueden realizarse con anestesia local, y esta tampoco está exenta de riesgos e inconvenientes. La anestesia raquídea puede ser *intradural* si se atraviesa la duramadre, saliendo líquido cefalorraquídeo (LCR), que es lo que puede ocasionar cefaleas; ó *epidural* (con o sin la colocación de un catéter) cuando se accede al espacio virtual existente entre la duramadre que envuelve la médula y el ligamento amarillo.

Bajo anestesia general obtenemos: *hipnosis* (sueño); *relajación muscular* (inmovilidad); *analgesia* (ausencia de dolor) y *estabilización vegetativa*.

Además del bloqueo sensitivo y motor, bloqueamos el sistema nervioso autónomo involuntario o visceral (simpático y parasimpático) que regula las funciones vitales fundamentales (respiración, circulación, digestión, excreción, etc.) a través de reflejos viscerales. Las señales sensoriales que reciben los ganglios autónomos, la medula espinal, el tallo cerebral o el hipotálamo originan respuestas reflejas que son devueltas a esos órganos para controlar su actividad. Ante una situación de estrés el organismo tiene una serie de reacciones fisiológicas: el corazón se acelera, la tensión arterial sube, etc. Con anestesia general no sólo mantenemos al paciente inconsciente, pasamos a tener el control de todas sus funciones vitales, y podemos modular éstas farmacológicamente para adaptarlas a las necesidades de la cirugía y hacer posible intervenciones sobre órganos vitales como el cerebro, corazón, pulmón, hígado, etc. protegiendo la integridad del paciente.

Esto es posible gracias al gran arsenal de fármacos que manejamos, que en la actualidad son más seguros, con menos efectos secundarios y mejor conocidos, administrados con mayor seguridad utilizando bombas de perfusión inteligente, y gracias a sofisticados sistemas de *monitorización* que nos permiten conocer en tiempo real el estado funcional de nuestro

paciente. Podemos conocer su nivel de sueño a través del monitor BIS que mide la actividad del lóbulo frontal; la función cardiocirculatoria con un ECG continuo en todas las derivaciones y la tensión arterial instantánea con la canalización de una arteria, la presión venosa central, incluso el gasto cardíaco; los parámetros respiratorios, la diuresis, la presión intracraneal, la relajación neuromuscular, etc. Con esto podemos conseguir la hipnosis, relajación, analgesia, ventilación y hemodinámica circulatoria ideales, utilizando las dosis mínimas necesarias de medicación, con menos efectos secundarios y un despertar más precoz y placentero.

Por todo lo expuesto podemos concluir diciendo que la anestesia general, aunque no exenta de riesgos, es una de las formas más seguras de anestesia, ya que en ella controlamos todas las funciones vitales del paciente y se mantienen unas condiciones óptimas para la supervivencia durante la cirugía. Con ella se tiene un control del paciente superior al que podamos encontrar en ningún otro lugar del Hospital. Su tasa de mortalidad es menor de 1 por cada 250.000 procedimientos, sin considerar que ésta va a depender en gran medida de otros factores de riesgo. ■

BODAS Y EVENTOS DE ENSUEÑO

RESTAURANTE Y TEPPANYAKI JAPONÉS

MENÚ EJECUTIVO DIARIO

A 5 minutos de nuevo HUCA

Finca La Quinta 11, Abuli · 33010 Oviedo · Asturias · reservas@delabra.es 985 11 76 76 · www.delabra.es



Dr. Miguel Ortega Jiménez

Médico del área de donación del Centro Comunitario de Sangre y Tejidos de Asturias.

Aféresis y donación de sangre

La donación de sangre mediante aféresis, término que proviene del griego y significa separar o extraer, es un procedimiento en el que se obtienen de un modo selectivo los componentes sanguíneos mediante separadores celulares, de forma que podemos seleccionar el hemocomponente que se necesite y devolver al donante el resto de componentes a través del mismo acceso venoso. En el caso de la donación de sangre convencional, la bolsa de 450 ml. recogida debe ser procesada en el área de fraccionamiento para separar por centrifugación los componentes sanguíneos y obtener de forma independiente hematíes, plaquetas y plasma antes de ser transfundidos.

La principal ventaja de la donación mediante aféresis es la mayor obtención de plaquetas, además de acompañarse de la extracción de plasma y/o hematíes, ya que mediante un solo proceso se obtienen una o dos unidades de plaquetas, y cada unidad contiene la dosis terapéutica para transfundir a un paciente (en torno a 3.0×10^{11} plaquetas). Por el contrario, en el caso de la donación de sangre convencional se necesita que donen cinco personas para obtener una unidad de plaquetas, por lo que una donación mediante aféresis equivale a la donación de plaquetas de cinco o diez personas. Otra ventaja es la frecuencia con la que se puede donar plaquetas y plasma, de-

bido a su mayor cantidad y velocidad de recuperación. En ambos casos se puede realizar una donación cada dos semanas, si no se extraen hematíes, con un máximo de 24 procesos al año. En situaciones especiales se podría acortar la obtención de plaquetas a 48 horas sin sobrepasar dos procesos a la semana. En el caso del plasma la frecuencia también se puede aumentar, no sobrepasando 600 ml. por sesión (si no hay reposición de volemia), 1000 ml. a la semana y 15 litros anuales. En relación a los hematíes la frecuencia con la que se puede donar es similar a la donación de sangre convencional, tres donaciones al año en el caso de las mujeres y cuatro donaciones los hombres.

Más ventajas que encontramos en las plaquetas obtenidas mediante aféresis son la menor probabilidad de aloinmunización, menor probabilidad de transmisión de enfermedades infecciosas, permite la selección de donantes para pacientes refractarios y hace posible la obtención de plaque-

tas en momentos de mayor demanda. Como pequeño inconveniente para el donante se encuentra la mayor duración de este tipo de donación, que es aproximadamente de 60 minutos. En 2018 incrementamos un 6% los procedimientos de aféresis en el Centro Comunitario de Sangre y Tejidos llegando a 1.492 procesos, ayudando así a cubrir la demanda de plaquetas de los hospitales que en el último año ha crecido casi un 8%, siendo el principal destino los pacientes oncohematológicos.

Pero la separación de los hemocomponentes no es algo nuevo. Ya en el siglo pasado Hedon en 1902 y Fleig en 1910 realizaron plasmaféresis experimentando con animales. En 1914 John Jacob Abely, químico y farmacéutico estadounidense, utilizó por primera vez el término plasmaféresis. Describió el procedimiento de extracción de plasma retornando elementos celulares de la sangre como tratamiento experimental de la toxemia en perros nefrectomizados. En 1944, Tui y colaboradores describen el primer procedimiento de plasmaféresis manual en humanos para determinar la tasa de regeneración proteica en seis donantes voluntarios.

Durante la Segunda Guerra Mundial se impulsó de forma importante la plasmaféresis para obtención de plasma en donantes como tratamiento en la reposición de la volemia en soldados y civiles con hemorragias y shock.

En la década de los 40 el bioquímico estadounidense Edwin J. Cohn desarrolló el método del fraccionamiento plasmático en la Universidad de Harvard. En 1952, Cohn introduce por primera vez el separador celular de flujo discontinuo, favoreciendo el desarrollo de la aféresis. Lo diseñó a partir de una máquina patentada en la industria láctea por el sueco Gustaf de Laval en 1878 para la separación de la crema de la leche. Consistía en un recipiente cónico que giraba a gran velocidad en cuyo interior se depositaba la sangre que debía separarse, disponiéndose en distintas capas formadas por hematíes, leucocitos, plaquetas y plasma, de forma que en principio, resultaba posible obtener por separado el componente deseado, aunque en la práctica solo se obtenían resultados satisfactorios con la obtención de hematíes y plasma. En 1961, Allan Kliman mediante la realización de plasmaféresis manual, obtiene plaquetas a partir de plasma rico en plaquetas, naciendo la aféresis de plaquetas. En 1962 el ingeniero de IBM George Judson, cuyo hijo padecía leucemia mieloide crónica (LMC), junto al hematólogo Emil Freireich trabajaron en un proyecto conjunto con el Instituto Nacional del Cáncer (NCI), y en 1966 presentaron el primer separador de flujo continuo para la transfusión de leucocitos.

Otro hecho destacable en el desarrollo de la aféresis ocurrió en la década de los 60 cuando Allan Latham modificó el *bowl* de separación celular de Cohn de acero reutilizable por uno de plástico desechable. Más tarde Latham en la década de los 70 funda la compañía Haemonetics la cual crea un separador celular de flujo discontinuo que es el primero en utilizar un equipo estéril totalmente desechable. En las siguientes décadas los avances se suceden apareciendo nuevos separadores celulares más eficaces y seguros, procesando menor volumen extracorpóreo, reduciendo la duración del proceso de aféresis y presentando menos síntomas de hipocalcemia debido al anticoagulante.

De esta manera llegamos hasta nuestros días, donde seguimos empleando estos separadores, y gracias a los procedimientos de aféresis disponemos de una herramienta de enorme importancia en el campo de la donación de sangre para la obtención de hemocomponentes y hemoderivados, en distintas especialidades médicas para retirar de la sangre moléculas e inmunocomplejos, y en los últimos años en el trasplante de médula ósea, donde se obtienen progenitores hematopoyéticos en sangre periférica para su posterior transfusión al paciente enfermo. ■

Ayalga Viajes

RINCÓN DE EXPERIENCIAS

VIAJA DE FORMA COMPROMETIDA



Rusia 1.224€	Irán 1.735€*	 ¡¡NOVEDAD!! "Viaje Errante" a Georgia
Armenia 1.429€*	Uzbequistán 1.863€*	
Egipto 1.346€	Croacia Eslovenia y Bosnia 1.431€	Alemania Desde Praga 1.470€* +Tyrol Baviera 1.530€*
		Polonia 1.479€

SALIDAS ESPECIALES DESDE ASTURIAS

CHARLAS CULTURALES GRATUITAS

Lola Mateos 2 bajo (Esq. Silla del Rey) • OVIEDO • 984 18 04 03 / 684 615 029
info@ayalgaviajes.com • www.ayalgaviajes.com



(*) Pensión Completa



Dr. Edelmiro Menéndez Torre

Jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición.

¿Es el azúcar malo para la salud?

En los últimos tiempos escuchamos y leemos con frecuencia que el azúcar es perjudicial para la salud. Sin embargo, todos sabemos que los carbohidratos o

azúcares en sentido general son la fuente más importante de energía para nuestro organismo y por lo tanto el sostén de la vida.

Cuando se habla de “azúcar” nos estamos refiriendo a los azúcares simples que son los monosacáricos o disacáridos, los cuales se encuentran de manera natural en las frutas y verduras así como en la leche y que llamaremos *azúcares intrínsecos*. Estos azúcares simples naturales cuando son refinados, extraídos principalmente de la caña, la remolacha o el maíz se denominan *azúcares libres o también azúcares añadidos* ya que son los que habitualmente se añaden a los alimentos como endulzantes, los que están en las bebidas azucaradas, en los zumos y concentrados, en la miel y en los jarabes o siropes.

En los últimos años el consumo de estos azúcares libres o añadidos se ha visto que en las sociedades occidentales está asociado al aumento observado en las alteraciones metabólicas como la obesidad y la diabetes tipo 2, convertidas ya en la pandemia del siglo XXI, y también con las enfermedades cardiovasculares e incluso con el otro gran azote de nuestro tiempo, la enfermedad de Alzheimer.

Diversos estudios epidemiológicos han demostrado que el aumento de la cantidad de azúcares libres en la dieta va asociado de forma inquívoca a un aumento comparable del peso. Se ha comprobado que los niños con los niveles de consumo más altos de bebidas azucaradas tienen más probabilidades de padecer sobrepeso u obesidad que aquellos con un bajo nivel de consumo de este tipo de bebidas.

Por otro lado sabemos también que un consumo de azúcares libres superior al 10% de la ingesta calórica total produce tasas más elevadas de caries dental.

Por todos estos motivos la OMS recomienda ya desde hace años, *reducir el consumo de azúcares libres o añadidos tanto para los adultos como para los niños a menos del 10% de la ingesta calórica total* y asegura que una reducción por debajo del 5% de la ingesta calórica total produciría beneficios



adicionales para la salud, por lo que éste debería ser el objetivo.

Tenemos que tener en cuenta que estos azúcares libres están en cierta forma ocultos en muchos alimentos de uso cotidiano como en muchos alimentos preparados o procesados así como en muchas bebidas. Se debe tener en cuenta su presencia en:

- Las bebidas azucaradas como los refrescos (una lata de un refresco azucarado tiene hasta 40 g de azúcares libres).
- Productos lácteos azucarados.
- Cereales de desayuno azucarados.

- Bollería y pastelería.
- Comidas preparadas incluyendo sopas, purés, preparados de arroz, etc.
- Snacks.
- Salsas (incluyendo ketchup).
- Helados.
- Frutas y vegetales en conserva.

Estos azúcares añadidos pueden ser sustituidos por otros carbohidratos con el mismo valor energético, pero naturales, evitando sustituirlos por grasas puesto que éstas nos aportarían un mayor contenido calórico. Otra alternativa válida en el caso de las bebidas es la de aquellos preparados con edulcorantes acalóricos o de muy bajo índice glucémico, siempre que el consumo de éstos sea moderado.

La estrategia NAOS lleva años en nuestro país analizando esta situación

que constituye un problema de salud pública de primer nivel intentando implicar a la industria alimentaria para reformular los alimentos preparados, así como a los consumidores para que elijan mejores opciones. Recientemente incluso se ha formulado la posible implantación de un impuesto especial a aquellos alimentos con azúcares añadidos en un intento de disminuir su consumo.

En resumen, el consumo de azúcares añadidos es una de las causas de la actual epidemia de obesidad y de diabetes de los países desarrollados y en vías de desarrollo, y de la morbilidad cardiovascular secundaria a estas alteraciones. Se hace necesario volver a una alimentación más natural evitando el consumo de azúcares añadidos si queremos prevenir dichas alteraciones y gozar de una vida más saludable. ■

NUEVA PROMOCIÓN

beBop

La Fresneda

¡¡ELIGE TU NUEVA VIDA!!

VIVIENDAS PERSONALIZABLES

- Adosados unifamiliares con doble garaje y sala polivalente
- Máxima eficiencia energética
- Rodeada por amplias zonas verdes y en un enclave natural único
- Junto a Instalaciones deportivas, educativas y comerciales

constructora

LOS ALAMOS

985 233 800

www.alamos.es

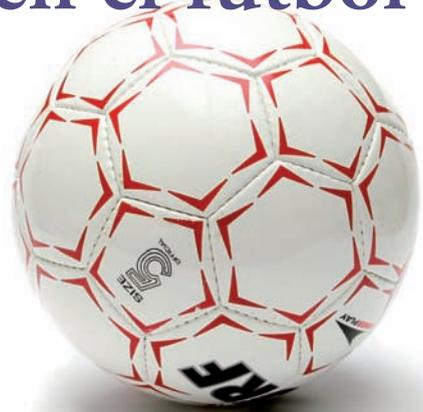


Dr. José Antonio Rodas Pereira

Médico Selección española masculina de fútbol sub-21.

Jefe Servicios Médicos Mutualidad de Futbolistas de Asturias.

Visión general de las lesiones en el fútbol



El riesgo que corren los futbolistas profesionales de sufrir una lesión es de unas 1.000 veces superior al de las profesiones industriales consideradas de alto riesgo. Por tal circunstancia, el conocimiento de las lesiones se convierte en un aspecto esencial del deporte y en una herramienta fundamental para los responsables de la salud del jugador.

Se ha demostrado que aquellos equipos que son capaces de evitar y reducir al mínimo las lesiones tendrán mayores posibilidades de éxito en su clasificación en la liga, que los que gestionan las lesiones de forma menos eficaz.

Cuatro son las lesiones más habituales en el fútbol, concretamente las de tobillo, las lesiones de rodilla, las lesiones de cadera e ingle y las lesiones musculares, de tal forma que se deben de tomar en cuenta las siguientes cuestiones clave:

- ¿Cuáles son las lesiones con las que el médico de un equipo puede en-

contrarse en el fútbol y cuáles son las más frecuentes y plantean mayores riesgos a los jugadores?

- ¿Cuáles son las causas de estas lesiones?
- ¿Con qué frecuencia ocurren (en partidos o durante los entrenamientos, en qué momento de la temporada, etc.)?
- ¿Cómo puede el médico de un equipo gestionar mejor estas lesiones (por ejemplo, diagnóstico, exploración y tratamiento)?

El objetivo del médico, como máxima autoridad en el tema de las lesiones dentro de la organización técnica del equipo, debería consistir en utilizar las estadísticas sobre las lesiones para informar y fundamentar decisiones, así como para asegurarse (y esto es de crucial importancia) de que las decisiones del equipo se basen en pruebas científicas fiables, siempre que se disponga de ellas. Esto es especialmente importante a la hora de tomar decisiones sobre

el regreso a la competición (decisiones acerca si un futbolista está en condiciones de volver a jugar), cuando el futbolista, el entrenador, el presidente del club, los medios de comunicación, los agentes, etc., inquieran constantemente al médico, con la pregunta ¿cuándo volverá a jugar?, cuestión que el médico debería estar siempre en condiciones de responder de manera bien fundada.

El riesgo lesional no puede evaluarse simplemente calculando la cantidad de lesiones sufridas o el porcentaje de jugadores que se lesionan. En lugar de ello, se mide con una variable denominada "exposición". El concepto de exposición se define como la frecuencia de participación de un jugador en partidos y entrenamientos: básicamente se trata de la exposición de un jugador al riesgo de sufrir lesión. Normalmente se expresa como el número de lesiones por cada 1.000 horas de exposición. Es preciso dividir el riesgo lesional en dos valores distintos: el riesgo lesional durante los partidos y el riesgo lesio-

nal durante los entrenamientos, pues el riesgo lesional durante los partidos suele ser muy superior al de los entrenamientos.

Los estudios estadísticos indican que la tasa de lesión durante un entrenamiento es similar en la categoría profesional y en la *amateur*, de tres a cinco lesiones por cada 1.000 horas de entrenamiento. En cambio, el riesgo de sufrir una lesión durante un partido aumenta con el nivel de la competición futbolística (*Champions League*, EURO y las selecciones nacionales) siendo el doble que en la competición de los equipos *amateurs*.

La tasa de lesiones de ligamentos en el fútbol profesional masculino europeo ha disminuido entorno al 30% entre la temporada 2001/02 y la 2011/12. Una posible explicación podría encontrarse en la puesta en marcha por parte de los equipos de estrategias de tratamiento intensivo y rehabilitación, que complementan los métodos preventivos ya establecidos tales como el entrenamiento propioceptivo o los

vendajes funcionales. No obstante, la tasa total de lesiones en entrenamiento y partidos se ha mantenido alta durante la última década al igual que la tasa de lesiones musculares y lesiones graves. Puede que las acciones preventivas enfocadas a los factores de riesgo para el jugador sean insuficientes en el caso de los futbolistas profesionales, con la posible excepción de las lesiones ligamentosas. A la hora de prevenir las lesiones se deben tener en cuenta los factores de riesgo externos, como la carga de los entrenamientos, el estilo del jugador y la continuidad del personal médico y técnico del club, factores todos ellos que deberán estudiarse en profundidad.

Por término medio, el 85-90% de todas las lesiones se localizan en las extremidades inferiores. Entre los jugadores masculinos de élite, las más habituales son las lesiones del muslo (25%), en la rodilla (18%), en la cadera/ingle (14%) y en el tobillo (14%). La mayoría (70%) de las lesiones son traumáticas de contacto, pero casi la tercera

parte (30%) son lesiones por sobreuso que tienden a afectar más a los músculos isquiotibiales, la ingle, la rodilla y parte inferior de la rodilla.

Las lesiones musculares y tendinosas son las más habituales entre los jugadores de élite y representan la mitad de todas las lesiones (es decir, el conjunto de lesiones traumáticas y por sobreuso). Las conmociones y las laceraciones, o lesiones en la piel, son poco frecuentes en la categoría elite, cada una de ellas representa solo el 0,8% de todas las lesiones.

La recaída temprana de una lesión se define como la aparición de una lesión recurrente del mismo tipo y en el mismo sitio que una lesión previa estandarizada, y que ocurre no más de dos meses después que el jugador haya regresado a la práctica completa del fútbol después de la baja provocada por la lesión original, con una tasa variable del siete al 21 %. En general, se producen más recaídas por las lesiones por sobreuso que en las lesiones traumáticas. ■

¿Te gusta conducir?

TODO TECNOLOGÍA.
TODO DEPORTIVIDAD

NUEVO BMW SERIE 3

DESDE 250€ AL MES CON MANTENIMIENTO INCLUIDO

En 47 cuotas. Entrada: 10.305,97€. Cuota Final: 19.673,52€. TAE: 8,92%.

En la séptima versión del nuevo BMW Serie 3 todo es tecnología. Y deportividad. Hemos incluido avances como **BMW Digital Key**, las **luces BMW Laserlight** o el revolucionario **BMW Reversing Assistant** y mejorado el dinamismo con una suspensión más baja. Y lo mejor de todo, es que toda esta tecnología y toda esta deportividad, puede ser tuya desde 250€ al mes con mantenimiento incluido.

Autosa

C.Cerdeño, 31
Tel.: 985 11 88 00
Oviedo
www.autosa.com

P.V.P. 318d, 34.477,20€ (transporte, descuento, ayuda a la recompra para vehículos EURO 4 diésel, mantenimiento -5 años/100.000 km e impuestos incluidos) financiando con BMW Bank GmbH, S.E. Gastos de matriculación y pre-entrega no incluidos. Comisión de formalización 239,30€. Importe a financiar: 24.171,22€. Precio total a plazos 41.968,79€. Importe total adeudado 31.662,82€. TIN: 8,25%. Valor futuro garantizado 19.423,52€ (48 meses/60.000 km). Permanencia mínima: 24 meses. Importe mínimo a financiar: 16.000€. Al final del plazo contratado, podrás devolverlo, cambiarlo o quedártelo pagando la cuota final. Condiciones válidas para pedidos hasta 30/06/2019. Modelo visualizado puede no coincidir con el modelo ofertado. WLTP: Consumo promedio: desde 5,0 hasta 7,5 l/100 km. Emisiones de CO₂: desde 132 hasta 170 g/km. NEDC: Emisiones de CO₂: desde 110 hasta 139 g/km.



Fragilidad en el anciano

Dr. José Gutiérrez Rodríguez

Geriatra.

El envejecimiento poblacional de los países desarrollados durante la segunda mitad del siglo XX ha condicionado el progresivo desarrollo de la medicina del paciente mayor, la medicina geriátrica.

En los años 60 y 70 se establecieron las bases de la Valoración Geriátrica y la necesidad de que los pacientes mayores fueran evaluados de forma integral abordando las esferas clínica, funcional, mental y social.

Los años 80 y 90 fueron aquellos en los que se evidenciaron los beneficios de la Valoración Geriátrica y se desarrollaron niveles asistenciales hospitalarios de agudos y rehabilitación, dirigidos a tratar de forma multiprofesional y especializada a estos pacientes.

Durante los primeros años del siglo XXI hemos asistido al descubrimiento de la fragilidad como síndrome geriátrico. Se ha ido perfilando y completando su definición, a la vez que se ha profundizado en el estudio de sus mecanismos biológicos y fisiopatológicos. Así mismo, se han ido elaborando instrumentos diagnósticos y planes de intervención dirigidos a prevenir su impacto negativo sobre la salud de las personas mayores.

Concepto de fragilidad.

En el año 2004, Fried publica la definición más utilizada de fragilidad: *“un estado fisiológico de aumento de vulnerabilidad a estresores como resultado de una disminución o disregulación de las reservas fisiológicas de múltiples sistemas, que origina dificultad para mantener la homeostasis”*.

Es decir, plantea que la disminución de las reservas fisiológicas asociadas al envejecimiento conlleva una pérdida de rendimiento de los órganos y una reducción en la capacidad de respuesta de nuestro organismo ante situaciones de estrés.

Este estado de vulnerabilidad condiciona que ante enfermedades directamente incapacitantes como los ictus, la demencia o las fracturas de cadera, o indirectamente incapacitantes como la *diabetes mellitus*, la hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las personas mayores tengan más probabilidad de presentar deterioro funcional, dependencia, hospitalización, institucionalización y muerte.

En base a este concepto, en la Primera Conferencia Nacional de Pre-

vencción y Promoción de la Salud en Personas Mayores promovida por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2007, se establecieron diferentes tipologías de personas mayores en relación con la enfermedad, la fragilidad y la capacidad funcional:

- Personas mayores sanas: aquellas que no presentan enfermedad, discapacidad, alteración mental ni problema social.
- Personas mayores robustas con enfermedad crónica: aquellas que padecen una o más enfermedades crónicas sin que se vean afectadas su capacidad funcional o mental. Además, al explorarlas observamos que no presentan problemas de equilibrio, fuerza muscular, flexibilidad o velocidad de la marcha.
- Personas mayores frágiles: aquellas que padecen una o más enfermedades crónicas que afectan directamente su rendimiento, tiene problemas de equilibrio, fuerza muscular, flexibilidad o velocidad de la marcha y están en una situación de riesgo de deterioro funcional. Estas personas conservan su independencia de forma

inestable y, ante una enfermedad aguda, pueden sufrir una pérdida de funcionalidad.

- Personas mayores en situación de dependencia: aquellas que presentan discapacidad en alguna de las actividades de la vida diaria.

Esta clasificación nos permite comprender los diferentes estadios evolutivos entre las personas sanas, robustas, frágiles y con discapacidad.

Fisiopatología de la fragilidad

Entre los mecanismos responsables de la fragilidad se ha descrito el desequilibrio energético entre anabolismo y catabolismo. De forma que procesos hipercatabólicos que cursan con balance nitrogenado negativo como el cáncer, las situaciones de inmovilidad, la anorexia, la ingesta baja de proteínas o la desnutrición, pueden actuar como aceleradores del envejecimiento, aumentar la pérdida de masa muscular y facilitar la aparición de fragilidad.

Dos mecanismos que se asocian bidireccionalmente con el proceso de fragilidad son: la disminución de masa muscular y masa ósea, también llamadas sarcopenia y osteopenia.

A partir de los 30 años de edad, las personas tienden a perder tejido óseo y muscular. Estas pérdidas se traducen en una disminución de la estatura a razón de 1 cm. por década entre los 40 y los 70 años y de tres a cinco cm. por década después de los 70 años.

Así mismo, a partir de los 30 años se produce una disminución de un 12% de masa muscular por década que debería traducirse en una disminución de la circunferencia de brazos y piernas. Sin embargo, esta disminución de la circunferencia no se aprecia debido a que se compensa con un aumento de masa grasa en las extremidades, condicionando la llamada “obesidad sarcopénica”.

Otros mecanismos que contribuyen a la sarcopenia y osteopenia son: factores genéticos, daño de los siste-

Los programas de ejercicio físico multicomponente en personas mayores han demostrado ser más efectivos que el mejor de los medicamentos.

mas reparadores del ADN mitocondrial, apoptosis de células de la musculatura estriada, reducción y alteración de la síntesis de proteínas contráctiles musculares, aumento de la infiltración grasa de los músculos, alteraciones del sistema neuroendocrino, de las hormonas sexuales y de los productos de inflamación crónica.

Intervenciones para revertir la fragilidad y retrasar el envejecimiento

Disponemos de guías de actuación y documentos de consenso en los que se establecen recomendaciones específicas para el manejo de las personas mayores en situación de fragilidad.

1) Debe sospecharse fragilidad en toda persona mayor de 75 años que presente pérdida de peso inexplicable, sensación de cansancio o pérdida de fuerza, quejas subjetivas de memoria, sintomatología afectiva, alteración del equilibrio, disminución de la velocidad de la marcha o caídas.

2) Aquellas personas mayores en las que se detecte fragilidad deben ser sometidas a programas estratégicos de prevención primaria y secundaria, efectivos y eficientes.

3) Es necesario fomentar actividades preventivas sobre la base de una nutrición saludable, un ejercicio físico multicomponente adaptado a las posibilidades reales de la persona y un control adecuado de los factores de riesgo cardiovascular (hábito tabáquico, consumo de alcohol, hipertensión arterial diabetes mellitus, dislipemias, obesidad y sedentarismo).

4) El ejercicio físico multicomponente debe incluir ejercicios de entrenamiento cardiovascular, es decir, ejercicios aeróbicos o de resistencia. Así mismo, también incorporará rutinas de fuerza muscular contrarresistencia y ejercicios de equilibrio y elasticidad.

Los programas de ejercicio físico multicomponente en personas mayores han demostrado ser más efectivos que el mejor de los medicamentos, para controlar el metabolismo de los hidratos de carbono y los lípidos, estabilizar la tensión arterial y las patologías cardiovasculares, incrementar la densidad mineral ósea y aumentar la masa muscular.

Estos programas de ejercicio también han demostrado su eficacia para mejorar la situación funcional, cognitiva y afectiva de las personas mayores, a la vez que disminuyen las tasas de discapacidad, morbilidad y mortalidad.

La mejoría de todos estos parámetros se consigue con programas de ejercicio físico de tres meses de duración, con una frecuencia de tres o cuatro días a la semana, una duración de 30 a 60 minutos por día y una intensidad de trabajo moderada o alta.

En definitiva, mediante una adecuada alimentación y un programa de ejercicio físico multicomponente podemos revertir la fragilidad y retrasar el envejecimiento. ■





Dr. Pedro Quirós Corujo

Psiquiatra.

Ser o estar loco

Esta situación, sea personal o sea en la comunidad, plantea numerosos problemas a través de las distintas concepciones sociales y religiosas. La moderna asistencia psiquiátrica, así como los avances en Neurociencias, han llegado para establecer cierto orden.

La locura representó hasta épocas muy recientes, una amenaza de la que la sociedad debería de protegerse. Se establecían normas estrictas que, si bien representaba una manera de mantener la coherencia social, hacían imposible los cambios en la conducta de las personas o grupos.

Así se entiende la denominada Ley de Moisés, que se propone a los Hijos de Israel en su salida de Egipto, enfrentados a las dificultades de una larga marcha: “Os enviaré la locura, la

ceguera y la turbación mental”. (Deuteronomio, 28-28).

El destino de los alienados era vagar mendigando, salvo que entidades, generalmente religiosas, permitiesen algún tipo de refugio. En la historia aparecen situaciones excepcionales, con una motivación religiosa.

En Bélgica, en el siglo VII, una princesa, huyendo de los deseos incestuosos de su padre, rey de Irlanda, se refugia en la campiña belga, donde es encontrada por su padre y decapitada junto con sus acompañantes.

En el lugar de su muerte, de Santa Dymma, se crea la capilla de San Martín, convertida en una gran iglesia en 1340. Este lugar, y la creencia de que Santa Dymma aliviaba las enfermedades de la mente, fue evolucionando a

una institución modelo. En la zona, denominada Gheel, con unos cientos de familias que vivían de la agricultura, se estableció una organización donde los enfermos eran recogidos por las familias, con las que convivían y a las que ayudaban. Estaba prohibida la violencia física y, un dato notable que fue el problema de las instituciones posteriores, allí no había fugas. Tuve la suerte de visitar Gheel y convivir con una familia que tenía un enfermo alojado, en un ambiente amistoso. Existen diversas instituciones a lo largo de la historia, algunas muy curiosas.

Desde nuestro concepto asturiano de D. Pelayo y La Reconquista, no tenemos en cuenta la existencia de una civilización islámica con unas características muy avanzadas, al menos en el tema que nos ocupa:

En el 670 se creó un hospital en Bagdag con extensas dependencias para enfermos mentales. El rey Alhaken I de Córdoba envió a un grupo de filósofos a Grecia para conocer y traducir las obras médicas de Hipócrates y Galeno. La biblioteca de Córdoba, con cerca de 400.000 volúmenes, fue un centro del saber universal.

En Granada existía un hospital denominado Maristen, fundado a expensas del rey Nazarí Muhammed V, en los años 767-768 de la Hégira, por tanto 1366-1367 del calendario cristiano. Este Maristen granadino disponía de una plantilla de siete médicos: cuatro destinados a las fiebres, demencia, úlceras incurables. El sonido del agua de las fuentes y la música elaborada por médicos eran medidas terapéuticas.

En Valencia, en 1409, Fray Filiberito Jofré crea un hospital de *Innocent, Fall y Orats*.

Otra dificultad para la acogida y tratamiento de los alineados era la ausencia de médicos.

“Al principio tuvieron que luchar por sus derechos de encargarse de los trastornos mentales. Todavía en 1893, en el Congreso de Asociaciones de Médicos Alienistas, que tuvo lugar en Francfort, se trató de los derechos de

las Agrupaciones de Pastores Evangélicos, que sostenían que eran ellos los que tenían que tener a su cargo el tratamiento de los alienados por el carácter teológico y de la cura de almas.

Son consideraciones que convierten este artículo en interminable, pero es importante citar el paso de los alienistas a psiquiatras. Hasta el siglo XIX los facultativos eran llamados alienistas, es decir, los que trataban la alienación mental.

“Perspicacia, talento para la observación, inteligencia, buena voluntad, persistencia, paciencia, experiencia, un físico imponente y un aspecto que mereciese respeto”.

Reil encontró que todo ello escaseaba y nos decía, en 1808, “todas estas cualidades necesarias para la cura del enfermo mental son tan raras que hace difícil la provisión de personal para las instituciones. En 1808, Reil acuña el término Psiquiatra o *Psychiatrie* para la nueva disciplina.

Feijoo (1676-1764), que no era médico, fue, según Marañón, el primero que tuvo una orientación como psiquiatra, como consecuencia de sus ideas acerca del poder del espíritu sobre los trastornos orgánicos. Es admirable por la crítica que supone en el ambiente seudocientífico y pseudoreligioso de la época; con una interpretación de los endemoniados son simples caras de la melancolía, el histerismo, ligados siempre con perturbaciones sexuales.

García Roel (1821-1895) entiende que la pelagra, manifiesta o latente, precede siempre al trastorno mental, en aquellos casos que no merecería el nombre de locura peligrosa.

Él mismo descarta el cuadro descrito por Billod bajo el nombre de pelagra de los enajenados. A. Antuña y V. Guerra, en su obra *La enfermedad mental en la obra de Faustino García Roel*, en la que estudian la meticulosidad de sus historias clínicas, así como sus juicios sobre las enfermedades mentales, afirman que García Roel fue el primer médico asturiano dedicado al

estudio de las enfermedades mentales. Tuvo a su cargo la asistencia en las Salas de Alienados del Convento de San Francisco, actualmente sede de la Presidencia Autonómica.

En Asturias, durante mucho tiempo, los problemas planteados por los alienados eran “solucionados” enviando a estos pacientes a otros lugares de España con manicomios. Así, eran enviados a San Baudilio de Llobregat, Zaragoza y Valladolid.

La oferta asistencial de Valladolid se consideró la más adecuada. 1,25 pesetas diarias por su estancia. Precio que se incrementó en 0,25 en 1927.

En sesión celebrada el 16 de junio de 1850, se aprueba una partida de 23.860 reales para la estancia de dementes en Valladolid y Zaragoza.

En 1882, la Diputación propone la creación de un hospital que pudiese alojar a los dementes y esta decisión fue el comienzo del Hospital Manicomio de Llamaquique, cuyas obras se iniciaron en agosto de 1887.

D. Sixto Armán, en principio, actuó como autodidacta y se formó viajando por Europa.

Este establecimiento de Llamaquique llegó a albergar, por así decir, empleando un eufemismo, 800 enfermos en condiciones deplorables.

En 1928, D. Nicanor de las Alas Puñariño, desde su cargo de presidente de la Diputación, promueve la construcción de un nuevo manicomio en los terrenos denominados La Cadellada, cercanos al poblado de Ventanielles. Estos terrenos, con 24 Has. Habían sido comprados por la Diputación en 1925.

El 24 de agosto de 1925 se autorizó a D. Sixto Armán, acompañado del arquitecto D. Manuel Bobes, a visitar el establecimiento psiquiátrico de Felury-Les Aubres, considerado como modelo de hospital psiquiátrico francés, para tomarlo como referencia.

Con 48-50 pabellones y una extensión de 115 Has. Y un bosque de 74 Has. cedido al asilo, cinco médicos.

Personal administrativo, 8; Técnico, 17 y enfermeros, 153.

Una enfermera jefe religiosa, 29 religiosas enfermeras, un enfermero jefe, dos enfermeros de niños, 72 enfermeras laicas, nueve enfermeros de vigilancia nocturna.

6.000.000 de francos de presupuesto.

Al regreso a Asturias, han captado la excelencia de este hospital, pero no su dinámica.

De las 24 Has. De La Cadellada, más de 14 se dedicaron a una granja de ganado vacuno.

En 1934 se inaugura con seis pabellones para hombres y seis para mujeres, así como una cocina central, la administración y un pabellón para las religiosas de La Caridad, que formaban parte del personal asistencial. Los problemas comienzan al ponerse en marcha. En 1931 se había hecho una selección del personal, buscando las personas con características más adecuadas. El presidente de la Diputación, Sr. González Peña, hace caso omiso de tal selección y nombra él mismo enfermeros. No es posible reflejar aquí las diversas incidencias ocurridas en un hospital dirigido por la Administración.

Se inauguró con 600 enfermos y llegó a albergar 1.300. Al cesar la Guerra Civil y destruido el hospital, 291 enfermos varones son trasladados al Monasterio de Corias, en Cangas del Narcea y la selección de mujeres del manicomio al colegio de Las Dominicas y luego al de Santo Ángel. Reinaugurado La Cadellada, las incidencias varias se suceden. Reformas y contrarreformas, de todo tipo, pintorescas y menos pintorescas, hasta que en 1980 el Colegio de Médicos de Asturias nombró a un grupo de colegiados que programó poco a poco la asistencia definitiva.

Por sus aportaciones a este tema, son cita obligada el Dr. Melquíades cabal, A. Antuña, Guerra y Tolívar Faes. ■



Dra. Adonina Tardón García

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

Infancia y medio ambiente

COHORTE INMA ASTURIAS INVESTIGADORA RESPONSABLE

La Cohorte INMA Asturias es un estudio epidemiológico de cohortes prospectivo, que realiza el seguimiento de embarazadas, desde el primer trimestre de gestación, y de sus hijos hasta la adolescencia. En concreto entre 2004 a 2006 se captan a 494 mujeres embarazadas en el área III de Asturias con cabecera en el Hospital San Agustín de Avilés. En el momento actual la cohorte tiene finalizada la visita de los 8 años, y cuenta con 416 niños en seguimiento, lo que supone una tasa de seguimiento del 92,5%.

El seguimiento de los niños de la cohorte INMA Asturias desde su na-

cimiento hasta ahora se ha realizado mediante un protocolo estandarizado para todo el proyecto INMA <http://www.proyectoinma.org/presentacion-inma/index.html> lo cual permitirá la generación de las bases científicas necesarias para sustentar las políticas y toma de decisiones en Salud Ambiental en España.

Durante el embarazo y la infancia, se ha recogido información detallada, mediante cuestionario, sobre las características sociodemográficas, dieta, estilos de vida y posibles fuentes de exposición a contaminantes ambientales. Por otro lado, se ha obtenido

muestras biológicas en diferentes momentos del embarazo y la infancia para el análisis de biomarcadores de exposición. La combinación de estas herramientas permite realizar una precisa evaluación de la exposición a metales pesados y compuestos orgánicos persistentes durante el periodo pre y postnatal, y estudiar también los factores asociados. La evaluación del desarrollo cognitivo de los niños también se ha realizado en diferentes momentos de la infancia. En primer lugar, a los 18 meses de vida, mediante las Escalas Bayley de Desarrollo Infantil evaluándose el desarrollo mental y psicomotor

de los niños; y posteriormente, a los cuatro años de edad se ha evaluado el desarrollo neuroconductual mediante las Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños, trastornos de déficit de atención e hiperactividad, y el espectro de desórdenes relacionados con el autismo.

Descripción de algunos de los resultados alcanzados

En el seguimiento de las 485 gestantes de la cohorte INMA Asturias, hemos encontrado una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en las madres con un 22,3% de sobrepeso y un 8,5% de obesidad. A los 4 años de edad, el 12,7 % de los niños presentan ya sobrepeso y el 9% tienen obesidad. Destacar que el 50% de los hijos de madres obesas tienen sobrepeso u obesidad a los 4 años. Además, ya hemos detectado un perfil metabólico adverso en los niños con sobrepeso/obesidad a los 4 años. Un 19% de los niños de 4 años tienen HOMA >2.4.

El seguimiento y estudio de esta cohorte INMA Asturias de niños de alto riesgo nos va a permitir investigar los posibles factores metabólicos y endocrinos implicados en esta patología (leptina, adiponectina y otros adipocinas, perfil lipídico, etc) dentro de las diversas líneas de investigación propuestas por la IDF con el fin de

El 50% de los hijos de madres obesas tienen sobrepeso u obesidad a los cuatro años.

clarificar la etiología del síndrome metabólico.

Resultados de Compuestos Orgánicos Persistentes

El 100% de las embarazadas presentan niveles de DDT y DDE (plaguicidas), El 90% de las embarazadas presentan Hexaclorobenceno y hexaclorohexano. El 90% PCB 153, 138 y 180. (Pesticidas organoclorados, insecticidas), Las características maternas y del embarazo pueden influir en el porcentaje de traspaso de COPs de la madre al hijo.

La madre transfiere COPs a su hijo a través de la placenta y la sangre de cordón. Los neonatos en que la madre tiene una ganancia de peso menor a la recomendada presentan mayor tasa de transferencia de COPs. Se observó una asociación negativa y estadísticamente significativa entre los niveles de COPs y la ganancia de peso materno durante el embarazo. Las madres que gana-

ron menos peso durante el embarazo, transfirieron más compuestos organohalogenados a sus hijos en el momento de nacer, independientemente de la edad, el índice de masa corporal preconcepcional y el consumo de pescado o carne durante el embarazo, o el tipo de trabajo entre otras características potencialmente confusoras.

Las mujeres tienen que ganar el peso recomendado durante el embarazo, de esta forma podría disminuir el paso de COPs a sus hijos, independientemente de la concentración que posean en su sangre.

El proyecto INMA es el mayor estudio español de cohortes de nacimiento, con parejas de madres-hijos que se vienen siguiendo desde hace más de 10 años, y representa una oportunidad única para responder a uno de los grandes retos del siglo XXI en el campo de la epidemiología, que es la identificación de nuevos factores ambientales determinantes de la salud infantil en las etapas críticas del desarrollo. Por todo ello seguiremos en la misma línea y confiamos que los resultados que se generen en este proyecto tengan difusión en la literatura científica de máximo nivel, y una difusión a nivel familiar, colegios, medios y autoridades en la medida que puedan asumirse en forma de guías y/o recomendaciones. ■

PLAN DE ATENCIÓN AL MÉDICO ENFERMO

El Colegio Oficial de Médicos de Asturias cuenta entre los servicios que oferta a sus colegiados con el Plan de Atención al Médico Enfermo, PAIME.

El PAIME tiene como finalidad atender, de manera integral (asistencia sanitaria, atención social, apoyo legal y asesoramiento laboral) e integrada, a los médicos que sufren problemas psíquicos y/o conductas adictivas, asegurar que reciben el adecuado tratamiento y, en consecuencia, que puedan retornar con adecuadas garantías a ejercer su profesión. Este programa de médicos para médicos es, por tanto, un instrumento de control de la buena praxis médica y un elemento de garantía para la población, porque cuidar al médico enfermo supone defender por encima de todo la salud de los ciudadanos.

Este Programa es estrictamente confidencial y respetará en todo momento el anonimato del médico.

Más información sobre el PAIME en: www.comast.es y a través del teléfono 985230900 y del correo electrónico paim@comast.es



Dr. Manuel Hernández Bermudo

Presidente Sociedad Asturiana de Ginecología.

«La ginecología es una especialidad muy amplia y que abarca múltiples temas y patologías»

—¿Qué objetivos y prioridades tiene la actual Junta Directiva de la Sociedad Asturiana de Ginecología?

—En la actualidad, nuestra Sociedad cuenta con más de 140 especialistas repartidos por toda la geografía de nuestra comunidad, con los que contactamos vía twitter y facebook para difundir las diferentes novedades, tanto médicas como quirúrgicas que diariamente salen en nuestra especialidad.

La actual Junta Directiva está constituida por:

Dr. Manuel Hernández Bermudo, presidente
Dra. M^a Luz Lamelas Suárez, vicepresidenta
Dra. Irene García Fernández, tesorera
Dr. Alejandro González García, vocal
Dra. Marta Castillo Núñez, vocal
Dra. Laura Rebeca Lucio González, vocal
Dra. Patricia Ceballos Varela, vocal
Dra. Catalina Fernández Plaza Menéndez, vocal
Dr. Manuel Rueda Sepúlveda, vocal

—¿Qué actividades organizan desde la Sociedad?

—Desde la Sociedad desarrollamos múltiples reuniones de Junta Directiva y organizamos conferencias, reuniones, charlas coloquio, cursos, tanto presenciales como *on line*, en muchos de ellos con simuladores que mejoran las habilidades específicas y el desempeño cuando nos enfrentamos a situaciones reales. La calidad de estos cursos se demuestra porque la gran mayoría han estado acreditados, lo que supone créditos para la especialidad reflejados en el currículum de los especialistas que acuden a los mismos.

—¿Qué retos que debe afrontar la Ginecología en Asturias en los próximos años?

—Desde hace años venimos luchando por conseguir concienciar a las mujeres, entre los 25 y 65 años, de la importancia de realizar el cribado ginecológico rutinario para la prevención del cáncer de cérvix que hasta la actualidad lo consideramos oportuna porque se realiza en las mujeres que acuden al médico por alguna otra patología. Todavía falta mucho para concienciar a una gran mayoría de mujeres del interés de dicho cribado (revisiones). Este sigue siendo uno de nuestros principales retos, por desgracia con poca colaboración por parte de las autoridades sanitarias (SESPA). Podemos decir que es una de las principales reivindicaciones que tenemos en nuestra Sociedad. Nuestra especialidad, por la importancia que en sí tiene y la gran cantidad de patologías médico-quirúrgicas que conlleva y los avances en las mismas, tiene un gran

futuro por delante y es una de las especialidades que sigue siendo muy demandada por los médicos jóvenes.

—¿Cuáles son las patologías más frecuentes que abordan?

—Entre las patologías más frecuentes está la esterilidad de pareja, las hemorragias ocasionadas por causas frecuentes como miomas, pólipos, etc., su resolución quirúrgica con avances en las vías de laparoscopia e histeroscopia, las patologías de suelo pélvico, en auge, sobre la incontinencia de orina que afecta a muchas mujeres; las patologías mamarias (entre la Ginecología y la especialidad de Cirugía); las repercusiones clínicas de la menopausia, la obstetricia en general, etc. En resumen, la ginecología es una especialidad muy amplia y que abarca múltiples temas y patologías.

—¿Hacia dónde van los avances tecnológicos que se producen en la especialidad?

—Existe un gran avance médico en el tratamiento de múltiples patologías y sobre todo un gran avance quirúrgico en las vías de abordaje abdominal y vaginal y técnicas como la laparoscopia e histeroscopia y no digamos de la cirugía robótica.

—¿Qué importancia tiene la formación en esta especialidad?

—En la formación de especialista es importante demostrar competencia, habilidades, destreza y conocimientos de la especialidad. Desde que se inicia la formación, con muy poca experiencia aún, ya se ven en-

frentados diariamente a situaciones de urgencia, emergencia y diversos procedimientos técnicos gineco-obstétricos directamente en el ámbito asistencial de nuestros servicios, por lo que su entrenamiento en esta etapa es fundamental.

—¿Qué recomendaciones daría para llevar una vida sana desde el punto de vista ginecológico?

—Para una vida sana, desde el punto de vista ginecológico, es importante una vida sexual sana, con protección, que evite la transmisión sobre todo del papiloma humano (HPV), causante en los casos de persistencia, de riesgo de cáncer de cérvix. De ahí la importancia del cribado. También es importante una buena dieta que evite la obesidad, que acentúa el riesgo sobre todo de cáncer de endometrio (CA de útero) así como no fumar. El tabaco es causante de patologías ginecológicas.

— Hoy en día una mujer a los 40 años no es igual que en el siglo pasado...¿Qué riesgos tiene la maternidad tardía?

—En la actualidad en España ya son más del 8% las mujeres que tienen su primer embarazo por encima de los cuarenta años. Aumento significativo, ya que hace pocos años estábamos en un 2%. Estos embarazos acarrear más riesgo como hipertensión arterial, partos prematuros, muerte fetal, diabetes gestacional, cardiopatías, etc. Además aumenta el riesgo de cromosomopatías, fundamentalmente el Síndrome de Down, que aumenta de forma progresiva con la edad. ■

El trabajo social preventivo en la etapa de jubilación



Fedra Salvador Fernández

Trabajadora Social y especialista en Intervención y Mediación Familiar.

La jubilación es un ciclo más en el proceso evolutivo de las personas, no muy diferente de etapas anteriores por las que el ser humano debe pasar y que también son etapas de transición: el paso de etapas infantiles al inicio de la escolarización, el cambio de estado civil, el comienzo de un nuevo trabajo, etc. Pero en todos estos cambios la transición se hace más fácil para el individuo, ya que la sociedad posee servicios que pueden ser utiliza-

dos y prácticas habituales que facilitan este paso.

En cambio la jubilación es la transición que supone mayor cambio en nuestra sociedad, un cambio no planificado en nuestras vidas y por la que todos debemos pasar sin entrenamiento alguno.

La jubilación provoca cambios sociales, económicos y sobre todo familiares importantes, y conlleva la acepta-

ción de ir creciendo en edad, algo que para muchas personas es un punto de inflexión, un antes y un después. La reducción de ingresos, el aumento del tiempo disponible, más tiempo de vida conyugal, la pérdida de la rutina que teníamos establecida, etc. Estos y muchos más son algunos de los cambios que debemos aprender a gestionar para hacer de esta etapa un crecimiento personal.

La falta de adaptación a estos cambios puede llevar a la pasividad, soledad, angustia, aburrimiento, carencia de expectativas y a largo plazo desencadenar enfermedades que no hacen más que reflejar esta posible falta de adaptación a esta etapa.

Existe un nexo entre jubilación y edad, ya que la jubilación nos obliga a interrumpir de forma brusca la actividad laboral desarrollada durante toda la vida, o una parte de ella, simplemente por causa de la edad.

La jubilación y la salud:

Existe la creencia popular para algunas personas de que cuando una persona se jubila, automáticamente su salud empeora. Realmente esto no está demostrado y depende principalmente del modo en que veamos la jubilación. Cuando se considera una liberación del duro trabajo, la posibilidad de descanso físico o se considera un premio para la persona, la salud mejora. Si bien es cierto que en la etapa de jubilación, por la edad en que se produce, se presentan enfermedades en esta etapa. Es crucial sobre todo el primer año de retiro. Es muy frecuente en esta etapa el sentir la pérdida del sentido de identidad en una persona, o padecer trastornos del sueño.

Para ello tenemos **la prevención como pilar fundamental de intervención social**. Ya en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, señala la importancia de la prevención como el primer servicio de promoción de la autonomía personal.

¿En qué consiste esta prevención desde el Trabajo Social? Básicamente

se resume en “prepararnos para la jubilación”, esto es, un proceso de información-formación para que las personas jubilables asuman su nuevo rol positivamente: beneficia a los interesados y a la sociedad, minimiza los costes sanitarios y sociales y mejora la salud física, psíquica y social de la persona (Moragas, 2000:457)

Es cierto que sólo algunas administraciones públicas, asociaciones e instituciones ofertan estos servicios de prevención que deberían ser en nuestra comunidad un servicio más con el que contar debido al envejecimiento poblacional que Asturias padece. Está demostrado que se reducen los sentimientos de frustración y promocionan una mayor motivación para realizar actividades extra laborales.

Algunas de las actuaciones para la prevención (para las cuales existe, entre otras funciones, este Servicio de Trabajo Social en el Colegio de Médicos de Asturias) son:

- *Sesiones informativas* sobre hechos importantes para el jubilado como son las pensiones, los servicios sanitarios y sociales, impuestos, descuentos, actividades comunitarias de todo tipo, asociaciones y recursos, educación para la salud.....
- *Ocupación del tiempo libre*: mediante actividades físicas, recreativas, turísticas, culturales, de aprendizaje social o intelectuales, actividades dedicadas al ocio y voluntariado, la familia, y amigos y otros grupos.
- *Casos prácticos y dinámica de grupos*: como mesas redondas, charlas coloquios, talleres, grupos de familiares, que dan la oportunidad de participar a todos los miembros generando diversidad de opiniones y socializando.
- *Cuestionarios de autoevaluación y retroalimentación sobre temas específicos*: la valoración sobre la propia salud, factores de riesgo, etc.

para que luego sean analizados y permitan extraer conclusiones, recomendaciones u observaciones pertinentes y sean de utilidad para el sistema de salud y los servicios sociales.

- *Consultas individuales y por parejas*: permiten plantear al trabajador/a social y al médico de Atención Primaria de forma privada, preguntas específicas, individuales o de la pareja como pueden ser sobre temas de salud, vida sexual, vivienda, economía, relaciones, medicación... que son de importancia para la persona jubilada y su familia.

Una vez más, es crucial el trabajo de los médicos y los trabajadores sociales de manera coordinada, con el fin de ofrecer a la persona que se jubila toda la información y ayuda necesaria para que su vida siga siendo disfrutada con toda la independencia posible. ■

GOLF Por 275€/mes. Con My Renting

- ✓ Sin entrada
- ✓ Seguro a todo riesgo
- ✓ Todo el mantenimiento
- ✓ Asistencia en carretera

Te esperamos en
Tartiere Auto: Lugones, Avilés, Mieres y Jarrío.
Astur Wagen: Gijón.



Tartiere Auto

Curso MIR Asturias: examen MIR 2018

Dra. Paula Jiménez Fonseca
Oncóloga Médico de HUCA y
coordinadora de Curso MIR Asturias.



Profesores de Curso MIR Asturias en la reunión anual celebrada en febrero de 2019, día del MIR 2018.

El examen MIR 2018 (realizado el 2 de febrero de 2019) fue **MÁS DIFÍCIL** que los exámenes de los cuatro años anteriores. Sin embargo, fue similar en su composición, 225 preguntas (más 10 de reserva); distribución de preguntas por asignatura y filosofía a los últimos exámenes MIR, largo y con muchos casos clínicos. 35 de las preguntas estaban vinculadas a 35 imágenes

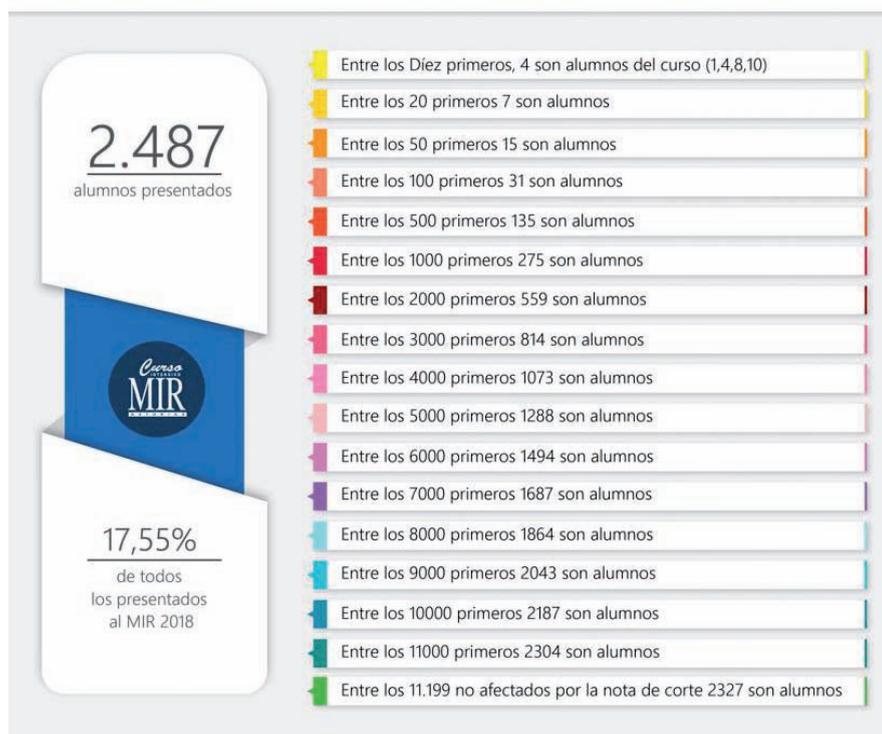
diagnósticas. Por cuarto año, las preguntas tenían cuatro opciones de respuesta, previamente tenían cinco. Se usó una plantilla de respuestas del examen que permite su lectura posterior por un escáner que contenía errores en tres de los números, lo que causó gran crispación y tuvo una gran repercusión en los medios. Como curiosidad, también muy comentada, el examen contenía preguntas especial-

mente “injustas” como la nº 219 relativa al concepto de homeopatía, una pseudociencia, o “extrañas” como la 222: “*El pasado mes de octubre tras las primeras lluvias del otoño acude a un bosque de encinas con unos amigos para recolectar setas...*”

El 18 de febrero, el Ministerio publicó la plantilla de respuestas definitivas que incluía cinco preguntas anuladas, entre ellas una de las de

Resultados de TODOS los alumnos de Curso MIR 2018

De los 14.164 presentados, 2.487 eran alumnos de Curso MIR Asturias (17,55% de todos los presentados al MIR). Los resultados de los alumnos del Curso MIR Asturias por segmentos de números de orden son los siguientes



● 160 alumnos (6,43% de los alumnos) han sido eliminados por no alcanzar la nota de corte. De los Médicos que no fueron alumnos del curso el porcentaje eliminado por la nota de corte es del 24% de los presentados.

● Se presentaron 2487 alumnos y 11677 no alumnos

● La mediana de número de orden de los alumnos es de 4800 y los no alumnos 7632

● La mediana de número de orden de los alumnos españoles es de 4415 y los no alumnos españoles 6288

● La mediana de número de orden de los alumnos extranjeros es de 7438 y los no alumnos extranjeros 10363

reserva y una con cambio en la respuesta dada inicialmente, por lo que se activó para la corrección hasta la pregunta 230 inclusive.

Los integrantes del equipo médico de Curso MIR Asturias publicamos en 2017 una propuesta metodológica para la detección de preguntas susceptibles de anulación en el MIR, como intento de maximizar la discriminación de la prueba en cada convocatoria, utilizando para ello todas las preguntas de reserva que tengan

buena calidad (FEM. Revista de la Fundación Educación Médica, ISSN 2014-9832, Vol. 20, N.º. 4 Agosto, 2017, págs. 161-175).Link:

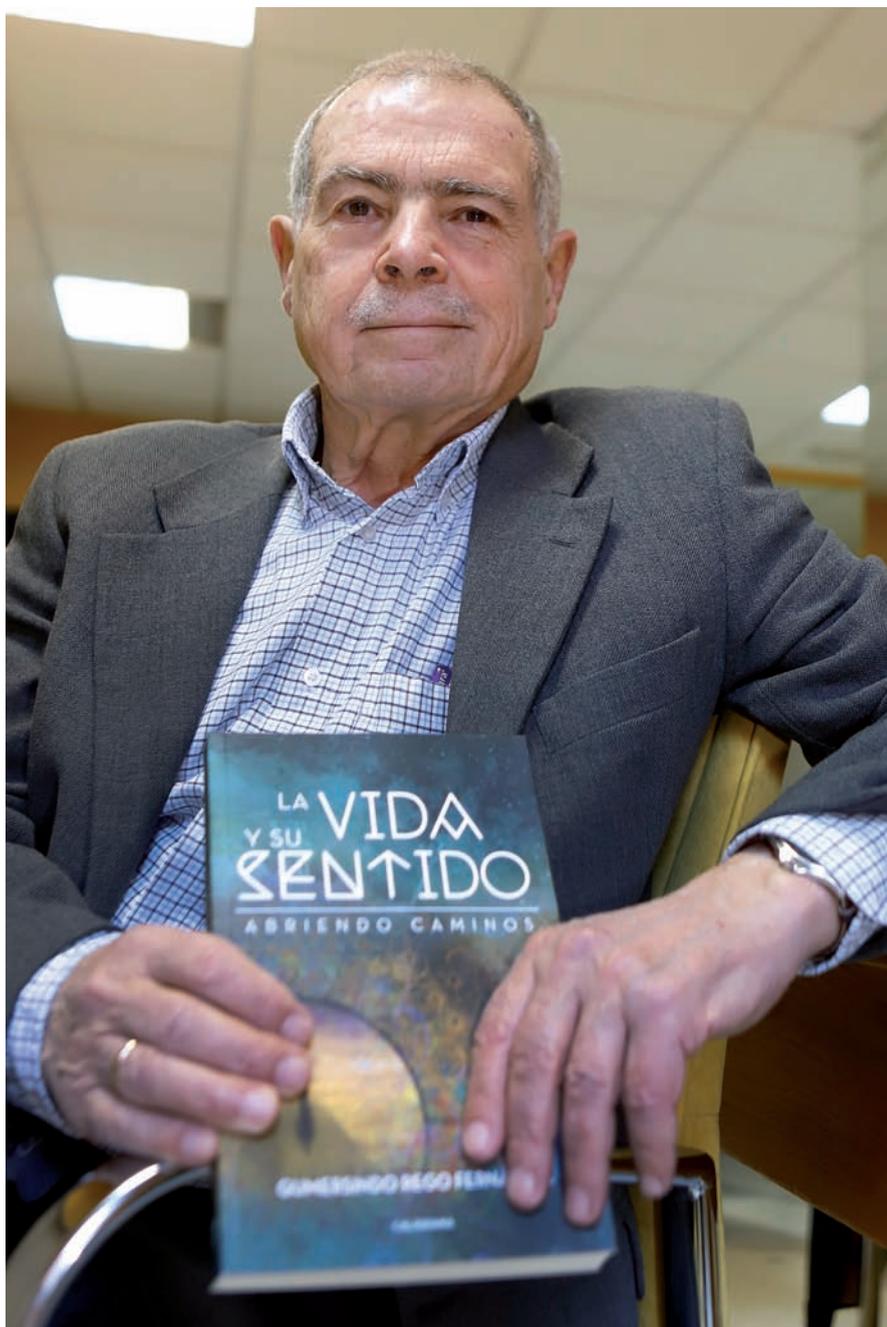
https://www.researchgate.net/publication/318447422_Propuesta_metodologica_para_la_deteccion_de_preguntas_susceptibles_de_anulacion_en_la_prueba_MIR_Aplicacion_a_las_convocatorias_2010_a_2015/overview

Esta metodología la utilizamos para calibrar la calidad de las preguntas de test del curso y especialmente de los simulacros en función de los aciertos según el nivel de conocimientos de los alumnos. Así, hemos podido comprobar que todas las preguntas anuladas en el MIR 2018 tenían unas características psicométricas pobres. En Curso MIR Asturias, en cada simulacro, el alumno tiene además una estimación de cuál sería su posición si se tratase del MIR real y hemos podido comprobar, tras conocer los resultados de nuestros alumnos en el MIR 2018, que dicha estimación se ha aproximado mucho a la realidad.

Por otra parte, es importante destacar que se ha cumplido con creces la predicción realizada desde Curso MIR Asturias de que este examen MIR sería un “torito bravo”, difícil, con más alumnos recién licenciados que nunca y mayor nivel de competitividad, mismas plazas para más presentados.

Se han presentado al MIR 2018 unos 14.164 médicos para 6.797 plazas ofertadas y han quedado excluidos por no alcanzar la nota de corte 2.965, 20,93%. De los presentados, 2.487 (17,55%) eran alumnos de Curso MIR Asturias, por lo que lo esperable hubiese sido uno entre los 10 primeros, 17 entre los 100 primeros y 170 entre los 1.000 primeros. Sin embargo, los resultados de los alumnos del curso han sido mejores de lo esperable, con cuatro alumnos entre los 10 primeros (nº 1, 4, 8 y 10), 31 entre los 100 primeros, 275 entre los 1.000 primeros y 1.073 entre los 4.000 primeros.

Estos resultados son fruto de un gran esfuerzo y un trabajo intenso por parte de los alumnos y de todo el personal que forma el gran equipo humano de Curso MIR Asturias con un líder, el Dr. Jaime Baladrón, que es el mejor ejemplo de que el secreto del éxito está en el trabajo. ■



Dr. Gumersindo Rego Fernández

Neumólogo.

La vida y su sentido

Este artículo hace referencia al libro titulado *La vida y su sentido. Abriendo caminos*, en el que se hacen reflexiones sobre el sentido de la vida, de las que aquí se destacan algunas. Parece oportuno reflexionar sobre

el tema de siempre, aprovechando los avances del conocimiento, aunque con mucha humildad porque todo parece indicar que pensando y avanzando de abajo arriba no llegaremos a salir de todas nuestras dudas.

Se dice que el universo surgió hace unos 14 mil millones de años con la gran explosión o Big Bang y no sabemos cómo terminará. En el universo parece intervenir el azar que permite la diversidad y el determinismo que hace que el futuro no sea totalmente impredecible y, al menos desde que el ser humano crea estructuras con sentido y finalidad, como una nave espacial, por ejemplo, es posible aproximarse a lo que puede ser el futuro.

La vida apareció hace unos 3.500 millones de años en relación con la información, con la molécula de ADN, en la que se escribe la vida, y su evolución se basa en la selección natural, en generar diversas formas de vida que son sometidas a prueba y sobreviven las que se adaptan a un conjunto cuyo final es difícil de imaginar.

Hace unos 200.000 años apareció el ser humano, en relación con el lenguaje y con el desarrollo del cerebro, especialmente de los lóbulos frontales, donde se localizan estructuras vinculadas con la razón y con otras funciones que van a marcar el rumbo a seguir por la evolución y nos van a permitir dar sentido a nuestra vida.

La percepción es una función que procesa la información que nos aportan los sentidos acerca de aquello que estamos observando; tiende a rellenar los vacíos con símbolos para entender la escena a efectos de supervivencia. Vemos una naranja entera, aunque estamos viendo la mitad. Esta tendencia subyace en los grandes descubrimientos y avances de la humanidad.

Las vivencias dejan huellas simbólicas en nuestra mente, de modo que con el tiempo vamos formando en ella una réplica simbólica de la realidad. Probablemente tenemos acceso a símbolos ancestrales generados a lo largo de la evolución de la vida. El pensamiento puede combinar estos símbolos y crear otros nuevos y esta es la raíz de nuestra capacidad creativa. Estamos ante el protagonismo del mundo simbólico anticipándose y tirando del mundo real.

La tendencia a conocer es fundamental y logró grandes avances, pero todavía desconocemos casi todo y lo peor es que desconocemos las razones de nuestra existencia.

La tendencia a ser libres es también fundamental pero queda mucho recorrido hasta alcanzar el máximo de libertad compatible con la libertad de los demás. Hay grandes amenazas contra la libertad a las que hay que hacer frente para que la vida tenga sentido, siendo de destacar el indocumentado adoctrinamiento y el uso de la mentira, que están tan de moda.

La muerte fue siempre, y sigue siendo, el mayor problema que tiene planteado el ser humano. El rechazo de la muerte es universal, y lo fue siempre, y lo tenemos a la vista, y el deseo de sobrevivir a la muerte es también universal y lo fue siempre. La vida como espíritus resulta poco atractiva, como pusieron de manifiesto los egipcios con la momificación de cadáveres y el cristianismo que presenta a Cristo resucitado con un cuerpo reconocible. Stevenson, profesor de psiquiatría, estudió multitud de niños que recordaban vidas pasadas, llegando a conclusiones sorprendentes, difíciles de entender si no se admite que las personas pueden dejar información que perdura después de la muerte y puede ser sintonizada por otras. Con el tiempo fue ganando terreno la creencia en la resurrección, seguramente porque es la que mejor satisface los deseos humanos.

La selección natural tiró de la vida hasta el ser humano, al que entregó el testigo. El ser humano se hizo con las riendas de la selección natural y de la evolución, en gran medida, y tira de la vida en una dirección que podemos ver en las ciudades, con universidades que buscan el conocimiento, hospitales que buscan la supervivencia, tribunales de justicia, supermercados y salas de fiesta, cuyo objetivo es bien conocido y finalmente sinagogas, mezquitas y catedrales en las que se busca la supervivencia después de la

muerte. Vemos la corriente general de la vida, como resultado de infinidad de impulsos individuales a favor de la corriente, y a pesar de que la libertad personal permite tirar en contra y formar remolinos, que difícilmente desviarán la corriente general.

Son evidentes los avances en todos los campos salvo en el de la supervivencia después de la muerte y en cuanto a esta posibilidad, hay quien piensa que con la muerte se acaba todo y otros que creen que esto no acaba aquí. Son opciones libres y personales. Pensando sobre este tema se vislumbran algunos horizontes basados en la capacidad humana, en la información y en el significado del mundo simbólico, sin tener en cuenta la posible in-

Nuestro cerebro emite información en forma de ondas electromagnéticas.

formación externa y ciertas experiencias humanas de difícil interpretación, cuyo análisis corresponde a otros.

Cuando nacemos no hemos podido elegir nada, pero nacemos con la capacidad de modelar y construir nuestra persona a nuestro gusto y dar sentido a nuestra vida hasta límites no bien definidos y que nosotros no nos deberíamos imponer.

La información es esencial en el universo y en la vida y parece que es muy difícil de destruir y que podría resistir incluso un agujero negro, según admitió el propio Hawking.

El origen de la vida se basa en la información, en la molécula de ADN. La información está implicada en los orígenes de ser humano, con el desarrollo del lenguaje, y en la revolución que estamos viviendo con Internet y

los móviles. Nuestro cerebro emite información en forma de ondas electromagnéticas. Emitimos información con el lenguaje y otras huellas.

Hameroff sostuvo que los conceptos de alma y de consciencia equivalen a la información emitida por la persona, información que permanecería indefinidamente en el universo. Tipler afirmó que las técnicas de la información permitirán simular todas las formas de vida que hayan existido y crear una realidad virtual que sería la resurrección de los muertos y hay quien piensa que la consciencia no está localizada en el cerebro sino en el vacío cuántico en forma de ondas de probabilidad, sintonizables por el individuo.

Parece evidente que emitimos información personal, información que puede permanecer indefinidamente en el universo, quizás a nivel cuántico, y mientras exista esta información personal no repugna a la inteligencia pensar que pueda ser procesada y revertida al original.

En cuanto al mundo simbólico ya hemos visto su protagonismo en la vida, tirando con frecuencia del mundo real y hemos visto que nuestra mente tiende a rellenar los vacíos que percibe con los símbolos que más se aproximan a la realidad, para entender lo que estamos observando y poder sobrevivir, aunque no siempre acierte. El mayor vacío que percibe el ser humano es la necesidad de sobrevivir a la muerte y la mente humana encontró el símbolo que rellena este vacío, símbolo que las grandes religiones ven en un salvador. No se trata aquí de analizar el encuentro de las religiones con tal salvador ni de aceptar o rechazar su existencia, pero podemos ver que encaja perfectamente con las tendencias de la mente humana.

Hasta aquí se puede llegar pensando sobre el sentido de la vida y para ir más allá necesitaríamos ayuda externa, cuya posibilidad corresponde analizar a otros. ■



Dra. Aida Fidalgo Alonso

R4 de Pediatría en el HUCA.

Empanada

La cocina de mi güela es como la cocina de todas las güelas: opípara, sabrosa y poco equilibrada, hace las delicias de cualquier paladar y produciría un sarpullido a cualquier nutricionista muy purista. A pesar del trabajo constante de su enfermera de diabetes, la cocina de mi güela no sabe lo que es una pesa

ni para qué sirve un medidor. Por mucho que le gusten las recetas, en la cocina de mi güela no se habla de mililitros ni de tiempos de cocción. Y juro que aunque he perseverado desde que el mundo es mundo, la cocina de mi güela no basa ni basará jamás sus preparaciones en el plato de Harvard.

Receta

La cocina de mi güela va más allá de la ciencia; es infancia, es amor y es fiesta, huele a hogar y sabe a gloria. Es algo que quiero aprender y transmitir, y ahora me han dado la oportunidad de hacerlo.

Voy a contaros cómo hacer una empanada típica asturiana de chorizo, beicon y huevo, aunque os confieso que lo realmente alucinante es la masa, por lo que os animo a probarla con otros rellenos si así gustáis.

Esta empanada me recuerda a los viajes, las fiestas de prao y los días en familia. Y de una manera muy especial, me recuerda a los trabajadores del Centro de Salud de Colloto, que tantas veces la han pedido, catado y disfrutado. Particularmente me viene a la cabeza su fan número uno: alguien recientemente jubilado, probablemente uno de los últimos médicos al que seguían llamando “Don” y la persona que me enseñó que el Médico de Atención Primaria es el Sam-sagaz Gamyi de la Medicina, sobre el que realmente recae el triunfo de la destrucción del Anillo Único aunque siempre haya algún Frodo de Atención Especializada que se lleve todas las medallas. El que me hizo ver que algunas veces el Médico de Atención Primaria hace hasta donde quiere y otras muchas hasta donde le dejan.

Este será mi pequeño y humilde homenaje a mi güela, a Don Vicente y a la Medicina de Atención Primaria.

Pondré la receta tal y como mi güela me enseñó, usando las mismas expresiones que usó, con un bable muy de andar por casa y con inexactitud en los tiempos y medidas. Porque la cocina, al igual que la vida, no tendría tanta gracia sin un poco de incertidumbre e improvisación.



Ingredientes

- 1 Kg de harina, no enteru.
- Mediu litru de nata (de postre, que de la de cocinar nun me gusta).
- Un cosín de esos de levadura de panadería.
- Un pellizcu de sal.
- Chorizu (si pue ser de casa, mejor), beicon y un huevu cocidu.
- Huevo batú pa pintar la masa.

Preparación:

Se echa la harina tamizada (eso ye con un colador), y haces como un volcán. Desmenuzas con la mano la levadura y la mezclas con la harina. Calientas la nata en un cazu con un pocu de sal, hasta que té templada, que nun té ferveiendo, y luego lo echas poco a poco sobre la harina y empieces a amasar. Vas amasando y amasando; si ves que te haz falta un pocu más de harina porque té muy blanda, pues lo echas. Depués faes una bola y lo pones

a fermentar en un platu tapao con un rodillu; ¿Que cuánto rato? ¿Qué si yo! Una media hora; si ta el día caliente fermenta enseguida, si ta frío tarda más. Cuando ta subido, coges la bola y divídesla en dos, pa la base y pa la parte de arriba, y estireslas con un rodillu. Pones la base en la bandeja del hornu y por encima repartes el beicon, trocinos de chorizu y de huevo duru. Cubreslo con la otra parte de la masa y cierras los bordes; pues dejar otru poco

de masa reservao pa hacer figurines por encima si quies dejalo guapo. Dé-jeslo fermentar otru poco. Pintes con un huevo batú la masa por encima y pal hornu: 250°C, un quartu de hora aproximadamente. Sáqueslo del hornu y luego ten cuidau nun quemate porque vas querer echai el diente antes de que enfríe de lo bien que huel.

Con todo mi cariño para que la disfrutéis tanto como la he disfrutado yo.



- Adaptabilidad a las necesidades del cliente
- Innovación tecnológica
- + 46 centros propios





ALEX



TPNI



Panel Genes Cáncer Hereditario



Microbioma Intestinal Clínico



LIPOSCALE

Director Asturias: Fernando Gárate Bereicua (Médico especialista en Análisis Clínicos)

Av. Pedro Masaveu, 9 Oviedo | laboratorio.oviedo@echevarne.com

☎ 985 030 302 | www.echevarne.com

NR C2.5.6 / 1918 / 1-6

DR. FRANCISCO GONZÁLEZ ARÉCHAGA



«Uno es médico
toda la vida»

—“Don Paco.....¿Qué hay pa las avaricias?”

Esta solo una de las muchas anécdotas con pacientes que atesora en su memoria el Dr. Francisco González Aréchaga, médico de Grado muy querido por todos los vecinos. Nació en Oviedo en el año 1936 y al poco tiempo se desplazó con su familia a Sandiche, un pueblo de Candamo, en el que vivían sus abuelos, recién

llegados entonces de “Vascongadas” coincidiendo con la inauguración del ferrocarril vasco-asturiano. Residieron durante aquellos años en el apeadero de Sandiche, una construcción que imitaba a un caserío vasco. La familia vivía entre Grado y el pueblo de Sandiche.

Estudió el primer año de carrera en Oviedo. Luego se fue a estudiar a la Universidad de Salamanca. Vivió en

pensiones y en el Colegio Mayor Universitario San Miguel. “Los asturianos que estudiaban medicina se matriculaban en Santiago y Valladolid. Aquel año fuimos doce asturianos a estudiar Medicina a Salamanca. Emilio Vallina Álvarez, que fue como un hermano para mí, y que fue profesor de medicina interna; Feliciano Álvarez de Linera, cirujano torácico; Reinerio Rodríguez, jefe de Oncología Radio-terápica del Hospital General de Asturias; y Rafael Pola, Juan Manuel Peroti e Ignacio Fernández Carrocera, entre otros.

Conserva muchísimas vivencias de su etapa de estudiante en Salamanca, a la que considera su segunda patria. Recuerda al pie de la letra la frase de Cervantes en su obra *Licenciado Vidriera* “Salamanca, que enhechiza la voluntad de volver a ella a todos los que de la apacibilidad de su vivienda han gustado”. Salamanca “era una ciudad pequeña y con mucha vida por la cantidad de chavales que estudiábamos allí”, indica.

El Dr. Francisco González Aréchaga se especializó en medicina de familia y comunitaria. “Lo que más me gusta es la medicina rural, que es la que ejercí y que ya no existe tal como la conocí en mis primeros años. Esto lo achaco a dos razones: La primera, positiva, a los avances en la medicina y la asistencial, con la creación de hospitales y centros de salud, la construcción de carreteras y la llegada del teléfono. La segunda, y más negativa, al abandono de los pueblos. Hoy en día los pueblos están prácticamente vacíos”, recuerda.

De su etapa como médico rural resalta con especial cariño la confianza que los pacientes tenían con ellos. Afirma que “nos tenían como consejeros. Una señora de unas casas aisladas conocidas como Campiello que se llamaba Esperanza me llamó con prisa para que fuera a su casa y me pidió que le tomara la tensión. Cuan-



Visita a un pueblo.



En la consulta.

do entramos en la casa me dijo que en el armario tenía un bolsillo y que sacara el dinero que había dentro. Saqué unas 70.000 pesetas. Me pidió que las ingresara en el Banco Herrero porque ella tenía que ir a Oviedo a operarse de cataratas. Esa confianza me emocionó muchísimo”.

En aquellos años “trabajan de médicos rurales en Grado los Dres. Francisco Crego, Carlos Rodríguez Vázquez, José Bueno y Fidel Fernández, entre otros. Mis primeros años como médico me desplazaba de pueblo en pueblo en bicicleta, más tarde en Lambretta y finalmente en coche. El Dr. Fernando Villabella, médico rural de Grado, iba a todos los sitios a caballo”.

Durante su etapa como médico rural “iba todos los días a San Pedro y allí recibía los avisos. Todos los martes iba a Restiello, parando en los pueblos. No había carreteras. Los jueves iba a Las Villas y también paraba en los pueblos de alrededor”.

Asegura que la medicina actual “tiene más avances que la que practicábamos nosotros, pero el trato humano era más cercano el de nuestra época. Ahora está el ordenador, que es el que manda en las consultas”.

También trabajó como médico forense durante un tiempo para el Juzgado de Grado, primero como sustituto y luego como forense en funciones.

Cuando se inauguró el Centro de Salud, por incompatibilidad se vio obligado a cesar el cargo. Recuerda que en aquella época las autopsias se hacían en una sala del propio cementerio con material muy rudimentario y en Grado fueron muy frecuentes los suicidios por ahorcamiento.

Su receta para mantenerse activo consiste en caminar y cuidar la huerta que tiene en el pueblo de Sandiche. Siempre fue un gran aficionado a la montaña. Conoce “al dedillo” los montes de Somiedo, que recorrió uno a uno

junto a su gran amigo Vicente Quirós, maestro. Tras su fallecimiento dejó de ir al monte. Se declara también gran amante de los libros de historia.

Asegura que uno es médico toda la vida. En su familia hay en la actualidad cinco médicos, entre primos y sobrinos. Casado desde hace 42 años con Josefina, conocida por todos como *Mamy*, tiene dos hijos, Armando y Covadonga que no son médicos. Está encantado y disfrutando mucho con su nieta Victoria, que es el juguete de la casa.

“Los tiempos han cambiado mucho”, afirma. Antes en la consulta “los señores sin preparación alguna venían con la boina y se la quitaba al entrar. Luego llegaban los chavales, con la gorra al revés, y me decían: Tengo un catarro de la hos.... Ese catarro no lo conozco, les respondía siempre”.

El buen hacer y el cariño que despertó en los vecinos de Grado y sus numerosos pueblos la figura del Dr. Francisco González Aréchaga le ha hecho merecedor de numerosos reconocimientos de los que se muestra muy satisfecho. Hace unas semanas recibió un merecido y cálido homenaje organizado conjuntamente por la Concejalía de Cultura del Ayuntamiento de Grado a través del Bibliotecario, Gustavo Adolfo Fernández y la Asociación de Mujeres Pro en lo que se vinieron a denominar XI Jornadas de Estudios Locales. ■



Mediante el presente se deja constancia de que

D. FRANCISCO GONZÁLEZ ARÉCHAGA

Ha sido el mejor Médico de Familia que ha pasado por Los Vios, desde que los presentes tienen uso de razón y lo que siempre ha sido comentado por los ausentes.

Por ello, le damos las gracias por su profesionalidad y su humanidad a lo largo de tantos años de convivencia con todos nosotros y con nuestros antepasados.

En Los Vios a 27 de junio de 2010

[Firma]
La Presidente



XVIII Semana Médica

Ya hemos comenzado a preparar los actos de la XVIII Semana Médica, que se celebrará del 24 al 28 de junio, coincidiendo con la festividad de la patrona de los médicos, Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Durante estos días habrá espacio para la cultura y el ocio y para el reencuentro con amigos y compañeros de profesión.

XVII CONCURSO DE PINTURA

organizado por el Colegio de Médicos de Asturias

XVIII CONCURSO DE FOTOGRAFÍA

organizado por el Colegio de Médicos de Asturias

BASES

PREMIO

600 euros.

El jurado podrá declarar el premio desierto o compartido.

PARTICIPANTES

Médicos pertenecientes al Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias y familiares en primer grado. Quedan excluidos los miembros de la Junta Directiva, así como los ganadores de ediciones anteriores y sus familiares en primer grado por consanguinidad o afinidad.

TEMA Libre.

OBRAS

Cada colegiado participante podrá presentar un máximo de dos obras.

PRESENTACIÓN

Las obras pueden presentarse en acuarela, óleo o cualquier tipo de expresión plástica.

IDENTIFICACIÓN

Cada obra llevará pegado al dorso un sobre con el título en el exterior; y en el interior se incluirán los datos personales (número de colegiado, nombre, parentesco, teléfono, etc.).

PLAZOS

Último día de recepción: 31 de mayo de 2019. Solo se admitirá la entrega en la sede de Oviedo del Colegio Oficial de Médicos de Asturias (Plaza de América, 10 – 1º).

DEVOLUCIÓN

Las obras no premiadas se podrán recoger hasta el 5 de julio de 2019 en la sede de Oviedo del Colegio de Médicos por las mañanas. Pasado ese plazo, el Colegio no se responsabilizará de la entrega de las obras.

El Colegio declina toda responsabilidad derivada de la manipulación de las obras, si bien se compromete a tratarlas con el máximo celo y cuidado hasta la citada fecha.

JURADO

Estará integrado por profesionales de la pintura de Asturias. El fallo del jurado será inapelable y estará capacitado para resolver cualquier tema imprevisto que surja.

FALLO

El fallo del jurado se celebrará el 10 de junio de 2019 y se comunicará a todos los premiados.

DERECHOS

Las obras premiadas pasan a ser propiedad del Colegio de Médicos de Asturias, así como los derechos de reproducción y publicación de las mismas, en las que constará siempre el nombre del autor. El hecho de participar lleva implícita la aceptación de las bases.

PREMIOS

Modalidad blanco y negro: 600 euros.

Modalidad color: 600 euros.

El jurado podrá declarar el premio desierto o compartido.

PARTICIPANTES

Médicos pertenecientes al Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias y familiares en primer grado. Quedan excluidos los miembros de la Junta Directiva, así como los ganadores de ediciones anteriores y sus familiares en primer grado por consanguinidad o afinidad.

TEMA Libre.

OBRAS

Cada colegiado participante podrá presentar un máximo de dos obras.

PRESENTACIÓN

Las obras deberán ser en BLANCO y NEGRO o COLOR.

FORMATO

El tamaño de la imagen será libre (máximo 40 x 50). Las fotos se entregarán montadas sobre soporte rígido de 40 x 50.

IDENTIFICACIÓN

Cada obra llevará pegado al dorso un sobre con el título en el exterior; y en el interior se incluirán los datos personales (número de colegiado, nombre, parentesco, teléfono, etc.).

PLAZOS

Último día de recepción: 31 de mayo de 2019. Solo se admitirá la entrega en la sede de Oviedo del Colegio Oficial de Médicos de Asturias (Plaza de América, 10 – 1º).

DEVOLUCIÓN

Las obras no premiadas se podrán recoger hasta el 5 de julio de 2019 en la sede de Oviedo del Colegio de Médicos por las mañanas. Pasado ese plazo, el Colegio no se responsabilizará de la entrega de las obras.

El Colegio declina toda responsabilidad derivada de la manipulación de las obras, si bien se compromete a tratarlas con el máximo celo y cuidado hasta la citada fecha.

JURADO

Estará integrado por profesionales de la fotografía de Asturias. El fallo del jurado será inapelable y estará capacitado para resolver cualquier tema imprevisto que surja.

FALLO

El fallo del jurado se celebrará el 10 de junio de 2019 y se comunicará a todos los premiados.

DERECHOS

Las obras premiadas pasan a ser propiedad del Colegio de Médicos de Asturias, así como los derechos de reproducción y publicación de las mismas, en las que constará siempre el nombre del autor. El hecho de participar lleva implícita la aceptación de las bases.

AUTORIZACIÓN

Los participantes garantizan haber obtenido el correspondiente permiso de publicación por parte de las personas que aparezcan en las fotografías presentadas.

Nueva junta directiva de la Sociedad Asturiana de Nefrología



Integrantes de la nueva Junta Directiva de la Sociedad Asturiana de Nefrología.

El pasado mes de enero se celebró en las instalaciones del Colegio Oficial de Médicos de Asturias, en Oviedo, la reunión fundacional de la Sociedad Asturiana de Nefrología (SANEFRO). La

Sociedad tiene como objetivos principales servir como foro profesional y científico para todos los especialistas en Nefrología y profesionales en vías de formación en la especialidad, contribuir a la mejoría

científica y profesional de sus afiliados y promover el desarrollo de la Nefrología en el Principado de Asturias, asesorar a los Organismos Públicos y Sociedades Privadas en materia de Nefrología, tratando de constituirse en el interlocutor válido en nuestra región; fomentar la colaboración con otras Sociedades Científicas Estatales, Autonómicas e Internacionales con intenciones afines; impulsar el conocimiento de las enfermedades renales y de todas aquellas actuaciones que contribuyan a mejorar la salud renal de la población del Principado de Asturias; promover el estudio, prevención y tratamiento de las enfermedades renales y cardiovasculares de la población y elaborar protocolos de actuación conjuntos que sirvan para disminuir la variabilidad.

La primera Junta Directiva de la Sociedad está presidida por el Dr. Emilio Sánchez Álvarez; la Dra. Carmen Díaz Corte es vicepresidenta; el Dr. Alfonso Pobes secretario y el Dr. José M^a Baltar, tesorero. Está integrada por vocales de cada una de las áreas de Salud del Servicio de Salud del Principado de Asturias y tiene también representación la Nefrología no perteneciente al SESPA. ■

DATE UNA VUELTA POR EL MUNDO
COMO SI FUERAS EL PRIMER HOMBRE EN LA TIERRA

En avión desde Asturias

Elige entre una de estas vueltas:

EGIPTO

Salida 26 de septiembre
8 días/7 noches
4 noches en crucero por el Nilo PC
+ 3 noches en el Cairo hotel 4*/5* AD
+ 4 comidas

HOTEL 4* desde **1.260€**

HOTEL 5* desde **1.320€**

Incluye excursiones.

RUSIA

San Petersburgo - Moscú

Salida 28 de agosto
8 días / 7 noches
AD + 11 comidas

HOTEL 3* desde **1.420€**

HOTEL 4* desde **1.660€**

Incluye excursiones.

CRUCERO FLUVIAL POR EL RHIN Y MOSELA

Salida 15 de septiembre
9 días/8 noches
Buque Swiss Crystal 4⁺ AD +13 comidas

Estrasburgo, Espira, Heidelberg, Maguncia, Rudesheim, Coblenza, Cochem, Bernkastel, Tréveris, Frankfurt.

desde **1.650€**

Incluye TASAS.

Precios desde por persona en habitación/camarote doble, válidos para las salidas indicadas. Incluye avión ida y vuelta desde Asturias, alojamiento en hotel/buque de categoría y régimen indicado, tasas de aeropuerto/puerto, traslados, excursiones para Egipto y Rusia y seguro básico de viaje. AD: Alojamiento y desayuno; PC: Pensión Completa. Gastos de gestión por reservar en Nautalia 11€.



Av. Fernández Balseira, 2
984 110 148
Avilés

Vega, 9
984 033 306
Mieres

Tomás Zarracina, 2
984 030 085
Gijón

Uría, 43
984 104 708
Gijón

Fruela, 1
984 117 043
Oviedo

Plaza América, 14
984 106 968
Oviedo

NAUTALIA
Viajes

La Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo premia al Dr. Arturo Canga Alonso

El médico Arturo Canga Alonso recibió en Madrid el pasado mes de febrero la Medalla de Oro de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST) como reconocimiento a su dilatada y destacada labor en este campo. Esta entidad agrupa a once sociedades federadas autonómicas que, en conjunto, suman más de 3.000 socios. El acto se celebró en el marco del II Congreso Nacional de Medicina y Enfermería del Trabajo.

“Este reconocimiento supone un gran orgullo”, manifestó en el acto de entrega el Dr. Canga, que destacó el “papel pionero” que tuvo Asturias es el desarrollo de la Medicina del Trabajo, gracias a su gran potencial industrial.

El médico langreano también resaltó la necesidad de convocar más plazas de la



La Dra. Pilar Niño imponiendo al Dr. Arturo Canga la Medalla de Oro de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo.

especialidad y de invertir en este campo: “A veces se tiene una visión excesivamente miope y se percibe la prevención en riesgos y la salud laboral como un gasto, cuando es lo contrario. Es rentable por los accidentes y enfermedades laborales que evita”. ■



El Dr. Arturo Canga entre la presidenta de la SAMST y el presidente de la SEMST.

Validación Periódica de la Colegiación

Los trámites pueden realizarse desde la web colegial (<http://www.comast.es>) o personalmente en cualquiera de las oficinas del Colegio en Oviedo, Gijón o Avilés.

Para completar la VPC es necesario aportar un certificado médico de que no hay impedimento para el ejercicio de la profesión (puede ser un certificado médico oficial, firmado por su MAP u otro médico, o el certificado de aptitud que Salud Laboral emite tras el reconocimiento médico de empresa) y acreditar el trabajo que se está realizando (si se trabaja por cuenta ajena hay que solicitar en la empresa un certificado de servicios prestados y si sólo se trabaja por cuenta propia será necesario tener algún documento que lo justifique: alta en el IAE, recibo de RETA, etc.).

La Validación Periódica de la Colegiación es un tipo de certificación en la que el Colegio, como ente certificador, evalúa y reconoce la buena praxis profesional, el adecuado estado psicofísico y el desarrollo profesional continuo de los médicos para el ejercicio de la profesión.

La Validación Periódica de la Colegiación da fe de que el médico que la obtiene reúne y mantiene los estándares de calidad definidos para seguir ejerciendo como médico.

Los colegiados que ya hayan recibido el mail en el que se les informa de que ya se ha aprobado su Validación Periódica de la Colegiación pueden descargar el certificado de VPC desde la misma web en la que realizaron los trámites o pasar a recogerlo por las oficinas del Colegio.

PEON

AUTOMOVILES

COCHES NUEVOS, SEMI NUEVOS Y USADOS

www.hermanospeon.com

  @hermanospeon  985 74 46 26



José Jesús Pérez Álvarez

Responsable del Departamento de Gestión Fiscal de la Asesoría Telenti.

Las sociedades profesionales

Desde siempre, las actividades profesionales han sido objeto del foco de la administración tributaria, que siempre han visto en quienes las desarrollan una fuente potencial de fraude fiscal. En los últimos tiempos, esa preocupación se ha ampliado a las sociedades que desarrollan estas actividades, en las

que se pretende ver una especie de “pantalla” que amortigüe la carga fiscal a los que desarrollan tales actividades, sin tener en cuenta los aspectos legales, especialmente mercantiles y civiles, que muchas veces empujan a los profesionales a constituir entidades mercantiles para el desarrollo de su actividad.

Así, la AEAT ha publicado una nota, fechada en 25 de febrero, sobre la interposición de sociedades por personas físicas, cuyo principal cometido, dice, es poner a disposición de los contribuyentes las pautas necesarias para facilitar el cumplimiento voluntario de las obligaciones tributarias, advirtiendo de aquellas conductas que pudieran ser consideradas contrarias al ordenamiento jurídico y, por tanto, susceptibles de regularización. Los principales aspectos que recoge la referida nota son los que referimos a continuación.

Legalmente la prestación de servicios profesionales puede realizarse por una persona física que actúa en su propio nombre, o bien mediante la constitución de una sociedad profesional a la que prestará sus servicios.

El hecho de que un profesional tenga libertad para elegir la manera en que decide prestar sus servicios, de ninguna forma puede servir para amparar prácticas tendentes a reducir de manera ilícita la carga fiscal mediante la utilización de las sociedades a través de las cuales supuestamente se realiza la actividad (elusión de la práctica de retenciones, aplicación del tipo del Impuesto sobre Sociedades en lugar del IRPF, remansamiento de rentas, etc.). Hay que analizar la correcta tributación de este tipo de operaciones examinando las circunstancias concretas al objeto de poder determinar:

- Si los medios materiales y humanos a través de los que se prestan los servicios son de titularidad de la persona física o de la persona jurídica.
- En caso de que tanto la persona física como la jurídica tengan medios materiales y humanos mediante los que poder prestar los servicios (o realizar operaciones), si la intervención de la sociedad en la realización de las operaciones es real.

En el supuesto de que la sociedad carezca de estructura para realizar la actividad profesional que se aparenta realizar, al no disponer de medios

personales y materiales suficientes y adecuados para la prestación de servicios de esta naturaleza, o bien teniéndola no hubiera intervenido realmente en la realización de las operaciones, nos encontraríamos ante la mera interposición formal de una sociedad en unas relaciones comerciales o profesionales en las que no habría participado en absoluto, especialmente teniendo en cuenta el carácter personalísimo de la actividad desarrollada.

En estos supuestos de ausencia de medios materiales o no empleo de los mismos en la actividad profesional, la respuesta dada por la Administración tributaria ha consistido en ocasiones en la regularización acudiendo a la figura de la *simulación* definida en el artículo 16 de la ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria.

Sin embargo, en el caso de que efectivamente se concluya que la entidad dispone de medios personales y materiales adecuados y que ha intervenido realmente en la operación de prestación de servicios, el análisis de la correcta tributación de este tipo de operaciones debe ir dirigido a determinar si dichas prestaciones se encuentran correctamente valoradas conforme a lo previsto en el artículo 18 de la Ley 27/2014, de 27 de noviembre, del Impuesto sobre Sociedades (en adelante LIS). Cuando la Administración Tributaria detecte la incorrecta valoración, la reacción consistirá en la regularización y, en su caso, sanción de aquellos supuestos en los que exista una ilícita reducción de la carga fiscal en alguna de las partes vinculadas derivada de una incorrecta valoración de las operaciones.

En otras ocasiones los contribuyentes tratan de localizar una parte relevante de su patrimonio en sociedades de su titularidad. La tenencia por parte del socio de bienes o derechos a través de una sociedad no es *a priori* una cuestión que de por sí sea susceptible de regularización, siempre que la titularidad y el uso de dicho patrimonio se encuentre amparado en su correspondiente título jurídico y se

haya tributado conforme a la verdadera naturaleza de dichas operaciones. No obstante, la experiencia ha permitido perfilar un conjunto de riesgos asociados al remansamiento de rentas en estructuras societarias que en ocasiones se manifiesta en una cierta confusión entre el patrimonio del socio y de la sociedad.

La atención de las necesidades del socio por parte de la sociedad suele abarcar tanto la puesta a disposición de aquel de diversos bienes, entre los que es frecuente encontrar la vivienda (vivienda habitual y viviendas secundarias) y los medios de transporte (coches, yates, aeronaves, etc.), sin estar amparada en ningún contrato de arrendamiento o cesión de uso; como la satisfacción de determinados gastos entre los que se encontrarían los asociados a dichos bienes (mantenimiento y reparaciones) y otros gastos personales del socio (viajes de vacaciones, artículos de lujo,

Desde siempre las actividades profesionales han sido objeto del foco de la administración tributaria.

retribuciones del personal doméstico, manutención, etc.).

En ambos supuestos nos encontramos con conductas contrarias a la norma que se deben evitar y que, normalmente, se concretan en no registrar ningún tipo de renta en sede de la persona física (aunque el coste de aspectos privados de su vida es asumido por la sociedad). Por su parte, en la sociedad el único registro respecto de estas partidas suele ser la deducción del gasto y, en su caso, la deducción de las cuotas de IVA soportadas en la adquisición de bienes y servicios que, de haber tenido directamente como destinatarios a un particular fuera de una actividad económica, nunca habrían podido deducirse.

En otras ocasiones la utilización por el socio de un bien de la sociedad (generalmente una casa, un vehículo, una embarcación o una aeronave) se ampara jurídicamente en la existencia de un contrato de arrendamiento o cesión de uso. En estos supuestos, a efectos de delimitar las posibles contingencias fiscales, resulta determinante el análisis de los contratos formalizados, para resolver si existiendo un contrato, la valoración de la cesión es correcta conforme al artículo 18 de la LIS.

Especial referencia se debe hacer de conductas más graves que se han detectado en las que se aparentan contratos de arrendamiento entre socio y sociedad, incluso en ocasiones pretendidamente acompañadas de una prestación de servicios propios de la industria hotelera, para intentar amparar la deducción de las cuotas de IVA, lo que ha llevado en determinados casos a considerar la existencia de contratos simulados. O aquellos otros en los que, junto con los riesgos ya apuntados en la primera parte del documento, se trate de compensar en sede de la sociedad interpuesta los ingresos con partidas de gasto, como los antes mencionados, no afectos en modo alguno al ejercicio de la actividad profesional por parte del obligado tributario y que se corresponden con gastos o inversiones propias de su esfera particular.

En definitiva, todas estas conductas podrían llevar aparejadas contingencias regularizables en los Impuestos sobre la Renta de las Personas Físicas, el Impuesto sobre Sociedades, el Impuesto sobre el Valor Añadido y el Impuesto sobre el Patrimonio.

Esta nota llega después de que la AEAT haya realizado multitud de actuaciones de comprobación sobre sociedades con actividades profesionales, en las que, en esencia, lo que se pretende es “transparentar” la sociedad para imputar al socio, o socios, los rendimientos obtenidos por la mercantil, consiguiendo con ello que tributen en la progresividad del IRPF en lugar de en el marco del impuesto sobre sociedades. ■

Ginecología



Izda. a dcha.: Dres. Ángel Plácido Llana, Carmen Belén Fernández y Manuel Hernández.

La Sociedad Asturiana de Ginecología del Principado de Asturias, AGIPA, organizó el pasado mes de enero el curso de actualización en el que la Dra. Carmen Belén Fernández hizo lectura de su tesis, presentada en 2018 sobre *Repercusión de los valores de resiliencia de parejas estériles en los resultados de tratamientos de fecundación in vitro*; El Dr. y catedrático Ángel Plácido Llana presentó datos de interés sobre la *disfunción sexual en la menopausia. Tratamientos actuales y novedades terapéuticas*; El Dr. y catedrático Francisco Javier Ferrer habló de la *fisiopatología de los miomas. Consecuencias médicas y su afectación sobre la vida cotidiana, función sexual y reproductiva*. Intervino también el Dr. Ignacio Cristóbal García que se refirió a las *controversias del tratamiento médico/quirúrgico de los miomas*. El curso finalizó con un debate sobre los temas tratados que moderó el Dr. Manuel Hernández, presidente de la Sociedad Asturiana de Ginecología.

Asistencia al paciente crítico

El pasado mes de marzo se celebró en el Colegio de Médicos el curso *Asistencia al paciente crítico. Casos clínicos simulados* de quince horas de duración, de las que fueron 100% prácticas, y que tiene solicitada la Acreditación a la Comisión Formación Continuada de Profesiones Sanitarias del Principado de Asturias.

El curso se basó en cuatro bloques temáticos; Casos clínicos de pacientes politraumatizados, casos clínicos de pacientes cardiológicos y/o en situación de shock, casos clínicos de pacientes respiratorios y/o neurológicos. Problemas ventilatorios y casos clínicos de pacientes en otras situaciones: intoxicados, agentes físicos, etc.



Se trabajó en equipo ante situaciones clínicas que requieran actuación inmediata.

Imagen de la portada



De retirada, la fotografía que ilustra este número de la portada de la Revista del Colegio de Médicos, obtuvo el primer premio en el XVII Concurso de Fotografía del Colegio de Médicos. El autor, el Dr. Octaviano Rojo Eyaralar fue

médico especialista en Radiodiagnóstico (I Promoción de la Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo) y en la actualidad está jubilado. Se formó en el Hospital de Valdecilla (Santander), aunque su carrera profesional de 36 años la desarrolló en el Hospital San Agustín de Avilés. La fotografía está tomada en la playa de Salinas. Se declara gran aficionado a la fotografía, en especial a la de retrato. Lo que más le gusta de la fotografía es que “es capaz de congelar una imagen irrepetible, pues nunca se darán las mismas condiciones en las que se haya tomado”.



FE DE ERRATAS

En el número de enero de la Revista aparecía que el nombre de la autora de la imagen de la portada era Beatriz García Toral cuando en realidad es Beatriz García Doral.

Terapia Electro-Convulsiva

La Sociedad Asturiana de Psiquiatría organizó el pasado mes de febrero un curso sobre *Terapia Electro-Convulsiva* (TEC), para contribuir a la formación de los psiquiatras asturianos sobre esta técnica que, a pesar de su utilidad y de su uso generalizado en el resto del mundo, aún no se utiliza en la sanidad pública asturiana.

El curso fue impartido por profesionales (psiquiatras y anestesiólogo) de los Hospitales de Coruña y Ferrol que cuentan con gran experiencia en su utilización. Acudieron 24 psiquiatras. Se comenzó hablando del estigma que aún acompaña a esta técnica, a menudo alentado por los juicios negativos que, generalmente desde la ignorancia, son emitidos por personas o profesionales que se mueven en la periferia de la psiquiatría.

Se repasaron las principales indicaciones que aparecen en las muchas guías que han editado distintas Sociedad



De izda. a dcha.: Dres. Vanesa Aller, Sergio Ocio, José Manuel Crespo, Rebeca Méndez, José Ramón Silveira y Fernando Otero.

Científicas sobre uso de TEC, entre ellas la de la Asociación Americana de Psiquiatría y la de la Sociedad Española de Psiquiatría.

El Colegio de Médicos de Asturias renueva su imagen online con una nueva web

La plataforma disponible en www.icomast.es está pensada para facilitar la comunicación con los colegiados y proporcionarles la información necesaria para su día a día.

Como novedad, este espacio digital cuenta con una sección de formación en streaming, en exclusiva para los colegiados.

El Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias (ICO-MAST) ha apostado por renovar su imagen en internet. Para ello estrena una nueva web, disponible en www.icomast.es, con un diseño más moderno y centrado en los valores de la marca, y nuevas funcionalidades que les permiten ofrecer un mejor servicio a sus casi 6.400 colegiados.

Esta herramienta digital responde así a una nueva estrategia de la entidad diseñada para facilitar la comunicación con los colegiados sirviéndose de las nuevas tecnologías. Para ello, la plataforma cuenta con una sección privada, con acceso exclusivo para colegiados, donde pueden realizar online trámites y gestiones colegiales.

Otra de las claves de este proyecto es la posibilidad de acercar la formación a los colegiados. Como novedad, esta nueva web también cuenta con un espacio donde podrán seguir en directo cursos, conferencias y demás eventos.



Además, los colegiados tendrán a un solo clic de distancia información útil para el desempeño de su profesión en el día a día. En la nueva plataforma se detallan las prestaciones para colegiados y se ofrece contenidos en asesoría fiscal, asesoría jurídica, asesoría social, entre otros servicios. Toda esta información se completa con ofertas de empleo o noticias propias del sector.

Aunque no solo esta web está destinada para los colegiados. Cualquier usuario que accede a este espacio podrá encontrar contenidos de interés como las últimas novedades sobre la actividad del colegio y la atención a los pacientes. En definitiva, la nueva web del Colegio Oficial de Médicos de Asturias, mucho más intuitiva y ágil para el usuario, pretende responder a las necesidades de sus colegiados y al público, en general.

CURSOS PROGRAMADOS 2019

Abril

SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO

Fecha: del 8/4/2019 al 10/4/2019
Lugar: Colegio Oficial de Médicos de Asturias
Plazo de inscripción: finaliza el 7/4/2019

JORNADA PRÁCTICA DE DERMATOLOGÍA PARA ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha: 11/4/2019
Lugar: Colegio Oficial de Médicos de Asturias, sede Gijón
Plazo de inscripción: finaliza el 4/4/2019

VI JORNADA MANEJO DEL PACIENTE AGRESIVO “AGRESIONES A MÉDICOS: UN PROBLEMA NO RESUELTO”

Fecha: 23/4/2019 **GRATUITO**
Lugar: Colegio Oficial de Médicos de Asturias
Plazo de inscripción: finaliza el 23/4/2019

Mayo

XVII CONGRESO SACOT

Fecha: del 16/5/2019 al 17/5/2019
Lugar: Colegio Oficial de Médicos de Asturias
Plazo de inscripción: finaliza el 13/5/2019

SOPORTE VITAL AVANZADO EN TRAUMA

Fecha: del 6/5/2019 al 9/5/2019
Lugar: Colegio Oficial de Médicos de Asturias
Plazo de inscripción: finaliza el 5/5/2019

Octubre

TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS E INVASIVAS EN MEDICINA DE URGENCIAS

Fecha: del 21/10/2019 al 24/10/2019
Lugar: Colegio Oficial de Médicos de Asturias
Plazo de inscripción: finaliza el 10/10/2019

Noviembre

ASISTENCIA AL PACIENTE CRÍTICO

Fecha: Del 12/11/2019 al 13/11/2019
Lugar: Colegio Oficial de Médicos de Asturias
Plazo de inscripción: desde 11/3/2019



Aula de estudio



La sede de Oviedo del Colegio de Médicos ha acondicionado un aula con capacidad para quince personas a la que pueden acceder los hijos de médicos y estudiantes del MIR que lo deseen. El aula de estudio permanece abierta en horario de 8.30 a 14.30 y de 17.00 a 20.00 horas.





Seguro de Baja Laboral



Manuel tuvo un percance en el trabajo

pero está *seguro*

A.M.A. asegura a sus sanitarios en caso de baja laboral con coberturas como “Incapacidad temporal por enfermedad” o “Incapacidad temporal por accidente”.

Así de fácil...

A.M.A. OVIEDO Plaza de América, 10; bajo Tel. 985 23 09 68 oviedo@amaseguros.com

A.M.A. GIJÓN Emilio Villa, 1; esquina Cabrales Tel. 985 15 57 17 gijon@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com 913 43 47 00 / 902 30 30 10

Síguenos en



y en nuestra APP



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora





Siente la
Familia



BALLESOL GIJÓN

 **985 147 750**

C/ Velázquez, 52 (Junto al HIPERCOR)
33211 Gijón - Asturias