

Revista

del COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS DE ASTURIAS



Abril 2016



Tribuna Médica

Tribuna Libre

Conversaciones con...

Asesoría Fiscal

Formación



EL SEGURO DE AUTO
DE A.M.A ENTRE LOS
3 MEJORES DE ESPAÑA
Y SEGUNDO MEJOR
POR PRECIO

Fuente: Índice Stiga 2015 de
Experiencia de Cliente ISCX

Hasta un

60%*
bonificación

en su seguro de **Automóvil**

- ✓ NUEVOS SERVICIOS DE ITV Y GESTORÍA
- ✓ AMPLIA RED DE TALLERES PREFERENTES
- ✓ REPARACIÓN Y SUSTITUCIÓN DE LUNAS A DOMICILIO
CON DESCUENTOS DE UN 50% POR NO SINIESTRALIDAD
- ✓ PÓLIZAS DE REMOLQUE
- ✓ LIBRE ELECCIÓN DE TALLER
- ✓ ASISTENCIA EN VIAJE 24 HORAS DESDE KILÓMETRO CERO
- ✓ PERITACIONES EN 24-48 HORAS
- ✓ RECURSOS DE MULTAS
- ✓ DECLARACIÓN DE SINIESTROS POR TELÉFONO E INTERNET



LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

A.M.A. OVIEDO

Plza. 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

www.amaseguros.com

902 30 30 10

Síguenos en     

[*] Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados hasta el 31 de diciembre de 2016. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

Carta del presidente Carta del presidente. 5

Tribuna Médica

La salud del niño refugiado.
Algunas consideraciones sobre su valoración y cuidados.
Dr. Eduardo Ramos Polo 6

La contaminación atmosférica y la salud en niños.
Dr. Félix Payo Losa 10

Ginecología en Bolivia.
Dra. Cristina González Martínez..... 12

Jaspers Versus DSM 5. El dedo en la llaga.
Dr. José Luis Mediavilla Ruiz 14

Atención Primaria: eje del sistema sanitario público.
Dr. José Ignacio Pérez Candás 16

Monkole, un gran hospital en el corazón de África.
Dr. Ignacio Martínez Esteban 18

Adaptaciones fisiológicas del corazón al ejercicio físico y su patología por ejercicio físico excesivo.
Dr. Jesús López de la Iglesia 20



Conversaciones con... Dr. Jaime Álvarez-Buylla Menéndez. 22

Nuestra Gente

Premio a una trayectoria académica Carmen Rocío Corzo /
Examen MIR 2015: Curso MIR Asturias /
Premio a la Excelencia Profesional / Hijo Adoptivo de Candamo 27



Entrevista Dr. Andrés Martínez Cordero. 32

Tribuna Libre

Querer es poder. *Dr. José María Fernández Rodríguez* 34

La Legión 501, o cómo una afición se puede transformar en una actividad solidaria. *Dr. Luis Jiménez Treviño* 37

Receta de tarta de queso. *Dra. Ana Yudego Zuazubizcar* 40

Mundo submarino. *Dr. José Manuel Fernández Carreira* 42



Asesoría Fiscal

Declaración por el Impuesto sobre la Renta del año 2015.
José Pérez Álvarez 44

Formación

Cursos 2016 47

Consejo Editorial:
Dr. José Luis Mediavilla Ruiz
Dr. David M. Muñoz Vidal
Dirección Técnica:
Comunicación Profesional
Publicidad:
Serrador & Asociados
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.



IMPRIME: Gofor
D.L. AS-4738-2001

Gijón:
Avda. de la Constitución, 15 - 1º
33200 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
33829 Avilés
Teléfono: 985 56 56 13
Horario:
Lunes a viernes: 9.00 a 13.30 h.
Lunes y miércoles: 15.30 a 18.00 h.

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 15 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.
- 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 3.005 euros por muerte natural, 6.010 euros por muerte por accidente y 9.015 euros por muerte de accidente de automóvil hasta los 65 años. A partir de esta edad, solo la cuantía por fallecimiento.

- Prestaciones de acción social para huérfanos de médicos, viudas de éstos, o en los supuestos de invalidez del médico.
- 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).
- 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

Queridos colegas y amigos:

Hace unos días hemos enviado a cada uno de los médicos colegiados una carta en la que se os indica la obligación de cumplimentar los trámites necesarios para obtener la Validación Periódica de la Colegiación (VPC).

Se trata del cumplimiento de una directiva de la Unión Europea sobre la homologación de calificaciones a los profesionales sanitarios, que será obligatoria y exigible a partir del año 2017 (Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales).

Desde la Organización Médica Colegial y, por tanto, desde los Colegios de Médicos, estamos poniendo en funcionamiento este mecanismo de autorregulación profesional que responde a la necesidad de asegurar la idoneidad personal y profesional de los médicos en nuestro país.

En el Colegio de Médicos de Asturias hemos iniciado el programa de VPC desde comienzos del presente año y he de comunicaros que las validaciones solicitadas y aprobadas avanzan a muy buen ritmo. Sin embargo, es necesario insistir en la importancia de esta medida, que no deja de ser un referente más de la calidad de quienes prestamos asistencia profesional a nuestros pacientes. Por otra parte, es necesario insistir en su carácter obligatorio, de manera que encarezco

a todos los colegas que aún no hayan realizado los sencillos trámites que se requieren para la validación, lo hagan cuanto antes. La VPC no es un “invento” superfluo y sin importancia, fruto del ocio de burócratas europeos. En momentos de crisis, como el que atravesamos, se requiere más que nunca que mantengamos bien firme y sin el menor asomo de duda nuestro compromiso profesional, nuestra autoexigencia de calidad y nuestra cohesión como colegas.

En otro orden de cosas, no quiero dejar pasar la oportunidad de dirigirme a vosotros por medio de esta carta sin hacer mención expresa del revuelo generado por el Real Decreto de Prescripción de Enfermería (RD 954/2015 de 23 octubre) y, de manera muy especial, por su artículo 3.

No hay duda de que, desde algunos sectores, se ha tratado de buscar una polémica tendenciosa en una cuestión sobre la que hay abundante normativa y jurisprudencia que aclaran y delimitan perfectamente los ámbitos de actuación de cada uno de los agentes sanitarios.

Este Real Decreto es acorde con la jurisprudencia del Tribunal Supremo en la que, dentro del reconocimiento de una responsabilidad compartida entre los agentes sanitarios, cada uno la suya, debe darse por sentado que es al médico a quien corresponde la responsabilidad del diagnóstico, tratamiento y prescripción. La prescripción no es un acto banal ni rutinario, forma parte común e indisoluble del proceso clínico junto y al mismo nivel que el diagnóstico, porque una cosa es prescribir y otra, muy distinta, extender una receta. Lo primero exige una formación adecuada y unas competencias específicas y, de hecho, resulta el culmen de un complejo proceso, el proceso terapéutico que, aunque su repetición pudiera llevar al peligro de tender a banalizarlo, en realidad es un acto que pone a prueba nuestra capacidad profesional y conlleva una gran carga de responsabilidad.

“Desde nuestra corporación colegial instamos al mantenimiento del espíritu colaborador, de equipo y a la buena relación que siempre han mantenido entre sí los profesionales sanitarios, cumpliendo cada uno rigurosamente, con eficacia y responsabilidad, las funciones que le corresponden” (carta del Presidente publicada en www.comast.es).

El paciente, su familia y su entorno son los objetivos esenciales de nuestro trabajo, que solo será verdaderamente eficaz si lo hacemos ordenadamente entre todos los responsables de la atención de los enfermos.



Dr. Eduardo Ramos Polo

Pediatra-Puericultor.

LA SALUD DEL NIÑO REFUGIADO. Algunas consideraciones sobre su valoración y cuidados

Una de las consecuencias más dramáticas de los conflictos armados son los refugiados.

La Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de la Naciones Unidas define al refugiado como “una persona que, debido a un miedo fundado de ser perseguido por razones de raza, religión, nacionalidad, membresía de un grupo social o de

opinión política en particular, se encuentra fuera de su país de nacimiento y es incapaz, o, debido a tal miedo, no estar dispuesto a servirse de la protección de aquel país; o de quien, por no tener nacionalidad y estar fuera del país de su antigua residencia habitual como resultado de tales eventos, es incapaz, debido al miedo, de estar dispuesto a volver a éste”.

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados señala que de los 10.4 millones de refugiados que había en el mundo al comienzo del año 2013, el 50% eran niños. Esta cifra se ha incrementado de forma exponencial en el 2014 y en lo que va del 2015 como consecuencia principalmente de la situación de

Nadie elige convertirse en un refugiado.
 Ser un refugiado va más allá de ser un simple extranjero.
 Significa vivir en el exilio y depender de los demás para cubrir las necesidades básicas
 imprescindibles para un desarrollo integral y digno de las personas.

Oriente Medio, y de la guerra en Siria en particular.

Las Naciones Unidas señalan, respecto al caso sirio, que “se ha cobrado un número devastador de víctimas entre los niños. Se ha matado, lesionado y mutilado a niños que sufren las consecuencias directas de la violencia indiscriminada de las fuerzas gubernamentales. Los niños también se han visto afectados por los desplazamientos, la pérdida de familiares y el trauma que provoca presenciar actos de violencia”¹. Las estimaciones sobre la población afectada, realizada a finales de 2012, hablan por sí solas: de los cuatro millones de personas afectadas dentro de Siria, casi dos millones son niños y de los dos millones de desplazados, 800.000 son niños. A esto hay que sumar los niños refugiados que están originando otros conflictos, y que por el hecho de no estar tan presentes en los medios de comunicación no son menos importantes.

Un refugiado no solamente tiene derecho al asilo, si no que hay que brindarle los medios necesarios para su desarrollo personal y para una vida digna.

Todos los refugiados tienen derecho a asistencia médica, y los niños, en particular, que son los más vulnerables y necesitan de una atención especial para lo cual los pediatras y de paso la sociedad debemos estar preparados.

El objetivo de estas consideraciones es ofrecer algunas perspectivas,

extraídas de la literatura médica, sobre la salud del niño refugiado, cuyo conocimiento es de suma importancia para poder dar la respuesta adecuada a este grupo digno de personas, desde el punto de vista sanitario lo cual entraña gran complejidad por muchos aspectos incluidos los idiomáticos.

Los niños refugiados, al no tener una nutrición adecuada, sufren un alto porcentaje de malnutrición y de retraso en el crecimiento. La malnutrición, bien sea leve, moderada o grave tiene sus consecuencia en el desarrollo, tanto somático como intelectual del niño, además de llevar consigo la carencia de micronutrientes, (minerales, vitaminas y oligoelementos). Por lo tanto, no es de extrañar que también contribuya al padecimiento de infecciones repetidas por alteración de su sistema inmunológico y a la presencia deficiencias cognitivas y alteraciones conductuales entre otras consecuencias.

Los déficits de micronutrientes más comunes entre los refugiados son varios y diversos, destacándose entre ellos los déficits de hierro, vitamina D, vitamina A, Zinc, vitamina B12, B3/Niacina y triptófano, Yodo vitamina B1/Niacina y vitamina C.

Tener presente que la valoración del estado nutricional puede ofrecer sus dificultades, porque muchas veces no se conoce la edad exacta del niño ni otros aspectos de su historia. Las gráficas de crecimiento de la OMS pueden ser de ayuda en este cometido.

La valoración del desarrollo psicomotor es de gran interés en el manejo del niño refugiado, ya que es importante detectar cualquier tipo

de retraso y tomar las medidas oportunas, por lo que la participación de un equipo de atención temprana, que tendrá presente el país de procedencia y sus aspectos culturales es de una gran ayuda.

Como puede ser difícil su abordaje, por cuestiones idiomáticas que impide el entendimiento médico-paciente, o por desconocimiento de la edad puede ser de ayuda el preguntarle a los padres, cómo se desarrolla el niño, en relación con otros hermanos, u otros niños de su edad. De ahí, también la trascendencia de contar con un traductor.

La vacunación del niño refugiado es un elemento de gran impacto en su asistencia sanitaria. Solamente pueden aceptarse documentos oficiales escritos en donde se especifique las vacunas recibidas y comprobando la coincidencia con el calendario del país de acogida, cuestión que por diversas razones es difícil. En ausencia de una seguridad plena de un calendario de vacunación correcto es aconsejable iniciar el programa de vacunación adecuado para la edad del niño, teniendo en cuenta además que los efectos adversos atribuidos al exceso de vacunas son raros. En el caso de sospecha de una inmunodeficiencia por el HIV, están contraindicadas las vacunas con virus vivos, como es sabido. El seguimiento posterior es absolutamente necesario para asegurarse que el calendario se cumple.

Las enfermedades infecciosas en el refugiado hay que tenerlas siempre en mente, para las actuaciones precisas.

La tuberculosis es la enfermedad infecciosa más común entre los refu-

¹ Asamblea General de las Naciones Unidas: Informe de la comisión internacional independiente de investigación sobre la República Árabe Siria

giados, por lo que a todos se le hará la prueba de tuberculina y por tanto se debe actuar en consecuencia según el resultado para realizar los estudios y el tratamiento pertinentes.

A todos los refugiados, sean o no sintomáticos, se les debe hacer un despistaje de enfermedades parasitarias. (*Giardia lamblia*, *ascaris/nematodos strongiloides*, *esquistociomasis*), teniendo en cuenta su procedencia. Una eosinofilia persistente es de ayuda en la investigación de estas enfermedades, cada una de las cuales tiene su tratamiento específico.

Un resultado negativo no descarta una parasitosis por lo que puede ser necesaria la determinación de anticuerpos al parásito en cuestión sobre todo si el niño tiene dolor abdominal, hematuria o fallo de medro.

En lo referente a la hepatitis infecciosa un porcentaje alto están inmunizados de hepatitis A, por contacto previo, por tanto no está indicado el despistaje en niños asintomáticos. En cambio se hará despistaje de hepatitis B a todos los provenientes de áreas endémicas, e igualmente a todos los niños con riesgo de padecer una hepatitis C.

La malaria requiere atención especial fundamentalmente entre los refugiados provenientes de áreas endémicas, para realizar las investigaciones necesarias ante cualquier signo que sugiera está enfermedad, lo que permite instaurar el tratamiento oportuno.

A los procedentes recientes o que han estado en contacto con personas venidas de países del oeste de África, como Guinea, Liberia, y Sierra Leona o Nigeria, epicentro de la epidemia de ébola del 2014 serán valorados siguiendo los protocolos de cada país para el manejo de esta contingencia.

Hay otros aspectos del cuidado del niño refugiado que también es

imperativo reseñar como es el de su salud mental.

Como consecuencia de los traumas físicos y psicológicos que sufren los niños en estos conflictos (amenazas, persecución, torturas, asesinatos y presencia de la destrucción de sus hogares y de sus comunidades, y todo tipo de abusos etc.) su salud mental se ve profundamente afectada. Se ha demostrado, por distintos estudios, que hay una prevalencia alta de depresión, ansiedad, síndrome de estrés postraumático, ataques de pánico, problemas de conducta y somatizaciones, que por otra parte, son más frecuentes en los niños y adolescentes refugiados no acompañados por sus familias. Por tanto, la intervención de un equipo de salud mental debe formar parte imprescindible en la atención del niño refugiado; aplicando las guías necesarias elaboradas para tal fin y tomando de inmediato las medidas terapéuticas necesarias en aquellos que lo precisen.

Otros problemas de salud no menos importantes a tener en cuenta son el riesgo de infecciones de transmisión sexual cuya prevalencia es más alta a las edades de 15 a 24 años. Los problemas de salud bucodental. La cardiopatía reumática particularmente en los niños proveniente de Asia, islas del Pacífico y África, en donde este proceso es endémico, el cual debe investigarse ante cualquier signo de sospecha. La mutilación de los genitales femeninos tiene un gran impacto en las afectadas, por sus complicaciones inmediatas al procedimiento y las tardías entre las que se incluyen dolor crónico, infecciones de orina de repetición, estrechamiento del orificio vaginal, vaginosis, vaginitis infecciosas, disfunción sexual, trastornos psicológicos etc. Cuyo manejo puede precisar de la intervención de varios especialistas.

La determinación de los niveles de plomo es de mucho interés, ya que se han encontrado niveles de plomo elevados en niños procedentes Iraq, África, Vietnam y América Central y la intoxicación por plomo es un problema grave, que es más frecuente en los niños malnutridos, sobre todo si tienen carencia de hierro.

Los niños no acompañados y separados precisan de procedimientos especiales en materia de asilo, de acuerdo con los derechos recogidos en otros instrumentos internacionales de protección.

La atención, por tanto, del niño refugiado tiene su complejidad y precisa de unas directrices bien claras, elaboradas por los entes correspondientes de los gobiernos de los países de acogida.

Después de estas breves consideraciones, hay que resaltar que quedan muchos aspectos sin mencionar. Pero debe quedar claro que es preciso contar con la presencia y actuación de un equipo multidisciplinar en el que el pediatra tiene un papel relevante, junto con los equipos de salud mental, de enfermería, de atención temprana, de nutrición, de asistencia social, de traductores etc., cuyo concurso es imprescindible para que este cuidado de la salud física y mental del niño refugiado sea de lo más adecuada.

Acabar para siempre y por siempre con los conflictos bélicos y de otra índole que estremecen al mundo y con la plaga de injusticias concomitantes son la clave para evitar el sufrimiento de estos niños que son las víctimas inocentes de esta sin razón humana, lo que sin duda se constituye en su mejor prevención.

Agradecimientos: A Eduardo Ramos Suárez, consultor de asuntos internacionales, por su ayuda en la elaboración de estas consideraciones. ■

Cambia tu **espacio** de reunión
Gijón y punto

Gijón

Convention Bureau



BIOSPHERE
RESPONSIBLE
TOURISM

0800 637263118

www.gijoncongresos.com



Dr. Félix Payo Losa

Neumólogo jubilado.

La contaminación atmosférica y la salud en niños

Numerosos e insistentes pronunciamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) llaman la atención sobre la contaminación atmosférica y sus importantes efectos sobre la salud, estimada en 3,7 millones de muertes prematuras y prevenibles al año.

La principal fuente de contaminación de la atmósfera en ciudades son las emisiones del tráfico rodado, sobre todo los motores de gasoil, pero hay otras fuentes múltiples de contaminación industrial (plomo derivado de las baterías, mercurio de la mine-

ría del oro, pesticidas, etc.). Mientras que dentro de las viviendas contaminan el humo del tabaco, los aparatos de gas, hornos, cocinas de carbón y biomasa y humos derivados de freír.

Las partículas finas (PM10) son los componentes del aerosol atmosférico más lesivos para la salud. Por su escaso tamaño llegan al pulmón profundo (donde tiene lugar el intercambio de gases) y transportan gotas de ácidos, ozono y SO₃. En recientes años, numerosos estudios epidemiológicos han mostrado repetidamente que los niveles de contaminación se

asocian con efectos nocivos para la salud. Estos efectos cardiopulmonares incrementan la morbilidad y la mortalidad de las personas con enfermedades crónicas, con más ingresos hospitalarios, visitas a urgencias hospitalarias y consultas y una mayor mortalidad.

Los niños son más sensibles a los contaminantes atmosféricos que los adultos debido a la lenta maduración del pulmón, que no completa su desarrollo hasta los 22 años aproximadamente. En los primeros años los alveolos no están conformados y los

bronquios tienen sus paredes gruesas, por lo que su luz es estrecha y propicia a obstruirse por cualquier irritación, dando lugar a problemas de tipo asmático, que se acentúan cuando el aire respirado contiene contaminantes.

Un importante trabajo de investigación en California, publicado en el *New England Journal of Medicine*, estudió los efectos de la contaminación atmosférica sobre el desarrollo del pulmón y la función respiratoria, registrando simultáneamente los parámetros de la contaminación atmosférica. Los resultados mostraron una correlación significativa negativa entre los índices de contaminación y los valores de función pulmonar y el retardo en el crecimiento del pulmón, durante los ocho años de seguimiento del estudio.

Investigadores dirigidos por el Dr. Gaudeman crearon el *Children's Health Study*. Un estudio longitudinal de salud respiratoria valorando la exposición a la contaminación por el tráfico rodado y su efecto sobre el desarrollo pulmonar en niños. Los resultados publicados en el *NEJM (New Journal of Medicine)* 2015 mostraron que los niños que vivían a una distancia de 500 metros de una autopista tenían el crecimiento pulmo-

nar enlentecido cuando se comparó con niños que vivían a 1.500 o más metros de distancia de la autopista. Este efecto adverso de respirar aire de la autopista era independiente de la calidad regional del aire, afectando a todos los niños expuestos y no solo a subgrupos susceptibles.

Los niños son más sensibles que los adultos a los contaminantes atmosféricos debido a la lenta maduración del pulmón.

La contaminación de la atmósfera por las emisiones de los motores diesel provoca en los niños alteraciones respiratorias que pueden dejar secuelas graves y riesgos de padecer enfermedades cardiorrespiratorias en la vida adulta. Pero es más que probable que los efectos adversos sobre la función pulmonar continúen en la vida adulta, manteniendo un defecto en la función pulmonar que puede facilitar la aparición de enfermedad respiratoria cardíaca.

Investigadores del CREAL, el Instituto Municipal de Investigaciones Médicas de Barcelona dirigidas por el Dr. J. Sunyer están actualmente llevando a cabo el Proyecto INMA

Infancia y Medio Ambiente, donde estudian los efectos de contaminación en los niños.

Este es un estudio longitudinal y multicéntrico y participan investigadores de la Universidad de Oviedo y del hospital de Avilés, aportando al seguimiento 485 individuos. Estudia los efectos de los contaminantes en los fetos, en el embarazo, la prematuridad y el desarrollo infantil. Está actualmente en marcha y han publicado numerosos trabajos. Entre los de más interés, han publicado que la exposición a contaminantes atmosféricos originados por la emisión de escapes de tráfico puede dar lugar, además, a un enlentecimiento de las funciones cognitivas de los niños expuestos. Esta alteración podría, por tanto, dañar de forma importante el rendimiento educativo.

En resumen, los estudios demuestran que la contaminación del medio ambiente es una importante causa de enfermedad y de muerte en ciudades de todo el mundo, también para los niños, observando una distribución muy desigual que afecta en mayor medida a personas de renta media y baja. Pero, sobre todo, y esto es lo más importante, es un problema de salud prevenible. Exijámoslo. ■

Parque Empresarial Argame.
C/ Peña Manteca, Parc. G13. 33163
ARGAME (MORCÍN), Asturias
TLF. 985 08 15 48 | FAX: 985 23 03 69
info@iricom.es | www.iricom.es

DESARROLLO WEB
PLATAFORMA DE EXÁMENES
OFERTAS EXCLUSIVAS PARA MÉDICOS COLEGIADOS
REGISTRO DE PACIENTES
SU PÁGINA WEB desde 350€ además... ACTUALICE LA WEB UD. MISMO
SOPORTE TÉCNICO ilimitado y por Breve
GESTIÓN CLÍNICA Y ADMINISTRATIVA Para Facultativos e Instituciones Sanitarias

iricom
Ingeniería de Recursos Informáticos y Comunicaciones



GINECOLOGÍA en Bolivia

Dra. Cristina González Martínez

Obstetra y Ginecóloga.

En ocasiones, el reconocimiento al trabajo realizado y la satisfacción personal de haberlo hecho ocurren muy lejos del entorno del quehacer diario.

Santa Cruz de la Sierra es la segunda ciudad más poblada de Bolivia y en su anillo periférico las condiciones de vida de la población son de hacinamiento y extrema pobreza. Es en esa zona donde a finales de 1991 un grupo de personas decididas a ayudar, entre las que se encontraba Nicolás Castellanos, entonces obispo de Palencia, comenzaron la empresa del Proyecto Hombres Nuevos para proporcionar a la población recursos básicos de los que carecían: escuelas, comedores, centros culturales, iglesia y por supuesto, hospital, el Virgen Milagrosa.

El hospital fue creciendo poco a poco y con ayuda externa (española en gran medida) la dotación en medios mejoró progresivamente (equipos de laparoscopia, escáner, laboratorio, unidades de hospitalización cada vez más mejoradas). Pieza fundamental en este proceso, controlando los medios humanos, (personal boliviano en su mayoría), materiales, los recursos económicos, y en fin, ordenando lo aparentemente “imposible” de ordenar, está una de las personas más especiales que he conocido y creo que conoceré en mi vida: la hermana Juana Arencibia, monja dominica que a los veintitantos años decidió dejar su Canarias natal para ir a Santa Cruz a ayudar a quienes la necesitaban más que en el Centro de Salud donde trabajaba como auxiliar de clínica. Y ya cumple 65. Porte serio

y autoritario donde los haya, debajo del que está una persona entrañable, cariñosa, detallista como pocas.

Pero la asistencia sanitaria en Bolivia es mayoritariamente privada, nada que ver con el sistema público que conocemos, de modo que, aun existiendo el hospital adecuadamente dotado, los habitantes con pocos o nulos recursos no tendrán acceso a las prestaciones sanitarias.

Entonces es cuando aparece la figura de Guillermo Mañana, anestesista jubilado pero empeñado en seguir anestesiando allí donde haga falta. Él fue nuestro nexo de unión con Santa Cruz y con Juana para que organizásemos una campaña de cirugía ginecológica de bajo costo, en la que la paciente únicamente abona la estancia o nada en función de sus



Fachada del hospital.



Vista de la rotonda desde la terraza del hospital.

ingresos (ya se habían organizado campañas de Oftalmología, Urología y Cirugía General). Y con la colaboración de la Dra. Riaño, miembro de la Fundación Arco Iris y el apoyo de nuestro centro de trabajo para la obtención de los permisos, nos pusimos a organizar la campaña.

Experiencia única. Tras la incertidumbre y nerviosismo de los días previos y durante el viaje, llegamos a Santa Cruz para comprobar directamente todo lo que Guillermo nos había explicado al detalle, pero que hay que ver por uno mismo: la rotonda situada delante del hospital era un atasco constante, con mujeres y niños descalzos entre el barro, puestos ambulantes de todo lo que se pueda uno imaginar hasta justo delante de la verja de entrada al centro (la hermana Juana decidió colocar verjas para evitar en lo posible los robos), calles sin asfalto totalmente inundadas, perros y caballos deambulando entre la gente...

A las pocas horas de llegar, dejamos la maleta y comenzamos a ver pacientes: miomas gigantes, quistes de ovario que llegaban a la altura del ombligo, prolapsos uterinos tota-

les... situaciones difíciles de imaginar en nuestro medio pero allí habituales en mujeres que no tienen *plata* para poder tratarse.

En quirófano descubrimos otra forma de hacer las cosas: las suturas que se deben apurar hasta el final, la posibilidad de que no todas las pinzas sean iguales para una misma intervención, la reutilización de la mayoría del material. En cuanto al personal, con la supervisora Benita al frente, consciente de la necesidad de realizar el mayor número de intervenciones posibles durante la campaña, con gran profesionalidad colaboraron en todo momento para que la actividad quirúrgica resultara según la planificación previa, con demoras entre intervenciones no mayores de 30 minutos.

Las pacientes, agradecidas hasta el infinito por lo que estábamos haciendo allí, viendo en nosotras la solución a la patología que convivía con ellas desde tiempo y que en alguna ocasión no fuimos capaces de solucionar. Como nos decía Guillermo: "Haced lo que podáis. Si no lo hacéis vosotras no la hará nadie, pero claro, recordad donde estáis".



Intervención.

Y así pasaron los diez días, llegó la despedida y como se suele decir, las despedidas son tristes. Para mí, esta también lo fue y mucho: triste despedirse de las pacientes que nos abrazaban y preguntaban cuando volveríamos porque nos necesitaban, triste despedirse del personal de quirófano con el que la convivencia había sido perfecta, y muy triste despedirse de Juana.

Por todo ello, solo puedo decir Gracias: a Guillermo, por acordarse de nosotras para esta misión; a las pacientes, por haberme hecho sentir Médico y útil como pocas veces antes y a la hermana Juana por todo.

En el viaje a Bolivia he recibido mucho más de lo que yo haya podido darles. ■



Dr. José Luis Mediavilla Ruiz

Psiquiatra.

JASPERS VERSUS DSM 5

El dedo en la llaga

Hace algún tiempo, fui cortesmente invitado a la presentación de un neuroléptico depot. El compañero que hizo la exposición, se detuvo en la farmacogenética, y la respuesta clínica al fármaco, mostrando las diferentes estrategias para un buen uso del mismo.

Fue un acto ameno e instructivo, y sobre todo una muestra del entusiasmo con el que se están llevando las pesquisas biológicas.

Al término de la exposición, el conferenciante confesó que una vez neuroleptizado, el paciente era remitido al psicólogo, el cual, en ocasiones, lo devolvía recomendando le fuese bajada la dosis del fármaco “para poder trabajar con él...”.

Admitiendo la diversa orientación por la que pueda optarse dentro de la misma especialidad, no deja de sorprender que el diagnóstico y la evolución psicopatológica no haya de ser

asumida plenamente por el psiquiatra, como lo fue siempre.

Esta actitud parece entender una psiquiatría que deliberadamente se desentiende de lo concerniente a la psicopatología y la psicoterapia, y en cierto modo, al destino del propio enfermo. ¿Qué juicio habrían de hacerse autores tales como Ajuriaguerra, Arieti, Binswanger, Bleuler, Cabaleiro, Conrad, Ey, Krestchmer, López Ibor, Llopis, Minkowsky, Sarró, y tantos otros que forman la nómina capital de la historia de la psiquiatría?

A la luz de una visión retrospectiva, bien puede decirse que la psiquiatría se mantuvo a un nivel conceptual “sostenible” merced a la psicopatología, aunque hay que reconocer un estancamiento o si se prefiere un menor empuje después de Jaspers.

Ya sea por un biologismo excluyente, lo que exigiría la renuncia a la denominación de psiquiatría por otros tales como biología cerebral o simplemente farmacobiología, o por un sincretismo totalizante con un abuso desmedido de falaces diagnósticos, tales como se nos presenta el DSM 5 y afines, cada vez se están haciendo más presentes avisos de incomodidad y alarma.

Allen Francés, el coordinador del DSM IV, y copartícipe activo del DSM 5 ha escrito un libro cuyo contenido hubo, quizá, de servirle no solo de testimonio, sino sobre todo de catarsis.

(Saving Normal. An Insider's Look At The Epidemic Of Mental Illnes. Frances, A. 2013; en español: ¿Somos todos enfermos mentales? Ariel. 2014).

Dicho libro está plagado de advertencias como la que sigue:

“El DSM 5 lleva la diagnosis psiquiátrica en la dirección equivocada, creará nuevas epidemias falsas y favorece todavía más el abuso de medicación”.

Un libro que según su propio autor, “representa la visión desesperada

de un conocedor del tema que sabe que ha salido mal, pero también un mapa de vuelta al camino de la psiquiatría segura y sana”.

Lectura obligada especialmente a los psiquiatras en formación para prevenir la tentación de todo sometimiento a modos y modas, tan pasajeros, como irreversibles.

EFFECTOS COLATERALES

Solo a través de un estudio paciente y riguroso acerca de lo que constituye el verdadero cuerpo doctrinal de lo que se entiende por Psiquiatría, y sus tratamientos (biológicos o psicoterapéuticos) puede admitirse un criterio digno de valoración. Las divergencias, discusiones internas, habidas y por haber, pueden contribuir a una mejor integración de los planteamientos teóricos.

La complejidad de los conceptos de salud y enfermedad mental, la ignorancia acerca de la farmacodinamia de los tratamientos, la ambigüedad de términos tales como “terapia” o “psicoterapia” por cuanto el uso abusivo y doméstico de los mismos, han dejado de garantizar una formación específica, todo ello, en fin, facilita el que todo el mundo pueda sentirse autorizado a exponer e imponer sus opiniones, provocando verdaderos “efectos colaterales”.

Y aunque esto pueda explicar los abundantes ataques a la psiquiatría, dirigidos con pretensiones científicas, desde posiciones no raramente sectarias, la realidad clínica se impone, y todos aquellos furibundos embates, vengan de donde vinieren, acaban estrellándose en el magnífico edificio conceptual instituido por Kraepelin, imprescindible en la historia de la medicina.

Recientemente el periódico *El País*, (2016/02/07/ciencia), bajo el título “La Psiquiatría en crisis”, recoge una entrevista realizada por Joseba Elola a Robert Whitaker, “periodista de investigación”, autor de la “Ana-

tomía de una Epidemia”. La tesis que mantiene dicho libro se basa, según la entrevista de *El País*, en una “recopilación de estudios científicos para evidenciar que los trastornos mentales no se deben a alteraciones químicas del cerebro”.

A estas alturas, tales investigaciones y noticias resultan anacrónicas, pues no son más que viejos planteamientos superados dentro de los ambientes psiquiátricos. Nosotros, hace veinte años, siguiendo el pensamiento de mi maestro Sarró, presentamos una comunicación en el Congreso Internacional de Psiquiatría, (Palencia/1997) en la que sucintamente advertíamos: “si ante las formas esquizofrénicas, o, incluso, los trastornos afectivos, la psiquiatría actual se propone como único horizonte de trabajo, el diagnóstico por la Imagen, las escalas conductuales, los DSM y afines y la bioquímica, desatendiendo la psicopatología y la psicoterapia, debería considerar su extinción como disciplina médica autónoma y solicitar, quizá, su inclusión en la Neurología, como un capítulo más de la misma”.

Por lo tanto, la noticia de *El País*, no aporta ninguna novedad digna de consideración. Sin embargo, el periodista investigador se permite hacer afirmaciones que merecen un comentario. Dice, por ejemplo, que “los psiquiatras en EE UU y en muchos otros sitios, siempre tuvieron complejo de inferioridad. El resto de médicos solían mirarlos como si no fueran auténticos médicos”. En los setenta, cuando hacían sus diagnósticos basándose en ideas freudianas, se les criticaba mucho. ¿Y cómo podían reconstruir su imagen de cara al público? (...). Tratando de “homologarse con el resto de la profesión”, (...) Se pusieron la bata blanca que les daba autoridad. Y empezaron a llamarse a sí mismo psicofarmacólogos cuando empezaron a prescribir pastillas. Mejoró su imagen. Aumentó su poder”, (...) “terminaron por creerse su propia propaganda”, etc.

No sabemos en realidad si las opiniones que vierte se refiere de forma exclusiva al público estadounidense, aunque se resiste uno a pensar en una masiva existencia de lectores tan acríticos como para dejarse embaucar por consignas, tales como “Lo que se promocionó, en realidad, en EE UU fue una nueva forma de vivir, que se exportó al resto del mundo. La nueva filosofía era: debes ser feliz todo el tiempo, y, si no lo eres, tenemos una píldora”.

Ante la inevitable cuestión del riesgo que supone dejar de medicar a aquellas personas que lo vienen haciendo con resultados favorables, el señor Whitaker, “escurre el bulto” (por utilizar un término coloquial) dejando claro que él “no es médico, sino periodista” por lo que su libro “no es de consejos médicos, no es para uso individual, sino para concienciar a la sociedad...”.

De todas las reflexiones del señor Whitaker, la que resulta más peregrina es la de negar la naturaleza médica de los psiquiatras, lo que demuestra su falta de información, y su negligencia en el conocimiento de la historia de la medicina, pues, el médico no lo es más en función de los avances técnicos, sino en su ejercicio y en su relación con el enfermo.

No es más médico un radiólogo o un analista, que un médico rural a la cabecera de su enfermo. Y en este sentido, esencialmente hipocrático, el psiquiatra nunca necesitó hacer esfuerzo alguno para “homologarse”, porque desde el principio de la historia de la medicina ocupó un lugar, tan honroso como insustituible.

Podemos asegurar que la publicación de su libro *Anatomía de una epidemia*, no va a “mover los cimientos de la psiquiatría española”; antes bien, su autor, debiera tomar conciencia de que sus pintorescas afirmaciones le colocan en el lugar al que Quintiliano podría dirigirse para enseñarle: *Qui stultis eruditi volunt, stulti eruditis indicantur.* ■



Dr. José Ignacio Pérez Candás

Pediatra.
Presidente Asociación Asturiana
de Pediatría de Atención Primaria.

Atención Primaria: eje del sistema sanitario público

La Atención Primaria debe ser el eje del sistema sanitario público. Sus líneas estratégicas han de estar orientadas a proporcionar a los ciudadanos prestaciones basadas en la máxima calidad y segu-

ridad. Podrían ser obtenidas de la información disponible en los sistemas informáticos. Es posible aplicando la “Big Data”. Las necesidades en el terreno de la salud de cada ciudadano, pero también de la comunidad en su

conjunto, y la sostenibilidad económica, deben ser sus motores. Todos los recursos, humanos y de equipamiento, deben estar supeditados a las mismas.

Deberemos tener un número de recursos humanos que permita una agenda que incorpore: asistencia, formación (propia y del equipo) e investigación. En muchas consultas de las áreas urbanas tenemos agendas con seis minutos o menos por paciente. Esto contribuye a generar niveles elevados de frecuentación innecesaria y puede condicionar el uso inadecuado de los medios diagnósticos complementarios, aumentando los riesgos y los costes. Deberían planificarse las necesidades a corto, medio y largo plazo.

Deberían generalizarse las consultas compartidas, presenciales o no, de los médicos de familia y pediatras, con los facultativos hospitalarios, aplicando para ello el progreso tecnológico en diversos campos. Deberíamos impulsar, con los procedimientos adecuados, la reducción de la variabilidad clínica. Es necesaria la coordinación entre estamentos para una adecuada continuidad asistencial. También lo es el trabajo en red de los diversos hospitales y centros de atención primaria.

La motivación de los profesionales es ineludible: concursos de traslados, ofertas públicas de empleo en los plazos marcados por las leyes, carrera profesional y contratos que los fidelicen son imprescindibles. Deberían salir en los concursos todas las plazas libres disponibles. Todo debe llevarse a cabo con transparencia.

En muchas consultas de las áreas urbanas tenemos agendas con seis minutos o menos por paciente.

La formación debe ser obligatoria, reglada, acreditada e independiente. Debe proporcionarla el servicio de salud en colaboración con otros servicios nacionales y/o internacionales. La definición del contenido de la formación se sustentará sobre tres pilares: las líneas estratégicas del servicio, las necesidades detectadas por los sistemas de información y las necesidades explícitas de cada profesional.

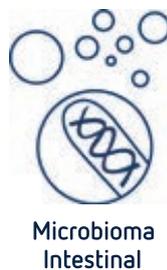
Muchos edificios que albergan los equipos de atención primaria han sido diseñados como oficinas. Es necesario reacondicionar algunos;

otros deberán ser objeto de nueva construcción, para que sirvan mejor para el uso al que están siendo destinados. El equipamiento tecnológico también debería ser reevaluado para garantizar la calidad y seguridad de las prestaciones.

La confluencia de las políticas sociales y sanitarias es urgente. Los aspectos comunitarios de la atención primaria no están suficientemente desarrollados. La reorganización de la actividad del trabajo social en algunas zonas básicas de salud es inaplazable. Hace falta evaluar los recursos disponibles y dar formación en este campo. Deberemos trabajar en el empoderamiento de los pacientes. Estos deben ser agentes activos en el cuidado de su propia salud. Deberían tener información pormenorizada de los costes de los diferentes procesos diagnósticos y terapéuticos. ■



LABORATORIO DE ANÁLISIS
ECHÉVARNE



MONKOLE, un gran hospital en el corazón de África



Dr. Ignacio Martínez Esteban

Médico Estomatólogo.

A finales del año 1989 un grupo de congolese y algunos europeos residentes en Kinshasa, capital del entonces Zaire, ahora República Democrática del Congo, decidieron poner en marcha el Hospital Materno-Infantil Monkole al considerar que la situación médica de la ciudad necesitaba apoyos. En la actualidad es el Hospital General de referencia de la zona de salud de Mont-Ngafula, abierto a todo tipo de personas, con especial dedicación a los más desfavorecidos.

La República Democrática del Congo tiene 70 millones de habitantes y una esperanza de vida que ronda los 48,7 años. La ciudad de Kinshasa, donde está ubicado este hospital, tiene una población de diez millones de habitantes. Su alimentación se basa, principalmente, en productos agrícolas básicos. Más del 70% de la población del país está malnutrida y el 80% vive por debajo del nivel de la pobreza.

El frágil estado de salud generalizado de sus habitantes demanda con frecuencia unos servicios sanitarios a los que el sistema público no puede hacer frente, debido a la falta de recursos, infraestructuras y personal preparado.

Ante tal emergencia, Monkole ofrece servicios médicos generales, maternidad, pediatría, medicina interna y cirugía, y programas de formación para médicos, enfermeras y ayudantes. Este Hospital, en el que trabajan 380 personas y atiende al año a más de 100.000 consultas, ofrece tanto atención ambulatoria como hospitalización y promueve la educación sanitaria especialmente en relación con el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis.

Para llegar a otras zonas difícilmente accesibles, los médicos atienden dos veces por semana las tres sedes situadas en barriadas periféricas, lejos del hospital: son los centros de salud de Eliba, Kimbondo y Moluka. De Monkole dependen, además, una escuela de enfermeras (ISSI) y un centro de formación continuada para médicos (CEFA).

En el departamento de Ginecología y Obstetricia han logrado una disminución del 30% de la mortalidad



infantil. Todo un hito en uno de los lugares donde las tasas son peores.

Así es, a grandes rasgos, el día a día de este gran Hospital ubicado en el corazón de África.

En el año 2011 un grupo de dentistas nos movilizamos para que pudieran incorporar el Servicio de Salud bucal y Maxilofacial. El 29 de octubre de 2015 Monkole ha abierto oficialmente su unidad de odontología.

Esto ha sido posible gracias a la implicación y trabajo desinteresado de muchas personas y profesionales de la sanidad. Me gustaría destacar la valiosa colaboración, en los Cursos Solidarios, del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos y del Colegio de Médicos de Asturias así como de distintas empresas que se han volcado en esta iniciativa y nos han apoyado en la divulgación de la actividad que se realiza en Monkole, lo que nos ha permitido recaudar fondos.

Hay que agradecer su ayuda a AMA, Bego, Bredent, Galimplant, Geistlich, Dentaïd, DentalIbérica, Inibsa, Implant Direct, IMU, Laboratorio de Microbiología Oral, Nexodental, Oralsurgerytube, Ortoscan, Editorial Ripano y Sanhigía. Un reconocimiento especial a los Dres. Ramón Gómez Meda, Juan Alberto Fernández Ruiz, Alfredo Machín y Jesús Creach, por sus excelentes conferencias en los cursos solidarios. No puedo dejar de mencionar la iniciativa “Dona un empaste a un niño” para la atención pediátrica dental en la que muchos de nuestros pacientes han colaborado.

Numerosas personas esperaban y se han alegrado de poder acudir allí a

consultas buco-dentales. En solo tres meses esta unidad ha realizado un total de 235 cuidados dentales y ha practicado 50 extracciones. A día de hoy solamente trabaja un único odontólogo, la Dra. Marie Christine Akele y una enfermera, Mme. Christelle Mbenza.

En Monkole quieren ofrecer una atención dental de calidad. Se realiza Odontología conservadora, Cirugía, Endodoncia, Rehabilitación mediante Prótesis, seguimiento en los pacientes hospitalizados que precisen de cuidados dentales y asegurar una atención a la población fuera del hospital.

Como todos conocemos, empezar es lo más importante, pero también lo es la consolidación del proyecto.

Este año queremos contribuir con material para formación del equipo humano de la consulta y una beca para la Escuela de Enfermería (www.issi.ac.cd).

Esto supone unos 800 dólares al año, durante tres años. También necesitan un aparato para realizar radiografías panorámicas (Ortopantomografía digital), ultrasonidos para la limpieza del sarro, amalgama para obturaciones e instrumental para exodoncias.

Las ayudas se encauzan a través de la ONG ONAY indicando en el concepto de la transferencia “Donativo Proyecto dental Monkole”. El número de cuenta corriente es ES97-2100-5263-11-2200049289. Si desea acogerse a la desgravación fiscal solicite un certificado en onay@onay.org o en el teléfono de la ONG (948.17.60.48).

Gracias a estas ayudas, imprescindibles para luchar contra la pobreza y mejorar la educación y la salud donde no tienen tantos medios como nosotros, podremos contribuir, aunque sea un poquito, a hacer un mundo más justo. ■





Dr. Jesús López de la Iglesia

Cardiólogo.

Adaptaciones fisiológicas del corazón al ejercicio físico y su patología por ejercicio físico excesivo

Puede considerarse ejercicio físico moderado el realizado caminando ligero 150 minutos a la semana repartidos en tres a cinco sesiones. Esto es bueno para la salud. Aquí también se incluye el ejercicio físico realizado durante la actividad laboral.

Los deportistas y atletas realizan mucho más ejercicio que el llamado moderado y tampoco es malo para la salud como quedó demostrado en el estudio de atletas ciclistas del Tour de France y en el estudio sueco de atletas de esquí de fondo, porque en ambos los años de vida de los atletas superaban a los años que vivía la población general.

Se denomina atleta aquel que realiza actividad física prolongada e intensa tres días o más por semana y realiza competiciones.

Tipos de ejercicio físico:

Existen dos tipos de ejercicios unos llamados dinámicos o de resistencia como correr, esquí de fondo, etc. y otros llamados estáticos o de fuerza por ejemplo levantamiento de pesas, lanzamiento de disco, carreras de velocidad, etc. Otros son mixtos porque así es la competición, como ciclismo y remo y otras veces porque en los entrenamientos se practican ejercicios dinámicos y estáticos, así por ejemplo los deportes de equipo tipo fútbol, rugby, hockey, etc.

Con los ejercicios dinámicos aumentan las cavidades cardiacas y con los años crece también el espesor de las paredes ventriculares. En los estáticos aumenta el espesor de las paredes ventriculares y las cavidades apenas se modifican.

Los atletas que realizan carreras de larga distancia son prototipo del ejercicio dinámico, sus cavidades cardiacas aumentan de volumen al compararlos con personas no atletas y generalmente están en límites normales; también puede crecer el espesor de sus paredes ventriculares, de esta forma el volumen de sangre que expulsa su corazón en cada sístole es mayor. Cuando las cavidades o el espesor de paredes ventriculares superan los valores normales se denomina “corazón del atleta” que no es patológico y se trata de una adaptación fisiológica al esfuerzo.

“El corazón de atleta” no es corriente y aparece en el 10-40% de los atletas, dependiendo del tipo de deporte, intensidad del ejercicio y años de competición.

Además existe un factor genético, pues en grupos o equipos que realizan el mismo esfuerzo en algunos aparece y en otros no. Lo mismo ocurre en corredores pedestres unos atletas corriendo 60-70 Km a la semana tienen corazón de atleta y en otros no ocurre con estas distancias o incluso mayores.

Patología en el corazón por ejercicio físico excesivo

1) Fibrilación Auricular: En los últimos años se ha encontrado que los atletas tienen más arritmias auriculares, concretamente Fibrilación Auricular, siendo cinco veces más frecuente que en las personas no deportistas.

La causa no está aclarada y puede ser debido a dilatación de las aurículas, fibrosis en las aurículas. También se halló un aumento de los marcadores de la inflamación en relación con el ejercicio de resistencia intenso y prolongado. Otra posibilidad es que la hiperactividad del tono vagal que tienen los atletas altere la conducción eléctrica de las aurículas.

2) Cardiomiopatía en el ventrículo derecho inducida por ejercicio. También en estos últimos años con carreras de larga distancia como ultramaratones, ultratriatlón, así como las carreras de montaña, se encontraron deportistas con alteraciones en el ventrículo derecho después de estas carreras.

Puede verse por Internet el elevado número de estos tipos de competiciones.

Entre las carreras de montaña más largas están en Europa la Ultra trail Du Mont Blanc en los Alpes, de 166 Km. y un desnivel acumulado de 9.400 metros. En España, entre otras numerosas, tenemos la Transcanaria, de 123 Km y 8.400 m de desnivel acumulado o en las provincias Vascongadas una carrera de 100 Km y 10.000 m de desnivel acumulado. En Asturias entre otras la de Somiedo de 80 Km y un desnivel acumulado de 10.000 m.

Se han encontrado casos tras estas largas e intensas carreras, de una nueva patología en el corazón, concretamente en el ventrículo derecho y hallaron mediante ecocardiografía que en algunos atletas después de la carrera había dilatación del ventrículo derecho y disminución de su función sistólica. Estas alteraciones eran reversibles tardando hasta una semana en recuperarse. Sin embargo, el ventrículo izquierdo no sufría estos problemas.

El motivo de estos cambios es que en deportistas durante un esfuerzo físico intenso y prolongado, la presión sistólica de la arteria pulmonar que es normal hasta 35 mm Hg. puede aumentar a 60-80 mm Hg. y el ventrículo derecho se fatiga para luchar ante esas altas y persistentes presiones, porque no está preparado para ello; sin embargo el ventrículo izquierdo no sufre tantas alteraciones porque está capacitado para trabajar contra presiones elevadas.

También encontraron que tras carreras de larga distancia, en las análiti-

cas de sangre aumentaban los niveles de los marcadores de daño miocárdico y que era más frecuente cuando había las comentadas alteraciones en el ventrículo derecho.

Por otra parte examinaron a deportistas que tenían arritmias ventriculares desde extrasístoles hasta taquicardia ventricular y hallaron que en más del 80% de los casos la procedencia de estas arritmias era del ventrículo derecho.

Así mismo en estudios de resonancia magnética con gadolínico comparando deportistas con sedentarios, se vio que los deportistas tenían con más frecuencia realce tardío de gadolínico que los sedentarios y esto indicaría fibrosis y aparecía en unas zonas del tabique interventricular donde se refleja tensión en el ventrículo derecho y en estas zonas de fibrosis es donde probablemente estaría el sustrato de las arritmias ventriculares.

Se piensa que al realizar estas carreras de forma repetida, en algunos atletas por causas genéticas o por otros motivos, aumenta la posibilidad de alteración del ventrículo derecho y hay más probabilidad de fibrosis miocárdica que podría ocasionar taquicardias ventriculares que llevarían a síntomas graves e incluso muerte súbita.

A finales de febrero de 2016 los estudios continúan para terminar de aclarar estos problemas. ■



Reserva ahora tus vacaciones

5% descuento Especial Colegio Médicos de Asturias

www.viajeseroski.es
www.escaparataviajes.es

EROSKI viajes

¿Sueñas? ¡Vuela!



Dr. Jaime Álvarez-Buylla Menéndez

«Curar a una persona da una sensación de armonía interior que no se puede explicar»

DATOS PERSONALES

Nace en Oviedo.

Estudió en el Colegio Loyola y en el Colegio Fruela.

Estudió Medicina en la Universidad de Valladolid.

Traumatólogo y rehabilitador, fue director del Centro de Rehabilitación del HUCA durante los años 1963 a 1983.

Es presidente de la Sociedad Filarmónica de Oviedo.

Se define como un apasionado de las letras “me gusta escribirlo todo”, de la medicina y de la música.

Hablamos con el Dr. Jaime Álvarez-Buylla Menéndez.

—Breve ficha personal.

—Nací en Oviedo y mi vida siempre estuvo ligada a la calle Cabo Noval. Estudié en el Colegio Loyola y continué mi formación en el Colegio Fruela, ubicado en la Calle Cimadevilla, 19 en el que nos preparaban para el examen de Estado. Estudié Medicina en la Universidad de Valladolid durante los años 1948-1954. Fueron unos años fantásticos. Éramos todos amigos y seguimos siéndolo. Un compañero de promoción al que recuerdo con cariño es Félix Rodríguez de la Fuente, una persona excepcional que destacaba en todo por su bondad y sabiduría. También a Tomás Caro, José Manuel Antuña y a otros muchos que ya han fallecido.

—**¿Cómo era Valladolid en aquellos años?**

—Una ciudad armoniosa que te permitía dominarla. Vivía junto a otros sesenta asturianos en la pensión de la Calle Teresa Gil. De aquellos años de estudiante recuerdo con mucho afecto a los profesores Misael Bañuelos, que impartía Patología Médica; Rafael Vara, que enseñaba Patología Quirúrgica, César Fernández Ruiz, Ginecología, entre otros. Nos enseñaban mucha Patología General y Patología Médica, que son asignaturas tronco de la Medicina.

—**¿Cuándo comenzó a poner en práctica la teoría que aprendían en la Facultad?**

—Durante los veranos trabajábamos en el Hospital que estaba en el Orfanato Minero. Unos compañeros iban al servicio del Dr. Francisco García, otros al del Dr. Plácido Buylla o del Dr. Joaquín García Morán. Había mucho compañerismo y ganas de aprender y teníamos muy buenos docentes. El 21 de febrero del año 1937 las fuerzas que cercaban Oviedo atacaron la ciudad, que se defendió. En el ataque destruyeron el Hospital que estaba en Llamaquique y al que se accedía por la calle Santa Susana. Una vez que se terminó el asedio a Oviedo las autoridades decidieron que la asistencia sanitaria pasara al Orfanato Minero y posteriormente se empezó a construir la Residencia Sanitaria como Hospital de beneficencia que la hizo el más famoso arquitecto de aquella época que se llamaba Fernando García Mercadal. La estructura del edificio la diseñó el ingeniero Ildefonso Sánchez del Río.

—**¿Desde siempre quiso ser médico?**

—Sí. Desde niño. Me incliné por la Medicina porque era ahijado de Antonio Fernández Getino, que fue discípulo de Cajal y un hombre tremendamente bueno. Creó el sanatorio Getino, que estaba en la esquina

de Asturias con Toreno, un edificio precioso del arquitecto Laguardia.

—**¿Cuándo surge su interés por la música?**

—Precisamente en casa de mis padrinos, el Dr. Getino y su mujer, Honorina García, que no tenían hijos. En su casa había una pianola y empecé a tocar el piano y estudiar solfeo con las hermanas Abreuñedo. Mi profesora de piano fue Ángeles Abreuñedo y su hermana Adelina, directora del Conservatorio. Mi afición por la música es algo que es innato en mi persona desde pequeño. En el año 1964 entré de vocal en la Sociedad Filarmónica de Oviedo y soy presidente desde 1998.

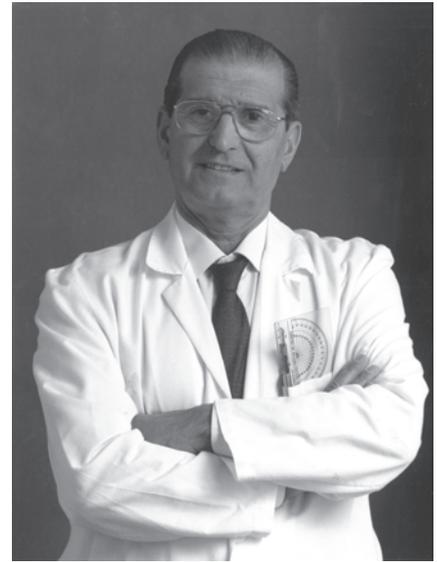
—**¿Cómo fueron sus primeros pasos como médico?**

—Empecé a trabajar en San Claudio, sustituyendo a un compañero que tenía a su madre enferma. Posteriormente fui a Madrid a la Clínica del Trabajo a aprender traumatología, rehabilitación. Allí iban los accidentados en el Valle de los Caídos. Tuve una enseñanza muy importante de médicos asturianos que trabajaban en la Clínica y que nos enseñaban muchísimas cosas. Pedí el traslado a Oviedo y empecé a trabajar en el Centro de Rehabilitación de la Residencia Nuestra Señora de Covadonga. Durante los años 1963 a 1983 fui director del Centro de Rehabilitación y posteriormente hice oposiciones para ser jefe del Departamento de Rehabilitación. Me gustaba mucho cómo operaban Enrique Ojanguren, Manuel Álvarez-Buylla, Alfredo Blanco y Juan Cabeza, entre otros.

—**¿Qué le ha aportado como persona su profesión de médico?**

—El ejercicio de la medicina me lo ha dado todo. Curar a una persona da una sensación de armonía interior que no se puede explicar.

—**¿Cómo ve la medicina actual?**

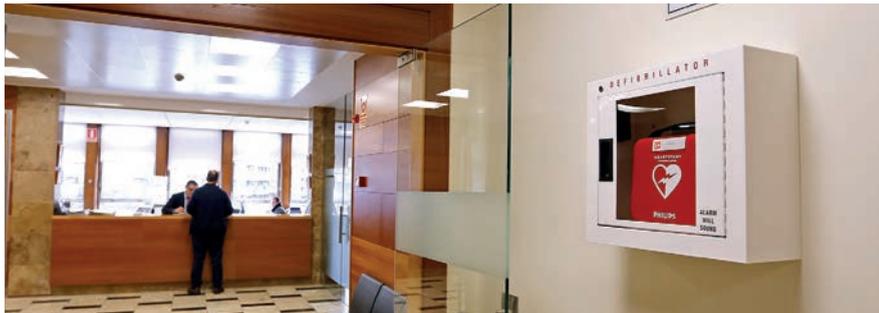


—Es muy diferente a la de la época en la que ejercí. Ahora hay una superespecialización. Hay médicos que de una parte del cuerpo lo saben todo, pero nada más que de eso. Los médicos de mi época teníamos una visión médica más general. Pienso que la superespecialización es muy buena para el paciente y la sociedad. Ahora se opera del corazón. Eso antes era impensable. Muchos de mis profesores no darían crédito a los avances médicos de hoy en día.

—**¿Qué idea le gustaría añadir a esta entrevista?**

—No quisiera finalizar sin pedir a nuestros gobernantes que tengan en cuenta la cantidad de recuerdos que hay en los Hospitales asturianos que se han cerrado. Muchos forman parte de la historia de la ciudad y de la historia de la medicina. Me refiero al monumento al Dr. Clavería, en el antiguo HUCA, a las magníficas placas de mármol dedicadas a los Dres. Francisco García Díaz, Joaquín García Morán y Plácido Álvarez-Buylla y también a la placa en memoria del Dr. Luis Estrada que está ubicada en el Salón de Sesiones de la Residencia. Es algo que no puede ser demolido porque entonces, de suceder, el corazón humano no tendría memoria. ■

El Colegio de Médicos de Asturias, ESPACIO CARDIOPROTEGIDO



El Colegio de Médicos de Asturias se ha convertido en espacio cardioprotegido tras instalar en cada una de sus sedes (Oviedo, Gijón y Avilés) un desfibrilador externo semiautomático para uso por personal no médico. Estos aparatos son de fácil manejo y pueden significar la

salvación para una persona que haya sufrido una parada cardíaca.

El personal no médico de las tres sedes realizó el Curso de Soporte Vital Básico y Desfibrilación Externa Semiautomática que fue impartido por la Fundación Médicos Asturias. Las sesiones consistieron en plantear

cómo se realizan las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar Básica y el manejo de estos dispositivos. Todo con el fin de estar preparados para actuar eficientemente ante una eventual parada cardíaca, mientras se da tiempo a que los equipos de urgencia puedan llegar al lugar y prestar atenciones más especializadas.

Con esta medida el Colegio de Médicos de Asturias contribuye a aumentar el número de personas con capacidad para reconocer una parada cardiorrespiratoria, iniciar las medidas de soporte vital básico y solicitar ayuda a los servicios de emergencia, además de dotar a sus sedes de un desfibrilador, una herramienta esencial en la primera atención de un paciente en paro cardíaco.

Renovación del acuerdo con el Igalatorio Médico Quirúrgico



El Colegio de Médicos ha renovado el acuerdo de colaboración suscrito en 2015 con el Igualatorio Médico Quirúrgico, IMQ, que incluye una oferta especial para los médicos colegiados en Asturias.

Asegurados hasta 65 años.

IMQ Salud Plus (30,25 euros persona/mes).

IMQ Salud Élite (43,05 euros persona/mes).

Asegurados de 66 a 70 años

IMQ Salud Plus (60,17 euros persona/mes).

IMQ Salud Élite (95,14 euros persona/mes).

Asegurados a partir de 71 años

IMQ Salud Esencial (39,69 euros persona/mes).

IMQ SALUD ESENCIAL: Urgencias, Consultas Médicas (ATS excluido) y pruebas diagnósticas de uso habitual (análisis, radiografías, ecografías, electro, endoscopias).

IMQ SALUD PLUS: Urgencias, Consultas médicas, pruebas diagnósticas de uso habitual, pruebas diagnósticas de alta tecnología (Scanner, Angio Tac, Resonancia Magnética, etc.), y fisioterapia (20 sesiones al año).

IMQ SALUD ÉLITE: Consultas médicas, todo tipo de pruebas diagnósticas, rehabilitación y fisioterapia, psicoterapia, podología, urgencias hospitalarias, atención domiciliaria, ingresos médicos, intervenciones quirúrgicas y tratamientos especiales, entre otros.

Más información en la página web del Colegio. www.comast.es



Ante las agresiones a sanitarios, tolerancia cero

Las agresiones a médicos aumentan en Asturias. En 2015 se registraron 14 agresiones del total de 361 que se produjeron en todo el país. El presidente del Colegio de Médicos de Asturias, Dr. Alejandro Braña y el secretario, Francisco Fernández-Guisasola, comparecieron en rueda de prensa el pasado 16 de marzo con motivo de la celebración del día Nacional contra las agresiones a profesionales sanitarios que este año giró en torno al tema “Ante las agresiones a sanitarios, tolerancia cero”. En el transcurso del encuentro con los medios de comunicación presentaron las conclusiones del estudio realizado por el Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos del que destaca que en el último quinquenio hubo 62 agresiones a médicos en Asturias mientras que en España la cifra se situó en 2.419 ataques a médicos realizados tanto por parte de pacientes como de familiares.

La mayoría de los médicos agredidos (64%) eran mujeres y por eda-



Se presentaron las conclusiones del estudio realizado por el Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos.

des, los grupos de mayor riesgo están comprendidos entre los 35 y 55 años para los hombres y de 35 a 45 para las mujeres.

El presidente del Colegio de Médicos animó a los profesionales que se vean inmersos en situaciones de este tipo a denunciar. “Es un problema que se debe hacer público”, indicó, consciente de que en muchos casos

“no se denuncia por miedo o para no perjudicar a los pacientes”.

El Dr. Alejandro Braña recordó que las agresiones, “además de un problema de violencia en sí mismo, conllevan un deterioro de la relación de confianza médico-paciente, fundamental en esa relación y repercuten gravemente en la salud y calidad de vida del profesional agredido”.


ovida
 Siempre cuidando de tí. Siempre a tu lado.
 Centro de Recuperación Funcional
 Centro de día • Rehabilitación Ambulatoria •
 Unidad de recuperación
 Telf: 984 289 330 www.ovida.es info@ovida.es

Guía sencilla y práctica para realizar la Validación Periódica de la Colegiación

El Colegio de Médicos de Asturias ha puesto en marcha el proceso para implantar entre sus colegiados la Validación Periódica de la Colegiación, 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 ejercer como médico. Una recertificación que la Unión Europea elevará a obligatoria a partir del próximo año 2017, por lo que la Organización Médica Colegial ha establecido la exigencia de que se cumplimente a lo largo del presente año 2016.



PROCEDIMIENTO

Antes de solicitar en el Colegio de Médicos la Validación Periódica de la Colegiación es necesario solicitar 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 la Mutua emite tras el reconocimiento médico de empresa). Si se trabaja por cuenta ajena bastará con solicitar en la empresa un certificado de servicios prestados. Si solo se trabaja por cuenta propia será necesario tener algún documento que lo justifique como el alta en el IAE, recibo de RETA, etc.

Una vez se tengan estos documentos se podrán aportar al Colegio, para realizar el trámite desde las oficinas o lo podrá hacer el médico interesado siguiendo estos pasos:

1- Entrar en el apartado VPC de la web:

www.comast.es indicar el número de colegiado y la contraseña facilitada por el Colegio.

vpc.cgcomast.es con el DNI electrónico en el apartado Asturias.

2- Entrar en el punto primero: "Trámite de Buena Praxis" y pulsar en "Enviar".

3- Entrar en el punto segundo: "Valoración de la salud" y:
Subir el PDF del certificado médico

o marcar que se hace llegar al Colegio en papel y pulsar "enviar".

Acceder al formulario del Compromiso de Estado de Salud y pulsar en "apto".

4- Entrar en el punto tercero: "Empleador" y:

-Si solo se tiene ejercicio **PRIVADO**: subir uno de estos documentos escaneados:

-Si es previo a 1995: el documento de alta en el IAE.

-Si es posterior a 1995: el último recibo del RETA o de MUTUALMEDICA o documento acreditativo similar.

-Si se tiene ejercicio **POR CUENTA AJENA** (o mixto): subir escaneado un "Certificado de Servicios Prestados" emitido por la empresa.

Una vez finalizados estos tres trámites solo queda pulsar en "enviar solicitud" y ya está completada toda la información necesaria para obtener el certificado de Validación Periódica de la Colegiación.

Estos trámites también se pueden realizar directamente en las oficinas de Avilés, Gijón y Oviedo del Colegio de Médicos de Asturias.

PREMIO

a una trayectoria académica Carmen Rocío Corzo



La mierense Carmen Rocío Corzo, de 24 años de edad, recibió el pasado mes de enero el Premio Severo Ochoa de la Facultad de Medicina de mano del Dr. Faustino Pozo, miembro de la junta de Gobierno del Colegio de Médicos de Asturias. El Premio se enmarcó dentro de los actos organizados por la Universidad de Oviedo para conmemorar la festividad de Santo Tomás de Aquino.

Vicente Gotor, rector de la Universidad de Oviedo, presidió la festividad de Santo Tomás de Aquino y la entrega de premios a los alumnos universitarios con un expediente más brillante. En total hubo 65 nominaciones para jóvenes con un expediente muy destacado.

Carmen Rocío Corzo asegura que recibir el Premio “fue una alegría y una gran recompensa a todo el esfuerzo y trabajo realizado durante estos años”. Aunque aún no sabe por qué especialidad se decantará “intentará optar por una que sea médico-quirúrgica que tenga salida”.

Le gustaría optar a una plaza en Asturias, aunque es consciente de que “muchos compañeros que tienen buenos expedientes se van a trabajar a grandes Hospitales de Madrid y Barcelona”.

Cree que en la actualidad, los pacientes “empezamos a ser números debido a que hay que medir mucho el dinero y el presupuesto”.



CASA ROSINA

Cocina tradicional de temporada con productos de cercanía.

- Bacalau Dña. Rosina
- Cebolles rellenes
- Calamares encebollaos
- Pescaos al fornu
- Llechazu
- Postres caseros

*Terraza y Aparcamiento priváu · Menú de martes a viernes 15€
Pesllamos los llunes*

Santana d' Abuli · Tel: 985 28 90 41 · 33010 · Uviéu

EXAMEN MIR 2015: Curso MIR Asturias



El pasado mes de febrero se realizó el último examen **MIR 2015** con un grado de dificultad parecido al MIR 2014. Treinta de las preguntas eran casos clínicos vinculados a 30 imágenes diagnósticas (a diferencia de los años anteriores, no había preguntas encadenadas, cada caso tenía su propia imagen). Trece de esas preguntas vinculadas a imágenes tenían un índice de dificultad muy elevado. Por primera vez, las preguntas tenían solo cuatro opciones de respuesta, y se usó una plantilla de respuestas del examen que permitiese su lectura posterior por un escáner. En cuanto al número de preguntas por especialidad, disminuyeron las preguntas de preventiva y bioestadística,

16 frente a 23 el años previo y aumentaron las preguntas de comunicación, seis frente a una en el anterior MIR. Además, fue muy comentada una pregunta que hacía referencia a las redes sociales.

Paula Jiménez Fonseca, coordinadora del Curso MIR Asturias, indica que “hemos realizado un análisis psicométrico de las preguntas del MIR 2015, como hacemos con los simulacros que realizan cada sábado nuestros alumnos. Según este, el 6,3%, 15 de las preguntas, no tienen buena calidad psicométrica, cuatro porque no discriminan y 11 porque discriminan poco. Se entiende que una pregunta no discrimina cuando los alumnos con mejores resultados en el examen

las fallan con mayor probabilidad que aquellos con resultados no tan buenos, es decir, aquellas preguntas que cuanto más sabes más probabilidad tienes de fallar. Esto indica que el 93,6% de las preguntas tienen buena calidad para discriminar y que el MIR, en definitiva, es una prueba objetiva y de calidad que permite ordenar a los médicos en base al nivel de conocimiento demostrado en el examen”. ■



Hijo Adoptivo de Candamo



La alcaldesa, Natalia Rodríguez, entrega el diploma al Dr. Ramón Alonso.

El Dr. Ramón Alonso Díaz recibió el pasado mes de febrero un homenaje en el Ayuntamiento de Candamo en reconocimiento a sus 38 años de ejercicio profesional en San Román en el que se le nombró Hijo Adoptivo del concejo por todas las cualidades personales y humanas y por los servicios prestados de manera sobresaliente en el ámbito de la sanidad y en beneficio del interés público, según aprobó la Corporación por unanimidad. La alcaldesa, Natalia González, destacó la capacidad de este doctor para “curar física y emocionalmente”.

Una vez concluida la sesión, el público que asistió al homenaje se trasladó a San Román, al centro de salud, donde se inauguró una calle que lleva el nombre del Dr. Ramón Alonso Díaz.

Los MIR del Valle del Nalón crean una página web

Los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria del Área VIII de Asturias han creado una página web, www.mirlangreo.es, que se presentó de modo oficial en el Hospital Valle Nalón el pasado mes de febrero. David Fernández Gonzalo, uno de los médicos implicados en esta iniciativa, indicó que “es una página de residentes, pero está tan llena de posibilidades que su interés se extiende a cualquier profesional médico”.

Todo empezó en el 2013 con la creación inicial de un blog, que servía de comunicación entre los residentes y tutores, además de ser un calendario actualizado “online” de guardias, cursos..., y un lugar donde “colgar” sesiones clínicas,

material docente de calidad y noticias de interés.

Este año ha nacido este nuevo portal web, un proyecto en la misma línea, pero mucho más ambicioso. “Lo que se pretende es llegar a más residentes y permitir a aquellos que estén interesados en aportar material de interés que lo puedan hacer”, afirmó David Fernández. La web mantiene los contenidos del blog y añade otros más útiles y a veces arriesgados, además de estar conectada con redes sociales y youtube.

La página es muy intuitiva y de fácil manejo. Hay varias secciones, entre ellas, una destinada a “DOCENCIA” con sesiones clínicas,

guías de práctica clínica, artículos..., una sección de “GALERIA DE IMÁGENES”, que es una base de datos dinámica de imágenes radiológicas, electrocardiogramas, lesiones dermatológicas..., un área destinada a “CASOS CLINICOS”, una zona donde diagnosticar y discutir casos o imágenes llamada “LA PULIDORA”....

El único requisito para entrar en la página es registrarse con un correo electrónico. Animamos desde esta revista a todos los médicos, residentes y adjuntos, a participar en esta interesante aventura, esta nueva web que crecerá nutriéndose de nuestra curiosidad, nuestros conocimientos y nuestras aportaciones.



RENAULT
Passion for life



Renault TALISMAN

Siente el control



Disfruta la agilidad y la seguridad de conducción de Renault TALISMAN con el sistema de cuatro ruedas directrices **4CONTROL**.[®]

Gama Renault Talisman: consumo mixto (l/100km) desde 3,6 hasta 5,8. Emisiones CO₂ (g/km) desde 95 hasta 130.

Renault recomienda 

  renault.es

NORTE MOTOR

Ctra. AS-II nº 1853. Tel. 985 168 264. GIJÓN www.renaultgijon.com

URÍA MOTOR, S.L.

C/ Holanda, 7. Pol. Espíritu Santo. Tel. 985 791 727. OVIEDO www.renaultoviedo.com



«El médico que ha sufrido una agresión debería contar con el apoyo de sus superiores y de sus compañeros»

El Dr. Andrés Martínez Cordero es licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza y funcionario por oposición al Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria, con destino actual en el centro penitenciario de Villabona (Asturias). Es, además, doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Oviedo, licenciado en Odontología por la Universidad de Oviedo y especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

—¿Qué ideas intentará transmitir en el curso *Manejo del paciente agresivo y/o violento* que impartirá en el Colegio de Médicos de Asturias el próximo mes de mayo?

—En primer lugar quiero transmitir el concepto de “Tolerancia Cero” ante este tipo de comportamientos por parte de nuestros pacientes o sus acompañantes. De tal forma, que se deberían denunciar estas situaciones para que no les salgan gratis a los agresores.

Pero el grueso del curso va en la línea preventiva. Es decir, vamos a utilizar habilidades de relación para rebajar la carga de agresividad de este tipo de pacientes y reconducir su comportamiento, de tal forma que no lleguen a producirse esas agresiones.

—¿Qué se entiende por paciente violento?

—Se entiende por paciente violento y/o agresivo aquel paciente que en su relación con el médico manifiesta comportamientos hostiles que pueden ir desde insultos o coacciones hasta la agresión física.

—¿Hay señales que permitan reconocer al paciente violento?

—Durante la entrevista con un paciente agresivo, el médico debe estar atento a la aparición de señales que le indiquen una posible e inminente agresión física. Entre estos “signos de alarma” destacamos un tono amenazante o provocador, aumento de la tensión muscular, deambulación sin sentido, mirada desafiante o golpes contra el mobiliario entre otros.

—¿Qué estrategias tiene a su alcance el médico para reconocer situaciones de riesgo de agresión por parte de un paciente?

—En muchas ocasiones la conducta agresiva se produce en pacientes de forma secundaria a una patología orgánica o psiquiátrica. En estos casos, suele ser fácilmente reconocible y asumible por el profesional. Lo preocupante es cuando estos comportamientos violentos hacia el sanitario se llevan a cabo por personas que pueden ser pacientes o acompañan-

tes; pero sin que tengan relación con la enfermedad padecida. Estas conductas suelen ser fruto de problemas paramédicos, ya sea por la tensión generada por las largas listas de espera, por la no aceptación del error médico o del diagnóstico ofrecido, o por intentar conseguir determinados fármacos o bajas laborales no justificadas, entre otros motivos. En estos casos, es difícil de prever y nos encontramos a una persona enfadada que poco a poco va incrementando su agresividad. En este curso se mostrarán técnicas que intentan rebajar la hostilidad del paciente.

—¿Tienen en la actualidad consecuencias para los agresores las agresiones a personal sanitario?

—Durante años han ido aumentando el número de agresiones al personal sanitario sin que estos hechos tuvieran consecuencias legales. El colectivo sanitario se ha ido movilizándolo con apoyo de la Organización Médica Colegial y de los Sindicatos, instando a un cambio del marco legislativo. En 2015 se modificaron los artículos 550 y 551 del Código Penal para recoger de forma expresa las agresiones a sanitarios en el ejercicio de sus funciones como delito de atentado; lo que conlleva penas de cárcel para los agresores.

—¿Qué pasos tiene que seguir el médico que haya sufrido una agresión por parte de un paciente?

—El médico agredido deberá recibir asistencia sanitaria y recabar un parte de lesiones si procede. Se adjuntarán otros documentos (fotos, partes, informes,...), datos que identifiquen al agresor; así como declaraciones de testigos ya sean pacientes o compañeros de trabajo. Posteriormente, se realizará la denuncia ante los cuerpos policiales o el juzgado de guardia. Pero además habrá que comunicar los hechos por escrito a nuestro superior jerárquico e informar al Colegio de Médicos, el cual prestará asistencia letrada.

—¿Han aumentado las agresiones a personal médico?

—La Organización Médica Colegial ha creado un Observatorio de Agresiones. Se estima que se denuncian menos del 20% de las agresiones. Pero además, aquellas que se han venido denunciando acaban siendo etiquetadas en su mayor parte como faltas y en algunos casos como delitos de lesiones; y las penas serán excesivamente benévolas. Esto ha ocasionado durante años un incremento progresivo de agresiones a sanitarios.

Las movilizaciones de médicos y enfermeros intentaban que esas agresiones fueran consideradas como delito de atentado para que así esas conductas violentas recibieran un castigo más acorde con su comportamiento. Legalmente el delito de atentado se aplica cuando las agresiones van dirigidas a

autoridades o a funcionarios públicos y la mayoría de los sanitarios no tienen esa consideración. No obstante la jurisprudencia del Tribunal Supremo a partir de 1982 definió que el bien a proteger era el principio de autoridad que tienen los sanitarios cuando ejercen su función pública y el ministerio fiscal a partir de 2006 comenzó a considerar a los sanitarios como funcionarios a efectos penales. De esta forma se puede apreciar como comienza un descenso de las agresiones a los sanitarios. Por último, en 2015 se produce el cambio legislativo tan reivindicado con la modificación de los artículos 550 y 551 que explícitamente consideran delito de atentado las agresiones sufridas por el personal sanitario.

—¿Cuentan los médicos que han sufrido casos de agresiones con el apoyo del centro en el que trabajan?

—El médico que ha sufrido una agresión debería contar con el apoyo de sus superiores y de sus compañeros. Un paciente que agrede a un médico, no tiene por qué seguir siendo atendido por ese facultativo. Existen mecanismos y deben utilizarse para adjudicar ese paciente a otro sanitario. Además, es importante que el paciente que ha obrado mal sepa que todo el colectivo sanitario reprocha estos hechos y que sin embargo no van a dejar de prestarle asistencia. ■



Hay muchas maneras de cuidar nuestra audición,

afortunadamente en Oviedo contamos con **Fonacústica**.





C/ San Juan, 8 OVIEDO • Tlf. 984 704 099

5 años de garantía
3 años de seguro contra robo y pérdida
Financiación a su medida

Prueba de audífonos sin compromiso

PRECIOS ESPECIALES PARA COLEGIADOS Y FAMILIARES DIRECTOS

TERAPIA DE ACÚFENOS • LOGOPEDIA • ESTUDIO AUDIOLÓGICO COMPLETO • ACCESORIOS • AYUDAS TÉCNICAS ACUFENOMETRÍAS • PILAS • TAPONES A MEDIDA PARA BAÑO ANTIRRUIDO CAZADOR MÚSICO



QUERER ES PODER

Dr. José María Fernández Rodríguez

Medicina Interna.

Mi afición por el fútbol empezó muy pronto, ya con dos o tres años empecé con mis primeros pinitos, no había día que no pidiese a mi padre que jugásemos un rato, y desde entonces el balón es un “mueble” más en mi habitación donde nunca podía faltar y al que tanto mis amigos y yo le dábamos el máximo uso posible siempre que nuestros estudios nos lo permitían.

Con diez años comencé a competir tras unas pruebas con más de mil niños en el antiguo Carlos Tarterie, fichando por el Alevín A del Real Oviedo, cuyo primer equipo estaba entonces en primera división. Fui pasando por todas las categorías inferiores de este Club y a la vez avanzando en mis estudios. Recuerdo que aunque no me lo hubiesen expresado muchas veces tenía claro que mis padres no me dejarían seguir jugando

si decaía en ellos. Por aquel entonces ya sabía que quería ser médico. Todo ello hizo que se concentraran todas mis energías en compatibilizar ambas cosas, mis dos mayores ilusiones, aprovechando al máximo mis horas o días sin entrenamiento e incluso los trayectos en los que estaba en el autobús con mis otros compañeros de equipo camino del entrenamiento, para estudiar. Pasaban los años, los cursos, y las distintas categorías dentro del fútbol aficionado y mis ganas por compaginar ambas cosas no disminuían sino que iban en aumento.

Llegué a mi mayoría de edad y el reto aún era mayor. Empezaba una carrera universitaria, medicina y jugaba por segundo año en la máxima categoría juvenil del momento, de tal manera que cada quince días tenía que viajar fuera de la región, pernoctar en hoteles, con las horas en teoría muertas que eso suponía. Decidí probar al máximo mi capacidad de concentración y no me decepcionó. Conseguí aprovechar todos estos momentos para aplicarme en tareas como la anatomía, bioquímica, fisiología etc... Si ya no tenía bastante, al año siguiente en segundo de medicina fiché por el Caudal Deportivo de segunda B, donde estuve dos temporadas. Era una categoría semi-profesional y llegó una vuelta de tuerca más, entrenamientos mañana y tarde muchos de los días teniendo que entrenar en Mieres por la mañana, llegando tarde a clase, ir a prácticas después y vuelta a la Cuenca para entrenar; y los viajes ya no solo eran en autobús. Teníamos que viajar a las islas Canarias, añadiéndole a lo anterior múltiples vuelos, pero decidí mantener mi método y motivación, consiguiendo no pasar apuros con los exámenes.

A los 21 años fiché por el Universidad de Oviedo, permaneciendo en este Club doce años, jugando en Tercera División y Segunda B, ganando seis campeonatos de España

de fútbol universitario; compaginándolo todo ello con terminar mis estudios universitarios, realizar los cursos de doctorado, la “tesina”, y comenzar a trabajar como residente en Medicina Interna en el antiguo HUCA. Durante mis años en este Club me ocurrieron mis anécdotas más curiosas, y en los que comprobé que mi afán por seguir compatibilizando mis dos máximas pasiones estaba intacto. Algunas de ellas son estas:

Hice el MIR sin perderme un día de entrenamiento, entrenando los sábados, comiendo un bocado a la carrera y llegando al simulacro; en el examen saqué el número que necesitaba para realizar la especialidad que deseaba y donde quería.

Comencé la residencia y, debido a las guardias que tenía los fines de semana, tenía que tratar de hacer múltiples cambios para poder jugar los domingos.

Subimos a segunda B y muchas veces tenía guardia y la hora del cambio no me permitía ir en autobús con mis compañeros, por lo que según salía de la misma, independientemente de mis horas de sueño, cogía mi propio coche para ir a Sestao, Bilbao, etc. y jugar.

Ir a un Congreso, coger un avión para venir a jugar y volver al Congreso.

Saqué mis oposiciones y mi plaza actual en Cangas del Narcea y la preparación final para las mismas las realicé en un hotel en Granada mientras jugábamos el Campeonato de España Universitario.

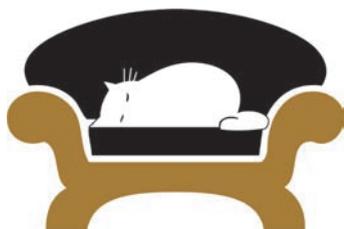
Dando un paso atrás en este relato, trabajé desde el año 2004 al 2009 como residente de Medicina Interna en el HUCA, y desde el día siguiente en que finalice esta en el Hospital Carmen y Severo Ochoa, donde tengo mi plaza en propiedad, hasta el día de hoy. Todo esto lo he podido hacer posible gracias a la inestimable colaboración de mis compañeros, allí donde trabajé durante estos años.

Los años pasan para todos y mis años en el equipo de la Universidad de Oviedo finalizaron y desde entonces pasé por equipos como el CD Cudillero, CD Covadonga y desde este año en el CD Tineo, en su primer año en tercera división. Este equipo tiene además la peculiaridad que pertenece al área sanitaria donde yo trabajo, el área II. Esto lleva a múltiples situaciones curiosas, desde estar calentando para un partido y colocarse un paciente, detrás de mi portería (porque no lo he dicho, soy portero) y decirme qué tiene que hacer porque

no le acaban de llamar a la consulta conmigo; esperar para saltar al campo y venirme la mujer de un paciente para comentarme que su marido tiene consulta conmigo cinco días después y preguntarme qué papeles tienen que llevarme ese día; estar entrenando y llevarme el hijo de un paciente un reciente informe hecho por mí, para ver qué otro tratamiento le puedo dar a su progenitor para la DM que ese le “sentó” mal; por no decir cada vez que doy una vuelta por Tineo o Cangas las dificultades que tengo para pagar mi consumición.

Ya para despedirme, si mi situación deportiva es la que comenté la profesional aún está más cargada. Soy adjunto de Medicina Interna en el hospital de Cangas del Narcea, tengo una consulta de Patología Cardíaca crónica donde me dedico principalmente a la Insuficiencia Cardíaca y el RCV. Estoy dando formación en estos temas a muchos compañeros, participando en ensayos clínicos y en otros estudios y recientemente fui nombrado presidente de la Sociedad Asturiana de Medicina Interna (SAMIN).

Hasta cuándo todo, esto no lo sé. Quizás hasta que me abandone el físico y la ilusión que de momento no lo ha hecho... y, si me permiten un mensaje: “QUERER ES PODER...” ■



Confortarte

Alquiler de alojamientos por días
En el centro de Oviedo

Viajando como en casa

Yolanda Martínez

M.: 696 990 129

info@confortarte.es

www.confortarte.es



XV Semana Médica

¡¡TE ESPERAMOS!!

Ya hemos comenzado a preparar los actos de la XV Semana Médica, que se celebrará del 20 al 24 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.



XIV CONCURSO DE PINTURA Y XV CONCURSO DE FOTOGRAFÍA COLEGIO DE MÉDICOS DE ASTURIAS

El Colegio de Médicos de Asturias ha organizado el XIV concurso de Pintura y el XV concurso de Fotografía en Blanco y Negro y Color. Los premios están dotados de 600 euros cada uno. Podrán participar los médicos pertenecientes al Colegio de Médicos de Asturias y familiares en primer grado. Los premios se entregarán en el transcurso de la festividad de la patrona, Nuestra Señora del Perpetuo Socorro.

Más información www.comast.es



III CONCURSO DE TRABAJOS CORTOS DE INVESTIGACIÓN EN HISTORIA DE LA MEDICINA DE ASTURIAS

Como novedad en esta III edición, la participación en el concurso es libre y podrá presentarse cualquier persona interesada.

El Colegio de Médicos de Asturias ha convocado el III concurso literario de Trabajos Cortos de Investigación que ahonden en temas concretos de la historia de la medicina en Asturias o en hechos o personas relacionados con el Colegio Oficial de Médicos de Asturias. Como novedad en esta III edición, la participación en el concurso es libre y podrá presentarse cualquier persona interesada.

El plazo límite de presentación de trabajos finaliza el 31 de mayo de 2016. Se establece un único premio consistente en diploma y 1.000 euros en metálico. El jurado del concurso estará formado por personas de reconocido prestigio y la entrega de premios se realizará en el transcurso de un acto público.

Más información www.comast.es

La Legión 501st

o cómo una afición se puede transformar en una actividad solidaria

Dr. Luis Jiménez Treviño

Psiquiatra.



En ocasiones, la vocación por ayudar a los demás y colaborar con causas solidarias aparece en nuestras vidas de la forma más insospechada, incluso me atrevería a decir que de forma estrafalaria.

Este ha sido mi caso al enrolarme en el proyecto de la Legión 501st, una organización internacional de fans de *Star Wars* que se dedica a la solidaridad bajo el lema: “los chicos malos haciendo obras buenas” (sólo se admiten personajes del Lado Oscuro).

Mis inicios en el mundo de *Star Wars* se remontan a la más tierna infancia, cuando se estrenó *La Guerra de las Galaxias* en el cine. Recuerdo haber ido a ver la película en Navidad, acompañado de mi hermano mayor y

mis primos, coincidiendo con la reunión navideña de toda la familia en la casa de mis abuelos en Madrid.

En aquella época ir al cine era todo un acontecimiento para un niño pequeño, con lo cual el impacto sobre una mente infantil de una película de esas características (naves espaciales, espadas láser, robots...) era muy superior a lo que puede ocurrir hoy en día con toda la oferta audiovisual que tienen nuestros hijos. A partir de ahí vinieron los muñequitos, juguetes, el álbum de cromos...y después el resto de películas que me han ido acompañando a lo largo de estos años.

A pesar de que la afición a *Star Wars* me lleva acompañando durante

tanto tiempo, la inquietud por caracterizarme como uno de los personajes de la saga es relativamente reciente. La excusa fue acompañar a mi hija en una fiesta de *Halloween*. Yo no tenía disfraz y desde hacía tiempo me rondaba por la cabeza la idea de construir una armadura de soldado imperial. Fue en ese momento cuando, navegando por las procelosas aguas de la red de redes, descubrí que yo no era el único que (a mi edad) deseaba enfundarse un traje de soldado imperial, y que además lo podía hacer por una buena causa, enrolándome en la Legión 501st.

Para los no iniciados, la Legión 501st, también conocida como *El*



Miembros de la Legión 501st visitando a los niños ingresados el Hospital San Agustín.

puño de Vader, es una organización mundial de fans de *Star Wars*, sin ánimo de lucro, que recrea con calidad cinematográfica los trajes y armaduras del bando Imperial de la saga. Fundada en 1997 en Estados Unidos, cuenta hoy en día con más de 8.000 miembros repartidos por más de 50 países. En nuestro país, la Legión

501st está presente desde el año 2004 y actualmente cuenta con más de doscientos miembros repartidos por toda la geografía nacional y una gran variedad de trajes.

Se trata del primer club de fans de *Star Wars* en España que comenzó a contribuir con organizaciones solida-

rias, de forma que en los últimos años ha unido sus fuerzas con Cruz Roja, Banco de Sangre y Tejidos, Cáritas, Banco de Alimentos, Aldeas Infantiles, la Federación de Asociaciones Para la Integración de Discapacitados Psíquicos de Asturias, Asociación Alba Pérez, Fundación Luis Olivares de Lucha contra el Cáncer infantil y otras muchas fundaciones benéficas, centradas casi siempre en ayudar a los niños más desfavorecidos. Además, la *Spanish Garrison* realiza durante todo el año visitas al ala de pediatría en hospitales de todo el territorio nacional repartiendo juguetes y tratando de arrancar sonrisas a los pequeños que más sufren.

Aparte de estas colaboraciones directas, la Legión 501st también participa en desfiles, convenciones de ciencia ficción, o misiones de tipo promocional para empresas como Movistar, Airbus, incluso las propias *Lucasfilm* y Disney nos han requerido para colaborar con ellos a cambio de una donación a alguna de las ONGs con las que colaboramos habitualmente. De hecho, La Legión 501st ha sido reconocida como el grupo de *costuming* preferido de *LucasFilm* y es la única en el mundo que cuenta con el respaldo de la productora. Tanto es así, que es reclamada en multitud de ocasiones para representarla oficialmente en sus eventos, como en el reciente estreno de la nueva película de la saga, *El Despertar de la Fuerza*. Incluso el propio George Lucas forma parte de nuestro club como miembro honorífico.

Para poder ser parte del club fueron precisos meses de trabajo de documentación, búsqueda de proveedores para conseguir las piezas de la armadura, consultas en foros en busca de consejo sobre materiales, pegamentos, técnicas de montaje y, por supuesto, de ponerme manos a la obra para dar forma y ensamblar mi armadura de soldado imperial ante el estupor de mi mujer y la admiración de mi hija de nueve años...



La Legión 501st desfilando a favor de la Federación de Asociaciones Para la Integración de Discapacitados Psíquicos de Asturias.



La Legión 501st colaborando en el Día Mundial del Donante de Sangre.

Una vez terminada la armadura (y recuperado de los diversos cortes producidos por el manejo del cúter sin los adecuados medios de protección) es preciso recibir el visto bueno del “reclutador”, quien revisa de forma exhaustiva fotos detalladas de cada pieza para comprobar que se trata de una réplica fiel a las versiones ci-

nematográficas y las envía a la central de la 501st en EEUU para conseguir el alta en la Legión.

Es el momento de enfundarse la armadura y apuntarse a alguna de las “misiones” en las que la Legión 501st participa de forma desinteresada, ya sea un photocall solidario a favor de una ONG, unas jornadas a favor de la investigación de cualquier enfermedad, promocionando la donación de sangre o, mis favoritas, visitando a los niños ingresados en la unidad de pediatría del hospital. Conseguir una sonrisa de un niño en un momento tan complicado como es la hospitalización, y que ese niño por un momento disfrute de la magia y la ilusión de tener enfrente a un personaje de *Star Wars* es el mejor premio que uno se puede llevar a casa.

Precisamente para mantener la magia intentamos no salirnos del personaje, lo cual en ocasiones implica

mantener la seriedad en momentos divertidos y durante el tiempo en que se desarrolla la misión está terminantemente prohibido quitarse el casco y que el niño vea que hay una persona “normal” dentro de esa armadura. Por esta razón da mucho más juego el bando imperial, pues los “buenos” de la película van a cara descubierta, y no es nada fácil replicar la cara de Harrison Ford por mucho que lo intentes delante del espejo. En cambio, una vez que te metes dentro de la piel de Darth Vader o de un Stormtrooper nadie va a notar la diferencia. Esto da pie a que los niños se transporten a un mundo de ciencia ficción y que te pregunten cosas como “¿volveréis a construir otra estrella de la muerte?”

Más información sobre la Legión 501st en:

www.legion501.com ■



ÚNICO
EN ASTURIAS

LÁSER CO₂
GYNELASE™

**LA SOLUCIÓN CONTRA
LAS PÉRDIDAS DE ORINA
Y LA RELAJACIÓN VAGINAL**

TRATAMIENTO NO INVASIVO, SIN INCISIONES

INTERmedic
laser & light solutions

- Incontinencia urinaria femenina moderada y leve.
- Cirugía estética vulvo-vaginal (labioplastia, perineoplastia, rediseño genital...).
- Tensado vaginal postparto.
- Blanqueamiento genital y anal.
- Atrofia vaginal.
- Lesiones genitales: masculinas y femeninas (cirugía láser en fimosis, vasectomía y frenillo).



**Clínica
Buenavista**
CENTROS GINECOLÓGICOS

T. 985 24 42 63

www.clinicabuenavista.com 

Tarta de queso



Dra. Ana Yudego Zuazubizar
Oftalmólogo.

Como en todas las familias, las tradiciones culinarias se van transmitiendo de abuelos a padres e hijos y eso exactamente me pasó a mí en mi evolución gastronómica. Nací en

Eibar (Gipúzcoa) y estudié la carrera de Medicina en la Universidad de Valladolid donde compartía piso con otras compañeras. La comida que preparábamos con más frecuencia era una comida rápida y de pocas calorías,

como ensaladas y sándwiches. Al casarme mi vida cambió también en esta faceta. Comencé a cocinar en casa y el resultado eran platos que no se podían comer, por lo que rápidamente llamé a casa de mi madre, la *amá* (mi madre era guipuzcoana) y a mi suegra, que era castellana. Y así, gracias a sus consejos fui llenando cuadernos de apuntes y comencé a cocinar platos de la cocina vasca, castellana y asturiana, que es donde vivo desde hace más de treinta años.

Mi madre fue una gran cocinera porque mi padre, que era farmacéutico en Elgoibar, suministraba medicamentos al Balneario de Alzola, de gran prestigio en aquella época por sus aguas mineromedicinales y por su exquisita gastronomía. Mis padres comían allí muchos días, de forma que enseguida trabaron una buena amistad con los propietarios del Balneario y entre todos animaron a mi madre a tomar unas lecciones de cocina que se transformaron en unos deliciosos chipirones de anzuelo rellenos en su tinta, un riquísimo consomé Reina, pescados variados.... De mi suegra aprendí a cocinar los platos típicos castellanos como cocido, sopas de ajo, carnes asadas y guisadas y un riquísimo flan.

Para que las leyes de la tradición se mantengan, hay que intentar que los hijos se involucren también en la elaboración de la comida. Cuando mis dos hijos eran pequeños pasábamos alguna tarde del fin de semana jugando y cocinando a la vez algo que a ellos les gustase, como por ejemplo, una tarta de queso a la que hoy os quiero invitar.

Receta Tarta de queso



Se deshace la gelatina de limón en 250 ml. de agua y se pone en el fuego dándole vueltas, hirviendo uno o dos minutos. Se retira y se deja enfriar (mientras se prepara la base).

Encender el horno a 180°.

Las galletas se meten en film transparente y se deshacen con un rodillo.

Se derrite la mantequilla en el microondas.

Ingredientes

2 tarrinas de queso Philadelphia de 200 gr. cada una.

1 tarrina de nata de 200 ml.

1 sobre de gelatina de limón.

Zumo de un limón.

1 taza de café llena de azúcar.

1 cucharada de azúcar vainillado.

Para la base:

25 galletas Digestive.

100 gr. de mantequilla.

Para la mermelada:

1 kg. de fruta (fresas, moras, frambuesas, arándanos, etc.).

½ kg. azúcar.

1 limón.

Se mezclan las galletas con la mantequilla derretida en una fuente de horno desmontable o en una fuente de cristal y se mete al horno caliente durante ocho minutos. Se saca y se deja enfriar.

Se bate la nata con el azúcar y el azúcar vainillado. Se mezclan en un bol las dos tarrinas de queso con la nata batida y el azúcar.

En la gelatina fría se echa el zumo del limón y se vierte en el bol.

Se bate todo con la batidora y se vierte sobre la base en el molde.

Dejar en el frigorífico 24 horas. Se desmonta y se sirve con la mermelada casera por encima.

Mermelada: poner el kilo de fruta con 1/2 kilo de azúcar y un limón bien pelado sin la parte blanca y sin pepitas y se deja macerar unas horas. A continuación se cuece media hora o más, dependiendo de la fruta. Se pasa por el pasapuré finito y se deja enfriar. ■

Nuevo BMW X1

Autosa
Cedeño, 31
Tel: 995 11 88 00
Oviedo
autosaoviedo.net/bmw.es



¿Te gusta conducir?

NUEVO BMW X1

DESCÚBRELO EN AUTOSA

Elige todo aquello que te queda por conocer, adéntrate en territorios aún sin explorar. Te presentamos el nuevo BMW X1, que combina toda la deportividad y potencia de un BMW con la funcionalidad y el amplio espacio interior que necesitas, tanto en ciudad como fuera de ella.

CONDICIONES ESPECIALES EN AUTOSA PARA COLEGIADOS



BMW EFFICIENT DYNAMICS
MENOR CONSUMO. MEJORES PRESTACIONES

Consumo promedio: desde 3,9 hasta 6,4 l/100 km. Emisiones de CO₂: desde 104 hasta 149 g/km.



Dr. José Manuel Fernández Carreira

Responsable de Calidad del Área Sanitaria III.

Mundo submarino

Hay muchas maneras de disfrutar en el mar. Pero hoy quiero contaros una que sin duda os apasionará. En Asturias tenemos más de 400 Km. de costa y aunque nuestro mar Cantábrico no es de los más tranquilos si lo comparamos con las aguas del Mediterráneo, podremos encontrar momentos para practicar algunas de las actividades más apasionantes que podéis realizar en el mar.

El buceo en apnea con gafas y tubo es la actividad más básica que puede practicar cualquier persona y que no requiere ninguna titulación o autorización específica. Puede ser una buena manera de iniciarse en el conocimiento de las actividades subacuáticas.

Otra alternativa es la pesca submarina deportiva, una práctica de interés creciente. Ya en 2008 en Asturias había registradas más de 25.000 licencias de pesca deportiva y aunque esta cifra corresponde en su mayoría a la pesca desde tierra o desde embarcación, el número de aficionados a la pesca submarina ha ido creciendo en los últimos años.

La pesca submarina está sometida a regulación específica por la Comunidad Autónoma: “Decreto 25/2006, de 15 de marzo, por el que se regula la pesca marítima de recreo en el Principado de Asturias”. En Asturias la licencia que tiene una validez de dos años puede obtenerse en el Servicio de Ordenación Pesquera

de la Consejería de Desarrollo Rural y Recursos Naturales. Para ello es necesario presentar un Certificado Médico Oficial que especifique la aptitud física para realizar esta actividad y un seguro de accidentes y responsabilidad civil que puede obtenerse a través de la Federación o en diversas entidades aseguradoras. Estos trámites se pueden realizar por Internet en la web del Principado de Asturias.

La licencia de pesca submarina autoriza, exclusivamente, la captura de 5 kg. de especies piscícolas mediante buceo en apnea no pudiendo utilizarse ningún medio de respiración bajo el agua, autónomo o semiautónomo.



Xargos en Luanco.



Una Gorgonia en Maldivas.

Aunque los permisos son generalmente válidos entre diferentes comunidades autónomas conviene asegurarse a la hora de ir a practicar esta actividad a otra comunidad. En otras comunidades pueden existir diferencias entre las especies, tallas mínimas permitidas en la captura y lugares permitidos para la actividad.

La pesca submarina es para muchos caza submarina, ya que a diferencia de otras modalidades de pesca sigue un proceso, en sus diferentes modalidades (a la espera, al acecho, a la espuma, etc) que se asemeja más a la caza en tierra. Es una actividad absolutamente respetuosa con el medio ambiente ya que el pescador responsable siempre valora la captura previamente y únicamente hace el disparo si la pieza cumple los requisitos.

La pesca submarina posee además una faceta gastronómica que no podemos olvidar en una región como la nuestra, donde el mar y los fogones mantienen un estrecho vínculo.

La tercera actividad que cuenta con un gran número de aficionados es el buceo con escafandra autónoma (con botellas). Esta actividad requiere una formación que sigue un esquema escalonado. El primer nivel otorga la categoría de buceador de una estrella B1E. La formación mínima para el buceo con botellas incluye una serie de conocimientos teóricos y la realización de prácticas estructuradas que permiten iniciarse como buceador. Es posible avanzar y obtener más estrellas, lo que permite alcanzar mayores cotas de profundidad entre otras cosas.

En Asturias contamos con la FASPA: Federación de Actividades Subacuáticas Principado de Asturias, que es una asociación filial de la Española FEDAS, que a su vez forma parte de la confederación mundial de actividades subacuáticas CMAS. La acreditación es reconocida mundialmente, así que el carné de buceador obtenido en Asturias permitirá bucear en cualquier parte del mundo. En Asturias hay 35 centros de buceo incluidos por la FASPA.

Es común que los clubes de buceo ofrezcan los bautismos de buceo, donde los buceadores experimentados acompañan, literalmente de la mano, a quien quiera conocer en primera persona la sensación del buceo con botella y decidir si continúa con la formación necesaria para obtener su acreditación.

El buceo con botella ha de realizarse obligatoriamente con compañero. Durante el buceo con botella está absolutamente prohibida la captura de cualquier especie marina.

Durante el buceo con botellas es frecuente observar motivos interesantes para fotografiar. Una buena manera de empezar es con una cámara deportiva de las que se han popularizado en estos años, siendo válida también para su uso en apnea e incluso en pesca submarina.

Es fundamental tener siempre presente que cualquiera de estas actividades debe realizarse siempre observando las normas de seguridad adecuadas. Nunca debemos olvidar que el mar no es nuestro medio y que cualquier situación que en tierra es trivial, en el mar puede representar un peligro.

Las actividades subacuáticas son una fuente inagotable de satisfacciones y proporcionan momentos donde nosotros, los profesionales médicos, podemos desconectar nuestra mente de la rutina diaria. ■

Webs recomendadas



www.faspa.org
Federación de Actividades
Subacuáticas Principado de Asturias



www.fedas.es
Federación Española
de Actividades Subacuáticas



www.cmas.org
Confédération Mondiale
des Activités Subaquatiques

www.larompiente.com

<http://www.larompiente.com>
Comunidad de Pesca Submarina
y Apnea



<http://www.clubgeas.es>
Grupo Ensidesa
de Actividades Subacuáticas



<https://goo.gl/ReGY75>
Web del Principado de Asturias
para tramitación de licencias



José Pérez Álvarez

Responsable del departamento de Gestión Fiscal Asesoría Telenti

Declaración por el Impuesto sobre la Renta del año 2015

Este año es el primero en el que se aplica la Reforma Fiscal operada por la Ley 26/2014, de 27 de noviembre. A continuación, se analizan las principales circunstancias que consideramos de interés en el cálculo del IRPF 2015.

1. Indemnizaciones laborales por despido o cese del trabajador

Aunque para la gran mayoría de los contribuyentes las indemnizaciones por despido improcedente seguirán disfrutando de la exención, como antes, hay que tener en cuenta que el importe máximo de la indemnización exenta, desde el 1 de agosto de 2014, se establece en 180.000 euros.

2. Planes de Ahorro

A los PALP el contribuyente puede aportar hasta un máximo de 5.000

euros anuales, con la ventaja de que los rendimientos del capital mobiliario que se generen estarán exentos de gravamen, siempre que las aportaciones y la rentabilidad acumulada se perciban en forma de capital y el contribuyente no realice disposición alguna de su inversión, total o parcialmente, antes de finalizar el plazo de 5 años desde la fecha de contratación.

3. Trabajos en el extranjero

Aquellos contribuyentes que hayan sido destinados al extranjero por

motivos laborales pero sigan siendo residentes en territorio español a efectos del Impuesto, podrán aplicar la exención de estos rendimientos del trabajo, con el límite de 60.100 euros, siempre que se cumplan los requisitos exigidos por la ley.

4. Imputación de los ingresos derivados de ayudas públicas

Los contribuyentes que perciban ayudas públicas tendrán que imputar la ganancia patrimonial en el período impositivo en que tenga lugar el cobro de las mismas.

5. Salarios atrasados

Debemos dedicar especial atención a los criterios de imputación temporal de los rendimientos del trabajo percibidos en un período impositivo posterior al de su exigibilidad.

- Cuando no haya mediado sentencia judicial, los pague la empresa o el FOGASA, se imputarán al ejercicio en que fueron exigibles y, si no lo fueron antes de 2015, habrá que presentar una autoliquidación complementaria del ejercicio al que correspondan.
- Si los salarios se han percibido como consecuencia de una sentencia judicial, no importa el año en el que fueron exigibles, ya que se devengan en el ejercicio en el cual la sentencia adquiere firmeza. No obstante, si la sentencia, por ejemplo, fue firme en 2015 y no se perciben hasta 2016, será en 2016 cuando se declaren mediante complementaria, imputándolos al período impositivo 2015.

6. Pérdidas derivadas de créditos no cobrados

A partir del 1 de enero de 2015 la norma se flexibiliza, pudiéndose imputar la pérdida al período impositivo en que concurra alguna de las siguientes circunstancias:

-Adquiera eficacia una quita establecida en un acuerdo de refinanciación judicialmente homologado o en un acuerdo extrajudicial de pagos.

-Encontrándose el deudor en situación de concurso, adquiera eficacia el convenio en el que se acuerde una quita sobre el importe del crédito, en cuyo caso la pérdida se computará por la cuantía de la quita.

Que se cumpla el plazo de un año desde el inicio del procedimiento judicial distinto de los de concurso, que tenga por objeto la ejecución

del crédito, sin que este haya sido satisfecho.

7. Transmisión de inmuebles durante 2015

Si ha transmitido en 2015 un inmueble de naturaleza urbana, adquirido a título oneroso entre el 12 de mayo y el 31 de diciembre de 2012, podrá reducir la renta positiva obtenida en un 50 por 100.

8. Exención por reinversión en rentas vitalicias

Se excluye de gravamen la ganancia patrimonial generada con ocasión de la transmisión de un elemento patrimonial por contribuyentes mayores de 65 años, a condición de que el importe total obtenido por la transmisión se destine a la constitución de una renta vitalicia asegurada.

9. Reducción sobre rendimientos de capital inmobiliario

Aquellos contribuyentes que venían aplicándose la reducción del 100% derivada del arrendamiento de inmuebles destinados a vivienda, para aquellos arrendatarios cuya edad estaba comprendida entre los 18 y los 30 años, deben tener en cuenta que dicha reducción ha desaparecido. Se mantiene la reducción del 60% para arrendamientos destinados a vivienda, aplicándose ahora exclusivamente cuando el rendimiento neto sea positivo.

10. Distribución de la prima de emisión y reducción de capital con devolución de aportaciones

Con la reforma fiscal se cambia el criterio de imputación temporal de estas operaciones en el caso de sociedades no cotizadas. En este sentido, la nueva norma hará tributar al socio por estas cantidades como si fueran

beneficios generados y no distribuidos por la sociedad, cuando con la normativa anterior se difería la tributación hasta el momento de la transmisión de las participaciones.

En estas operaciones del ejercicio 2015 se debe atender a la diferencia entre los fondos propios de la entidad y el valor de adquisición de nuestras acciones, de manera que el contribuyente tributará por la parte de la prima o de la reducción de capital que corresponda a los beneficios no distribuidos, como rendimiento de capital mobiliario.

11. Servicios prestados por un socio a su sociedad

La modificación introducida en la normativa del IRPF señala que un socio que presta servicios a su sociedad (que a su vez presta servicios profesionales a los clientes) de los clasificados en la sección 2ª de las tarifas del IAE (profesionales), si además está dado de alta en el RETA, debe calificar las retribuciones percibidas por dichos servicios como procedentes de una actividad económica.

12. Ganancias patrimoniales derivadas de transmisiones: se integrarán en la base del ahorro

Hasta 1 de enero del 2015 las ganancias patrimoniales derivadas de la transmisión de elementos patrimoniales, con un período de generación inferior al año, tributaban en la base imponible general. A partir del ejercicio 2015 todas las ganancias patrimoniales que procedan de transmisiones se integrarán en la base imponible del ahorro, con independencia de su antigüedad.

13. Aportaciones a sistemas de previsión social

Las aportaciones a sistemas como planes de pensiones, mutualidades

o planes de previsión asegurados se restan de la base imponible general con el límite menor de dos: 8.000 euros o el 30% de la suma de rendimientos del trabajo y de actividades económicas.

14. Integración y compensación de rentas

En caso de haber tenido en 2015 ganancias patrimoniales por transmisión de elementos patrimoniales (inmuebles o acciones, por ejemplo), podemos rebajar el coste del IRPF transmitiendo otros elementos patrimoniales en los que tengamos pérdidas latentes, incluso aunque se trate de valores adquiridos con menos de un año de antelación, ya que estas pérdidas se restarán de las ganancias anteriores.

Si en ejercicios anteriores tuvimos un saldo negativo originado por

la transmisión de elementos patrimoniales, incluso cuando ese saldo se originase por transmisiones con menos de un año de antigüedad, y no habiendo pasado más de cuatro años, podemos realizar plusvalías y su tributación se verá atenuada o anulada por la compensación de aquellos saldos negativos.

Si se tienen rendimientos positivos que van a la parte del ahorro, como los procedentes de intereses o dividendos, en 2015 pueden reducirse con el saldo negativo de la integración de ganancias y pérdidas patrimoniales originadas por transmisiones, hasta un máximo del 10% de aquel.

15. Rescate de los planes de pensiones

Si se acerca el momento de la jubilación y se plantea la posibilidad de

rescatar el plan de pensiones, es importante señalar que si se rescata en forma de capital se puede disfrutar de una reducción del 40% sobre las prestaciones correspondientes a aportaciones satisfechas con anterioridad al año 2007. En cambio, si se rescata el plan en forma de renta, no se podrá disfrutar de dicha reducción.

16. Deducción por vivienda habitual

La deducción por inversión en vivienda habitual sigue regulada a través de un régimen transitorio, de manera que aquellos contribuyentes que hubieran adquirido su vivienda habitual con anterioridad a 1 de enero de 2013 y que hubieran practicado dicha deducción por cantidades satisfechas en periodos anteriores, podrán seguir aplicándola. El importe máximo de deducción es el 15% de 9.040 euros anuales. ■

PLAN DE ATENCIÓN AL MÉDICO ENFERMO

PAIME

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 paime@comast.es

Imagen de la portada



Jesús Alonso Mallada nació en Boo-Aller (Asturias, 1953). Médico de Atención Primaria actualmente jubilado. Por motivos personales y profesionales siempre estuvo muy vinculado al concejo de Llanes. Es gran conocedor de todos sus rincones y uno de los que desde pequeño ha llamado más su atención es la iglesia de Nuestra Señora de los Dolores de Barru. El entorno guarda una gran belleza por la magia que encierra el cementerio y el espectacular paisaje de la ría.

Workshop en Andrología



De izda. a dcha.: Dres. Fernando Monreal, Eduardo Ruíz-Castañé, Nayara Malnero, Joaquín Sarquella, Jovany Sánchez Curbelo y Mónica González.

El pasado mes de marzo, en el Colegio de Médicos de Oviedo y, contando con la labor organizativa del área científica de Menarini, el Dr. Fernando Monreal, consultor de Urología del Centro Médico de Asturias, organizó un curso para actualizar conocimientos sobre la Disfunción Eréctil bajo

el prisma del médico y del sexólogo.

Como ponentes acudieron cuatro miembros del Servicio de Andrología de la Fundación Puigvert de Barcelona, institución donde se formó el Dr. Monreal. Dichos ponentes fueron: Dr. Eduardo Ruíz-Castañé (jefe del Servicio), Dra. Mónica González (ginecóloga

y miembro del servicio de Andrología, que se encarga de las disfunciones sexuales femeninas), Dr. Jovany Sánchez Curbelo y el Dr. Joaquín Sarquella. La exposición de la visión sexológica corrió a cargo de la Psicóloga-Sexóloga, Nayara Malnero.

Como punto de gran interés fue la presentación de la Disfunción Eréctil (DE) como síntoma centinela de la enfermedad cardiovascular, pues se considera la punta de iceberg de la misma. Hasta tal punto es así, que en aquéllos varones con factores de riesgo (diabetes, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, obesidad troncular...), la DE puede presentarse entre dos y tres años antes que la angina de pecho o el infarto de miocardio. Asimismo se profundizó en la relación tan estrecha que existe entre las disfunciones sexuales femeninas y la DE.

BODAS

Y EVENTOS

DE ENSUEÑO

RESTAURANTE Y TEPPANYAKI JAPONÉS



A 5 minutos de nuevo HUCA

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

985 11 76 76 · www.delabra.es

Ventilación mecánica



Se incidió en la Ventilación Mecánica en un servicio de Urgencias.

El pasado mes de marzo se celebró en la sede de Oviedo del Colegio de Médicos el curso-taller *Ventilación mecánica invasiva y no invasiva en Medicina de Urgencias*. El objetivo de esta acción formativa fue recalcar las indicaciones, contraindicaciones y secundarismos derivados de la realización de maniobras para el control respiratorio en la Medicina de Urgencias y Emergencias. Se incidió también en los aspectos prácticos y cotidianos de la Ventilación Mecánica en un servicio de Urgencias, con mención al manejo de respiradores y fármacos para procurar una adecuada ventilación, sedoanalgesia y relajación muscular. Este curso tiene solicitada Acreditación a la Comisión Formación Continuada de Profesiones Sanitarias del Principado de Asturias.



El curso contó con una gran participación.

Asistencia al paciente crítico

El Colegio de Médicos organizó el pasado mes de marzo el curso *Asistencia al paciente crítico*. El objetivo de esta acción formativa fue practicar en tiempo real habilidades de liderazgo y trabajo en equipo ante situaciones clínicas o complicaciones que requieran actuación inmediata. También se pretendió mejorar la capacitación de los alumnos para la toma de decisiones y la aplicación de procedimientos terapéuticos ante eventos clínicos que puedan ocurrir y se fomentó la realización y repetición de procedimientos técnicos complejos con riesgo de iatrogenia para incrementar en lo posible la seguridad del paciente.

El curso se dividió 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 y casos clínicos de pacientes en otras situaciones: intoxicados, agentes físicos, etc.

Este curso tiene solicitada Acreditación a la Comisión Formación Continuada de Profesiones Sanitarias del Principado de Asturias.



CENSO DE VIUDOS/AS DE MÉDICOS Si conoces a algún/a viudo/a, házselo llegar

El Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias ha creado un censo de viudos/as de médicos para que reciban puntualmente información colegial y participen en las actividades que se organizan desde esta institución. Para ello es preciso que los viudos/as cumplimenten con sus datos personales el cuestionario que se adjunta en esta ficha y nos lo remitan a la sede del Colegio de Médicos (Plaza de América. 10 - 1º - 33005 Oviedo).

Nombre: Apellidos:

Dirección:

C.P. Localidad:

Telf. Vda./Vdo. del Dr./Dra.:

CURSOS 2016

(más información en www.comast.es)

Abril

DE LA AGUDIZACIÓN A LA ESTABILIZACIÓN DEL PACIENTE EPOC - TALLERES PRÁCTICOS PARA MÉDICOS DE FAMILIA**Fecha:** 11, 12 y 14/4/2016**Lugar:** sedes de Oviedo, Gijón y Avilés del Ilustre Colegio Oficial de Médicos.**SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO SVCA****Fecha:** del 19/4/2016 al 20/4/2016**Lugar:** Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias**Plazo de inscripción:** finaliza el 15/4/2016**JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO INICIAL DEL SCACEST****Fecha:** 20/4/2016**Lugar:** Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias**Plazo de inscripción:** abierto**VI JORNADAS DE LA SOCIEDAD DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS DE PATOLOGÍA UROLÓGICA Y GERIATRÍA****Fecha:** 28/4/2016**Lugar:** Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias**Plazo de inscripción:** abierto

Mayo

MANEJO DEL PACIENTE AGRESIVO Y/O VIOLENTO**Fecha:** 19/5/2016**Lugar:** Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias**Plazo de inscripción:** finaliza el 17/5/2016**MICROCIRUGÍA EXPERIMENTAL****Fecha:** del 25/5/2016 al 27/5/2016**Lugar:** Servicio de Cirugía Experimental. IUOPA. Bioterio de la Facultad de Medicina. Oviedo**Plazo de inscripción:** finaliza el 20/5/2016**VENTILACIÓN NO INVASIVA EN MEDICINA DE URGENCIAS****Fecha:** del 18/5/2016 al 19/5/2016**Lugar:** Madrid**Plazo de inscripción:** finaliza el 30/4/2016**AVANCES CONTRACEPCIÓN 2016****Fecha:** del 23/5/2016 al 24/6/2016**Lugar:** online y presencial en Salón de Actos del HUCA**Plazo de inscripción:** finaliza el 19/5/2016

Octubre

ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA DE URGENCIAS**Fecha:** del 1/10/2016 al 1/1/2017**Lugar:** Online**Plazo de inscripción:** finaliza el 26/9/2016**TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS E INVASIVAS EN MEDICINA DE URGENCIAS****Fecha:** del 17/10/2016 al 20/10/2016**Lugar:** Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias**Plazo de inscripción:** finaliza el 14/10/2016**TRATAMIENTO DE HERIDAS EN URGENCIAS Y ATENCIÓN PRIMARIA****Fecha:** octubre**Lugar:** Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias

REGISTRO DE AGRESIONES

Nº Colegiado: Fecha de nacimiento:.....
Nombre: Apellidos
C/: C.P. Población:
Provincia: Teléfono: Correo electrónico:

Dirección de trabajo

Centro:..... Dirección de área número:
Calle: C.P. Población:
Provincia: Teléfono: Correo electrónico:

Datos del escrito

Fecha de entrada:..... Lugar de los hechos:
Hora y fecha de los hechos:
Personas que intervienen: Personal del Centro:..... Usuario:

¿Han intervenido fuerzas de seguridad? Sí No

En su caso: Guardia Civil Policía Local Policía Nacional

¿El hecho ha motivado denuncia? Sí No

¿Por qué?:
.....

¿Se tramita Diligencias Previas? Sí No En el juzgado nº: Diligencias Previas nº:.....

¿Se le ha comunicado a la empresa? Sí No ¿Han existido lesiones? Sí No ¿Existe parte de lesiones? Sí No

¿Ha sido visto en un Centro Sanitario? Sí No ¿Se ha tramitado IT por accidente laboral? Sí No

Consecuencias de este hecho:
.....
.....
.....
.....

REDACCIÓN DE LO HECHOS

Nº EXPEDIENTE:

OBSERVACIONES:

Los datos de carácter personal que Vd. nos facilita son incluidos en un fichero de tratamiento automatizado de datos, del que es titular el Colegio Oficial de Médicos de Asturias. La finalidad del tratamiento es comunicar a la Administración los lugares donde más riesgo existe de agresiones a profesionales, a fin de aumentar las medidas de seguridad, poder aconsejar al profesional y sensibilizar a la opinión pública.

Conforme a lo dispuesto en la L. O. 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, Vd. puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición enviando una solicitud por escrito a: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias, plaza América, 10 - 1º - 33005 Oviedo.

La cumplimentación del presente formulario conlleva el consentimiento expreso para el tratamiento y cesión de sus datos conforme a los fines manifestados.

UNIDAD DEL SUEÑO

- Síndrome de Apnea Hipoapnea del sueño (sahs)
- Roncopatía crónica
- Síndrome de piernas inquietas
- Insomnio

Nº Registro Sanidad C.2.5.90/3953/1 - C.2.5.90/3457/1 - C.2.5.90/2127/1



Centro de Cabeza y Cuello

Dr. Llorente

CIRUGÍA ESTÉTICA

- Cirugía Ortognática. Deformidades faciales
- Blefaroplastia. Párpados
- Lifting
- Rinoplastia
- Queiloplastia. Remodelado labial

MEDICINA ESTÉTICA

- Remodelado facial. Ácido hialurónico y toxina botulínica
- Rejuvenecimiento facial
- Cosmeceútica. Consulta médica cosmética
- Fotorejuvenecimiento
- Lentigos. Manchas asociadas a la edad

OPORTUNIDADES EN ASTURIAS

Viviendas de obra nueva...

¿Qué más quieres?

Un filete



Residencial MARCILLA MONTECERRAO



OVIEDO

DESDE
125.000€*

Viviendas de
2, 3 y 4 dormitorios.

C/ José María Marcilla

Viviendas LUARCA



VALDES

DESDE
60.000€*

Viviendas de
1 y 2 dormitorios.

C/ Olavarrieta, 4

Activos propiedad de
Grupo Santander



MARCILLA



LUARCA

* Los precios mostrados en este folleto son meramente informativos y no constituyen una oferta de venta vinculante. Las informaciones, contenidos y datos de cualquier clase en las páginas de este folleto han sido facilitados por los propietarios de los inmuebles habiendo sido revisados en profundidad por ALTAMIRA ASSET MANAGEMENT, S.A., antes de su publicación. Por este motivo ALTAMIRA ASSET MANAGEMENT, S.A. no aceptan responsabilidad u obligación en relación con la exactitud o suficiencia de la información contenida en este documento. Por todo ello se recomienda consultar con el responsable comercial el precio y características específicas de cada una de las viviendas.



640 012 226

www.altamirainmuebles.com

ALTAMIRA
Donde vive tu futuro

