

Revista

del COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS DE ASTURIAS



Enero 2014

Este Colegio, desde 1986, dedica al menos el 0,7% de su presupuesto a programas de desarrollo sanitario en el Tercer Mundo

Tribuna Médica

Nuestra Gente

Hablamos con

Navidad

Tribuna Libre

Cursos 2014

FESTIVAL DE DANZA

TEATRO CAMPOAMOR
OVIEDO 2014



4 de febrero **AKRAM KHAN COMPANY** iTMOi

6 de marzo **BALLET DEL KREMLIN** LAS MIL Y UNA NOCHES

7 de marzo **BALLET DEL KREMLIN** ESMERALDA

20 de marzo **BALLET DE LA ÓPERA DE MUNICH II** Bayerisches Staatsballett II

ALLEGRO BRILLANTE, CISNE BLANCO, pas de deux, CONCERTANTE, INTUITION BLAST, TRES PRELUDIOS, JARDI TANCAT.
Estrellas invitadas: Lucía Lacarra y Marlon Dino

21 de mayo **BALLET NACIONAL DE MARSELLA** ORPHÉE ET EURYDICE

24 de mayo **BALLET NACIONAL DE HOLANDA** Het Nationale Ballet (J. C.). MINUETO, BALLET 101,
CISNE BLANCO, pas de deux, LA BELLA DURMIENTE, pas de quatre, DIANE ET ACTEON, SALTARELLO, KWINTET, DAWN DANCES

7 de junio **BALLET DE VÍCTOR ULLATE** Comunidad de Madrid. JALEOS, 'Y', APRÈS TOI, BOLERO

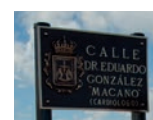
Carta del presidente

Carta del presidente 5



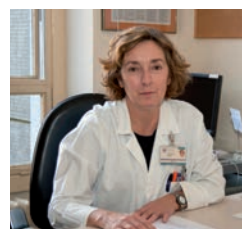
- El futuro del cáncer de mama (CM). *Dr. Siro Pérez Álvarez* 6
- La evolución diagnóstica en ginecología.
Dr. José Fernández Cabaleiro..... 9
- Receta médica privada: nuevas normas para mejorar la situación.
José Villazón González 12
- Código Ictus y Atención Primaria. *Dr. Sergio Calleja* 14
- Historia de la donación y de la transfusión de sangre. (1ª parte)
Dr. Miguel Ortega Jiménez 16
- Neuromarketing. El cerebro consumidor.
Dr. Agustín Acebes Fuertes 18

Tribuna Médica



Nuestra Gente

Inauguración de la calle Dr. Eduardo González, Macano 19



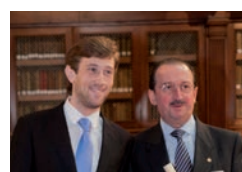
- Dra. Carmen Rodríguez Suárez, responsable de la Unidad de
Diálisis Peritoneal del HUCA 20
- Dr. Jesús Bernardo, Nutriólogo de la selección española
de Hockey patines 23

Hablamos con



Navidad

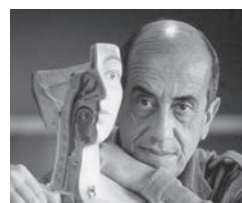
Reunión de Navidad y Fiesta Infantil 25



- Dr. Francisco Menéndez-Graño, presidente de la Asociación
Española de Cirugía Plástica 28
- Julio César García Rubio, Premio "Severo Ochoa" 29
- Dr. Venancio Martínez, nuevo presidente de los pediatras
de Atención Primaria 29

Premios y reconocimientos

Tribuna Libre



- A la madre de todos los médicos.
Dra. Isabel González Fernández-Argüelles 30
- Visita al Parador de Corias. *Dr. Enrique Portilla Fernández-Villaverde* ... 31
- Melilla, sus avatares. *Dr. Luis Játiva García* 33
- Giorgio Todde, oftalmólogo y novelista, a la sombra de Efisio Marini.
Dr. Ángel García Prieto 36



Formación

Cursos 2013-2014 45

Consejo Editorial:

Dr. José Luis Mediavilla Ruiz
Dr. David M. Muñoz Vidal

Dirección Técnica:

Comunicación Profesional

Publicidad:

Serrador & Asociados

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.
(Servicio de guardia para
recepción de documentación)

IMPRIME: Gofer
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.

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

Avilés:

C/ Cabruñana, 50
33829 Avilés
Horario:
Lunes a viernes: 9.00 a 13.30 h.
Lunes a jueves: 15.30 a 18.00 h.

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



EL COLEGIO DE MÉDICOS DE ASTURIAS RENUEVA LA PÁGINA WEB

Es una herramienta más dinámica para los colegiados

La página web del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias se ha rediseñado y modernizado para convertirse en una herramienta más dinámica y accesible para los colegiados y para el público en general.

La información está mucho más visible y el acceso a ella es más sencillo, puesto que se han añadido buscadores y filtros que permiten cribar la información que se necesita.

En la página de Inicio se ve la información actualizada de los apartados más importantes directamente, de manera que se puede consultar en un solo click.

Se ha modernizado la Ventanilla Única, lo que permite hacer desde la web la mayoría de los trámites que se realizan en la Secretaría del Colegio.

Cada colegiado, con su número de colegiado y una contraseña, accede a su parte privada desde la que puede modificar sus datos rápidamente, consultar en qué cursos se ha inscrito y hacer trámites que sólo están permitidos a colegiados desde esa zona.

La nueva web presenta un aspecto más moderno y dinámico. Las características más destacadas son:

- Cambio de diseño y colores.
- Página de Inicio.
- Dinámica con información más accesible.
- Acceso directo a
 - Empleo
 - Formación
 - Congresos
 - Noticias
 - Ventanilla Única visible permanentemente
 - Revistas
 - Dossier de prensa
- Información sobre la Junta Directiva, el Colegio, sus sedes de Oviedo, Gijón y Avilés así como de los servicios que ofrece.
- Buscadores en cada apartado que facilitan la búsqueda de la información publicada.
- Toda la actualidad del Colegio con un click: dossier de prensa con buscador por fechas, revista colegial con acceso directo al PDF de la misma y la información más reciente del Colegio y sus actividades.
- Acceso privado para cada colegiado desde donde pueden modificar sus datos y hacer distintos trámites como solicitar talonarios de receta médica, pedir la baja o el traslado o inscribirse en un curso organizado por el Colegio de manera on line.
- Acceso a formularios públicos online como reclamaciones, quejas y sugerencias, reserva de salones del Colegio o cómo tramitar la creación de una consulta privada.
- Consulta de los colegiados con parámetros de búsqueda variados.
- Opción de compartir la información publicada por el Colegio en las redes sociales Facebook y Twitter.



DR. ALEJANDRO BRAÑA VIGIL

Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias

Carta del Presidente

Queridos colegas y amigos:

Cuando este número de la Revista llegue a vuestras manos ya habrán pasado las celebraciones de Navidad, que deseo hayan sido felices y descansadas para todos. En el Colegio se han celebrado la tradicional y entrañable reunión navideña con los médicos jubilados y viudas/os de nuestra corporación y, ni qué decir tiene, también disfrutamos con la siempre tan alegre, participativa y simpaticuísima fiesta infantil de Navidad.

En estas fechas, al deseo de fiestas felices suele acompañarse el de que el año que se inicia transcurra por cauces satisfactorios para nosotros, para nuestra familia y también para nuestros amigos y nuestro trabajo. Y es, por desgracia, precisamente en este último punto donde todos los indicadores señalan que los tiempos venideros no tienden a ser especialmente propicios para nuestra profesión. De hecho, todo parece indicar que los problemas que venimos padeciendo los médicos asturianos van asentándose, de manera que a la creciente pérdida de empleo (o su otra cara, también funesta, que es el empleo en condiciones precarias) se añaden la progresiva desilusión de muchos médicos jóvenes, que ven con gran incertidumbre su futuro profesional, y a ello se suma la evidente desmotivación que se viene observando de manera cada vez más acusada en muchos profesionales y que no es más que el reflejo de una calidad asistencial degradada por la gran presión asistencial que se soporta, por las deficiencias organizativas, por la falta de estímulos profesionales y también, por supuesto, por los recortes salariales, que actúan como otro dato negativo más y están obligando a que muchos profesionales renuncien a la dedicación exclusiva y busquen en la actividad privada un complemento económico que les permita mantener con dignidad a su familia.

Todo ello, como digo, ensombrece nuestras expectativas y, en consecuencia, poco a poco se van perdiendo los motivos para sentirnos orgullosos del nivel otrora alcanzado por nuestra sanidad pública, hasta tal punto que la opinión hoy más arraigada es que se está produciendo un serio retroceso, con respecto a la situación profesional que se vivía hace unos pocos años.

El foco del problema –y en el Colegio de Médicos llevamos tiempo insistiendo en ello– no es solo una cuestión de medios materiales. Por eso, aunque los nuevos hospitales que están a punto de ser plenamente

operativos –nuevo HUCA y nuevo Álvarez-Buylla– dispongan de una brillante arquitectura, de modernas instalaciones y estén dotados de los más avanzados medios de diagnóstico y tratamiento, lo cierto es que apenas se oye mención alguna del elemento esencial de la actividad hospitalaria, de aquello que define la calidad de un Centro Sanitario que son, precisamente, los profesionales que van a tener, día a día, la responsabilidad del diagnóstico, del tratamiento y de los cuidados que requieren nuestros pacientes. En la confrontación entre continente y contenido, está clara la prioridad de lo segundo, porque es ahí donde reside la calidad del acto sanitario.

Huir del dogmatismo y hablar sinceramente de las dificultades con los protagonistas implicados es un paso necesario para avanzar en la mejora de cualquier problema complejo, como lo es el sistema sanitario. El futuro es una zona peligrosa y, sobre todo, es una dimensión desconocida; por consiguiente, está lleno de peligros e incertidumbres. Pero, en todo caso, es donde vamos a estar lo que nos quede de vida y, por ello, si somos serios y consecuentes con nuestra responsabilidad, tenemos la obligación de poner todo nuestro empeño en el mantenimiento de lo mejor del pasado y en establecer planes sólidamente consensuados para seguir mejorando nuestra sanidad, pública y privada.

No hay nada nuevo ni ninguna solución mágica, desde luego. Pero desde el Colegio, nunca nos cansaremos de insistir en que el remedio pasa, obligadamente, por contar con los médicos, sin desconfianza y con el objetivo puesto en llegar a acuerdos que permitan que la sanidad asturiana se mantenga entre las más valoradas de nuestro país.

Con un cordial y afectuoso saludo,

El futuro del cáncer de mama (CM)

Dr. Siro Pérez Álvarez

Especialista en Cirugía General y Digestivo



Aunque el título es “El futuro del Cáncer de Mama” tengo que decir que, como cirujano, veo con pena por un lado y por otro con alegría (para las pacientes) que hemos ido perdiendo el papel tan importante que teníamos en el tratamiento del cáncer de mama.

Estamos asistiendo a un aumento del CM a nivel mundial, pero afortunadamente la mortalidad está disminuyendo a un ritmo del 2% anual.

Cada 11 minutos muere una mujer por CM en el mundo. Según la OMS, en 2020 se diagnosticarán 20 millones de casos de CM en el mundo. El 70% de estos casos va a ocurrir en países que destinan menos del 5% del PIB a controlar la enfermedad.

Cada 35 minutos se diagnostica en España un CM.

Vamos a ver los principales cambios surgieron en el CM:

- **ONCOTYPE DX™. Y MAMMAPRINT.** Pruebas que analizan patrones de expresión de 21 y 70 genes en tumores de mama y pueden calcular de una manera más precisa el riesgo de recidiva en una mujer con las características estándar que usamos normalmente los médicos para evaluar riesgo de recidiva. Se valoran por score: < 18 poco; 18-31 intermedio y > 31 alto riesgo.

- **SYMPHONY™ BLUE PRINT™.** Es el primer perfil genético para identificar subtipos moleculares y medir la función genética en CM. Combinado con Mammprint da un mayor nivel de información para la toma de decisiones.

- **SYMPHONY™ TARGET™ y THERAPRINT.** Son tests genéticos, el primero para cuantificar niveles de RE/ RPg y HER 2 y el segundo para tratamiento alternativo. Mide la ex-

presión de 56 genes relacionados con la respuesta a agentes hormonales, quimioterapia (QMT) o biológicos específicos.

Con la firma genética vamos a ver cómo se cambia el paradigma del “tamaño”. “Un tumor pequeño puede ser más agresivo que uno grande”. Para algunos autores el potencial metastático ya está integrado en el momento del diagnóstico. Sería un gran avance poder determinar qué tumores son los peligrosos. Vamos a ver que ya cuando se usaba la teletermografía Spitalier hablaba de los “enanos calientes” refiriéndose a ellos.

- **ADJUVANT ONLINE.** Programa informático y matemático para evaluar el pronóstico y estimar el beneficio de un tratamiento particular (riesgo de recidiva y/ o muerte a 10 años). En la versión 9.0 se incluye el HER-2 como variable pronóstica y el Trastuzumab será una opción de tratamiento.

- No están incorporados de forma ordinaria a los laboratorios de anatomía patológica, pero hay dos genes nuevos –uPA y PAI-1 involucrados en la degradación de la matriz extracelular, adhesión y migración celular. Se confirmó su validez tras análisis en 8.000 pacientes y permitiría hacer dos grupos de pacientes: buen pronóstico (no), malo (si QMT).

- Aparecieron dos nuevos fármacos: KOS-953 (Tanespimicina) inhibidor de la HSP90, que induce la degradación del HER 2. Se está investigando en combinación con trastuzumab y PALBOCICLIB que se está evaluando en menopáusicas con CM localmente avanzado (CMLA) o diseminado. Casi el 60% de CMLA son RE (+), pero HER 2 (-).

- **NANOTECNOLOGÍA.** Las nanopartículas transportan fármacos hasta las células diana.

- **TAC 3 D.** Permite hacer diagnóstico de CM radiando 25 veces

menos que el TAC convencional y algo más que la mamografía.

- **RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON CÉLULAS DE TEJIDO ADIPOSO O GEL DE PLAQUETAS.** El uso de células madre y regenerativas de origen adiposo para la reconstrucción de la mama tras una mastectomía parcial resulta una operación segura, que no genera rechazos y da un nivel de satisfacción en 79% de pacientes. También se puede usar un gel de plaquetas, en lo que fue pionero el Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona.

- **ENTENDER LAS METÁSTASIS.** Gracias a Joan Massagué conseguimos entender las metástasis en el CM, al descubrir los genes miR 126, 335 y 206 que influyen en la proliferación celular y en la habilidad para migrar a pulmón y hueso respectivamente.

- **VACUNA.** Empezó con la Theratope que estimulaba el sistema inmunitario y aunque hay varias, solo citaré las de:

- Clínica Cleveland. Con antígeno α lactalbúmina que previene la formación del CM en ratones e inhibe el crecimiento de los ya formados. Si funciona en humanos se podría casi eliminar el CM.

- Neuvax (Apthera). Con péptidos para demorar y prevenir recidivas en CM en mujeres con HER 2. El péptido es el E75 –derivado del HER 2– con el macrófago de factor inmune estimulante de granulocitos (GM-CSF) que estimula las células T ante las que expresan HER 2. Se da intradérmica/ mes / 6 meses. Si es eficaz se deja el trastuzumab.

- Universidad de Navarra. Con células dendríticas del sistema inmune de la paciente y estimuladas por el propio tumor

(biopsia y procesado de células tumorales para extraer antígenos) para reducir la progresión del CM en HER 2 negativos.

- Universidad de Pensilvania. Para CDIS HER 2.

- **TERAPIA GÉNICA.** Introduce material genético en las células de una persona para combatir una enfermedad.

- **EPIGENÉTICA.** Estudia la herencia de patrones de expresión de genes que no viene determinados por la secuencia genética. Sería el vestido bioquímico del ADN desnudo. Se puede modular con fármacos como los agentes hipometilantes, como el Azacitidine, y los inhibidores de la desacetilación de las histonas, como el Vorisnotat. El BRCA1 es un ejemplo del efecto epigenético en el CM. La metilación del promotor del BRCA1 se asocia a peor pronóstico. El BRCA1 podría formar parte de un esquema global de genes metilados asociados a enfermedades agresivas.

- **GENÓMICA.** Gracias a ella se podrán controlar los genes alterados con inhibidores selectivos. Algunos ya existen como el inhibidor del factor de crecimiento o el de la angiogénesis.

- **PROTEÓMICA.** Estudia las proteínas producidas por los genes y que intervienen activamente en el metabolismo celular. Permite el diagnóstico del CM en fases no detectables por técnicas de imagen y por lo tanto poner en marcha estrategias terapéuticas muy precoces.

- **MICROARRAYS.** Son chips de ADN que permiten definir distintos tipos de CM y predecir su comportamiento clínico y respuesta a QMT, gracias al estudio de expresión de todos los genes de la célula tumoral. Sería como el “retrato molecular” de cada tumor. Hoy hay membranas con mil genes.

- **NUEVAS PISTAS PARA IDENTIFICAR RIESGO DE PADECER CM.** Este año 2013 se identificó un subgrupo de células precursoras normales de mama –progenitores luminales– que tienen los extremos de los cromosomas (telómeros) muy cortos y eso las hace más propensas a mutaciones que conducen al cáncer. Estudios recientes implican a los progenitores luminales con una mutación del BRCA1.

- **PRIMEROS RESULTADOS DEL GENOMA DEL CM MASCULINO.** Se descubrió que el gen RAD51B está involucrado en este tipo de patología, asociándose a más del 50% del riesgo de CM en varones.

- **iKNIFE (BISTURÍ QUE DETECTA EL CÁNCER).** Zoltan Tabats crea el i-Knife que detecta en menos de tres segundos si un tejido es canceroso o no. Alcanza temperaturas tan altas que desprende humo, que se analiza mediante un espectrómetro capaz de “leer” el humo (identifica las sustancias químicas que aparecen en cada muestra de tejido). El problema es su alto coste.

- **CLASIFICACIÓN MOLECULAR DEL CM.** Está adquiriendo una gran importancia esta clasificación en:

- LUMINAL A: RE (+++), RPg (+++), HER2 (-). Expresa citoqueratinas 8/18. 20% mutación p53. Baja expresión de genes de proliferación. Alta expresión de genes RE. Bajo grado. Alta tasa de respuesta a hormonoterapia. No beneficio de QMT. Subgrupo de mejor pronóstico.

- LUMINAL B: RE (+), RPg (+/-), HER 2 (+). Moderada/baja expresión genes RE. Mayor expresión de genes de proliferación. Grupo de riesgo medio/alto. Beneficio de QMT y hor-

monoterapia (HMT). Probable mayor beneficio de inhibidores de aromatasa (IA).

-HER 2: HER 2 (+++), RE (-). Alta expresión de genes relacionados con amplificación de HER 2. Receptores hormonales negativos. Mal pronóstico. Alta tasa de respuesta a QMT con taxanos y antraciclinas. Tratamiento diana específico con trastuzumab.

-BASAL-LIKE: Triple negativos: RE, RPg y HER 2 (-). EGFR (+). Expresión de citoqueratinas 5/ 6 y 17. Expresión de genes de proliferación. Mutación p53. Relacionado con BRCA1. Grado III. Mal pronóstico. Muy sensible a QMT.

• **RANK.** Proteína de membrana que interviene en la expansión del epitelio mamario, producida en el embarazo. Promueve la iniciación, progresión y metástasis del CM. Los tumores con altos niveles de RANK son más agresivos y de peor pronóstico. Existe ya un inhibidor de la vía RANK, el denosumab (Prolia ®). En las mujeres jóvenes el CM se asocia con los procesos biológicos relacionados con la edad. En mujeres de 45 años o menos se combina con tumores agresivos de tipo basal y hay más riesgo de recidiva, independiente

del estadio en que se encuentren, el grado histológico, subtipos moleculares y tratamiento recibido. Se vio que estos tumores expresan el ligando RANK (RANKL-implicado en metástasis óseas-), progenitores luminales y el c-Kit.

• **CLADINA LOW.** Este subtipo dio mucho que hablar en 2012. Se sitúa junto al BASAL, pero se caracteriza por su baja expresión de genes de adhesión –claudinas 3, 4, 7, cingulina y ocludina. Sobreexpresa 40 genes implicados en la respuesta inmune, lo que indica que está muy afectado y por lo tanto mal pronóstico. Tiene alto grado y son triple negativos, pero a veces no hay concordancia inmunohistoquímica (IHQ)-expresión génica al 100%. 20% son RRHH (+).

• **¿LLEGÓ EL FIN DE LA DISECCION AXILAR?.** En 2011 Giuliano desata la controversia sobre si es necesaria la disección axilar en T1 y T2 con 1-2 ganglios centinelas con macrometástasis. Aunque tuvo muchas críticas y en la mayoría de las Guías del tratamiento CM precoz con macrometástasis en ganglio centinela recomiendan la disección axilar, esto puede cambiar con el descubrimiento del Dr. Vizoso de la collagenasa intersticial MMP-1 en las células inflamatorias que predice la afectación de más ganglios. Cuando existe hay

que hacer y si no se expresa se puede evitar la disección axilar.

Como podemos ver todos estos avances son muy importantes porque “la heterogeneidad del CM es enorme”, es decir hay tumores muy diversos que deberían tratarse de forma específica, lo que supondría dejar el “café para todos” (tratamiento estándar) e ir hacia una medicina un poco más personalizada. A día de hoy podemos: eliminar las células cancerosas y las que nutren al tumor.

Pero el diagnóstico molecular y las terapias diana son las técnicas del siglo XXI en la lucha contra el CM. En cuanto a la prevención, su futuro probablemente no solo pase por modificar hábitos de vida, sino QMT, terapia génica, proteómica, vacunas, epigenética, etc. que harán obsoleta la mastectomía bilateral profiláctica (reductora de riesgo).

Recordemos que: “Cuanto más se conoce al CM, menos se le teme”.

Finalizo diciendo que estamos ante un escaparate de nuevas tecnologías, algunas muy alejadas de la práctica diaria. No obstante: la doctrina clásica y la aplicación de protocolos y guías sigue siendo la base de la práctica diaria y trabajamos la rutina de forma muy similar.

COMO CONCLUSIONES:

- Estamos ante una enfermedad frecuente.
- El mejor tratamiento es el diagnóstico precoz.
- El tratamiento es multidisciplinario (cirujanos, ginecólogos, radioterapeutas, oncólogos, radiólogos, psicólogos, genetistas, bioquímicos, etc.).
- Se están desarrollando nuevos fármacos más activos y con menos efectos secundarios.
- Se tiende cada vez más a un tratamiento individualizado.

La evolución diagnóstica en Ginecología

Dr. José Fernández Cabaleiro

Ginecólogo
Ex jefe de servicio de Ginecología del HUCA



El diccionario terminológico de ciencias médicas define el diagnóstico como parte de la medicina que tiene por objeto la identificación de una enfermedad fundándose en los síntomas de ésta.

Este hecho de aparente sencillez encierra el quid del éxito terapéutico, muy mermado en el momento actual, debido a la alta tecnología que nos domina y a la presión asistencial a la que está sometida gran parte de los profesionales médicos.

Procede, por lo tanto, hacer un análisis histórico de hechos notorios que nos condujeron al momento actual.

En la medicina Asirio Caldea Babilónica, los babilónicos llevaban a los enfermos al mercado y los paseantes que concurrían daban su opinión para su tratamiento. De la misma época en los textos acadios de la biblioteca de Assurbanipal de Ninive en el manual de Esagil-Kin-ali, del siglo XI antes de Cristo, existe una tablilla con caracteres cuneiformes que contiene una serie lógica de axiomas y deducciones naturales con la que es posible determinar la enfermedad del paciente, su etiología y su posible desarrollo utilizando, para ello, el

examen y la inspección y de esto se deduce que la función colectiva y el análisis de los síntomas era lo fundamental para alcanzar un diagnóstico.

En Egipto el cáncer de mama era uno de los tumores fácilmente reconocido y su primera descripción consta en el papiro de Herbes de 1600 años a. C. Sólo la inspección y exploración podían alcanzar el diag-

La Ginecología como tal ciencia nace en el siglo XVI con los descubrimientos anatómicos de Eustaquio y Falopio.

nóstico. Sin embargo, en Grecia la situación era más compleja y existían los oráculos, lugares en donde se daban respuestas a las consultas que se formulaban. El historiador Herodoto describía que el arte adivinatorio no se miraba como propio de los hombres, sino solo de algunas divinidades y de todos es conocido el oráculo de Delfos en el templo de Apolo, dios de la profecía, localizado entre mon-

tañas, en un lugar vedado a los profanos, en donde fueron famosos los mitos de Orestes y Edipo.

La única representación gráfica que se ha conservado de aquellas escenas se encuentra grabada en un plato de cerámica del año 440 a. C. con la escena mitológica del rey Egeo de Atenas consultando a la primera pitonisa Temis, ella sentada sobre un trípode con una ramita de laurel en una mano y en la opuesta una vasija que probablemente contiene el agua burbujeante de la cueva de Kerna, en la que recientemente se han encontrado concentraciones superiores a un 20% de gas etileno, cantidad suficiente para inducir un estado de trance.

Plutarco, el gran reproductor del método y enseñanza de la escuela de Alejandría, creía que para que los dioses pudiesen llevar a cabo sus obras, tenían que contar con los materiales de este mundo, corruptible y transitorio. De todo esto se deduce que la inspección, exploración y el análisis meticuloso de los hechos es lo único que en realidad nos puede conducir al diagnóstico. De todos es conocido que la asistencia obstétrica así como la contracepción eran realidades que ocurrían desde hace miles de años y que su asistencia y desarrollo se había

forjado en el transcurso del tiempo con cierta eficacia, siendo interesante para la contracepción el uso de semillas de acacia dentro de la vagina para conseguir un pH ácido.

Sin embargo, la Ginecología como tal ciencia nace en el siglo XVI con los descubrimientos anatómicos de Eustaquio y Falopio, quienes sentaban las bases de la fisiología moderna, hecho tardío, posterior a las otras artes y estados culturales del Renacimiento,

En 1610 Galileo Galilei, según unos, o Zacarías Jamssen, según otros, inventan el microscopio y a través de él se consiguen los descubrimientos de la estructura celular por Robert Hooke (1636-1703) así como del espermatozoide humano por Antonio van Leeuwenhove (1632-1723) y con ello ilustraron el factor cultural y orientaron la explicación de las enfermedades de una manera diferente.

La investigación microscópica y la embriología permitieron a Schleiden y a Schwann desarrollar la teoría celular cuyo fruto final será la base de la histología moderna y aún más Kart Ernst von Baer quien descubrió el óvulo y las hojas germinativas, estableciendo los fundamentos de la biogenética.

A partir de estas fechas, comienzos del siglo XVIII, la evolución del conocimiento se hace progresiva y compleja, sobrepasando a veces la capacidad individual. Surgen, entonces, los grandes maestros y sus escuelas que se desarrollan en los siglos XIX y XX, y con ello nacen las subespecialidades médicas que más tarde se fragmentan.

Todos estos hechos no ocurren de manera espontánea, sino más bien se originan en los distintos ámbitos a través del esfuerzo y genialidad humana. Las escuelas se consolidan creando un ambiente científico progresivo, basando sus éxitos clínicos en

saber aplicar los conceptos obtenidos con la investigación básica, pero con ello la complejidad diagnóstica aumenta.

Recientemente se valoró el descubrimiento más trascendente del siglo XIX y fueron los Rayos X del físico alemán Wilhelm Conrad Röntgen de la Universidad de Würzburg.

La exigencia de una actualización del conocimiento se hacía difícil de abarcar y es cuando comienza el uso de medios auxiliares al diagnóstico y así llegamos a la segunda mitad del siglo XX, cuando se empiezan a publicar libros y protocolos asistenciales sobre la toma de decisiones en ginecología, con el ánimo de conducir la necesidad con un orden en el razonamiento clínico.

Cuando se demanda un diagnóstico obstétrico el resultado no debe sobrepasar el límite del 5% de error.

Y es cuando aparecen propuestas como la de Lawrence L. Leed sobre la amplitud de nuestra memoria diagnóstica utilizando las herramientas adecuadas. Se refería a los ordenadores con sus programas de actualización semestral, que abarcaban algoritmos de actuación y tratamiento, que añadían pruebas complementarias apropiadas y necesarias y eliminaban aquellas superfluas y excesivas. El mismo Leed señalaba que estos no eran más que la extensión de la mente humana, eran como una guía enciclopédica que selecciona los hechos en base de destreza e interés científico, con las que conseguía buenas calificaciones, eliminando los errores diagnósticos, la demora y los costes que estos originan y con ello planteaba la

necesidad de una revolución médica asistencial y es cuando en 1985 funda una compañía para subsanar estos males.

¿Podría el ordenador suplir la autoridad del médico, potenciar al paciente con su participación en el proceso y en consecuencia establecer confusión?

Sabemos que la red informática se podía extender cada vez más con gran eficacia, permitiendo la transferencia de datos e imágenes digitalizadas para establecer consultas interprofesionales y potenciar la cirugía robotizada, permitiendo intervenciones complejas vía satélite, además de una mejora asistencial con la intercomunicación de centros.

Esto, que es una realidad, es un hecho de ejecución terapéutica, pero no de planteamiento diagnóstico. Esto último si lo analizamos matemáticamente con la veracidad exacta vemos que no responde al hecho de la firmeza esperada y ocurre por la existencia de las paradojas lógicas desprendidas en el propio programa, análisis efectuado por Bertrand Russell o por lo incompleto que siempre resulta cualquier programa según lo analizado por Kurt Gödel. Si además a esto le añadimos la complejidad computacional, según referencias de von Neuman, resulta aún más la complejidad temporal de los cálculos. Así, para conseguir el tamaño idóneo de un programa informático para que el ordenador realice una determinada función ocurre que cuando más complejo sea el programa más fácil será la aleatoriedad y como resultado lo incompleto y solo para conseguir lo exacto tendríamos que demostrar que el programa debería ser breve y la certeza solo sería posible si demostramos que no supera el número N de bits del axioma.

Por lo tanto, la teoría de la información algorítmica, que es una buena teoría, escapa del alcance del

razonamiento matemático haciéndonos ver cosas que no se pueden demostrar. Por eso podemos decir que las teorías de David Hilbert con la formalización completa están equivocadas y que la máquina de Turing, que demostraba que ningún sistema axiomático formal puede ser completo, no funcionan.

¿Qué es lo que en realidad puede funcionar?

¿Cómo establecer las conexiones con las discrepancias, sabiendo de antemano que los algoritmos desarrollados son en su mayoría ineficientes e imprecisos?

Valoremos, por ejemplo, el cáncer de ovario, entidad silenciosa que solo se manifiesta cuando progresa. De su análisis se deduce que el 90% cursa con síntomas de menos de 12 meses y de estos dos tercios son síntomas recurrentes y si se utiliza estos

como base, la mitad de los tumores se escapan sin diagnosticar.

Recientemente un feligrés a la salida de la iglesia me decía “estuve en su hospital y después de infinidad de pruebas tardaron tres semanas en dar con el diagnóstico”. Yo le pregunté y al inicio del proceso quién fue el que más se aproximó al diagnóstico y él me contestó “el médico de cabecera”.

La calidad asistencial conlleva una profunda crítica y estamos obligados a analizar nuestros resultados y solo la publicación de estos hará posible que consigamos una franca y sincera mejora. Los gobiernos deben permitir la libre elección de hospitales y exigir sus datos.

El Hospital General de Asturias, al que pertenezco desde su inicio, tenía dos sesiones fundamentales para su análisis, la denominada “conferencia de morbilidad peritoneal” y la “conferencia de mortalidad” además de otras de estímulo y formación.

Cuando se demanda un diagnóstico obstétrico el resultado no debe sobrepasar el límite del 5% de error.

¿Cuántas pruebas diagnósticas realizamos superiores a ese error?

Sin desestimar el progreso que debemos desear, solo el estudio, la ética y la práctica será la base de nuestro juicio médico.

De Vatville, un ginecólogo suizo que asistía a Sofía Loren en sus embarazos con abortos recurrentes, decía que su método consistía en “love, tender and care” y gracias a esto consistía la razón de su éxito y esto, por desgracia, está muy lejos de alcanzar.

Dejémonos de formas matemáticas y pautas diagnósticas algorítmicas, empleemos nuestra experiencia y sentido común que engloba, entre otros, el análisis de nuestros propios errores. ■

OFERTAS EXCLUSIVAS
para Médicos Colegiados

SOFTWARE MÉDICO Especializado
MyGEX
Sistema de Gestión Integral, Modular y Adaptable para su Empresa

➔ **GESTIÓN CLÍNICA Y ADMINISTRATIVA**
Para Facultativos e Instituciones Sanitarias

DESARROLLO WEB
Aplicaciones Web y Móviles

SU PÁGINA WEB
desde **350€**
además...
ACTUALICE LA WEB UD. MISMO
MODULGEX
Gestión Administrativa de Contenidos Web

SOPORTE TÉCNICO
A Domicilio o por Remoto

iricom
Ingeniería de Recursos Informáticos y Comunicaciones

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

Receta médica privada: nuevas normas para mejorar la situación

El paciente necesitará que se le extiendan en cada consulta tantas recetas como envases precise hasta la nueva visita al médico.

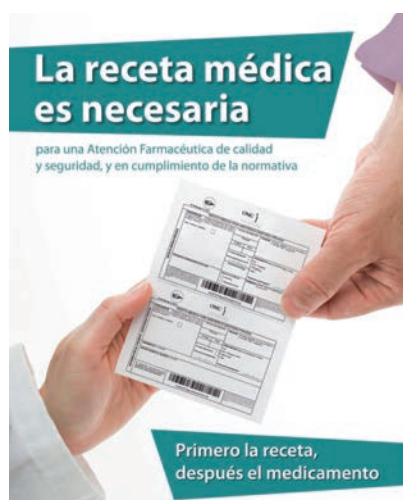
El Real Decreto 1718/2010 sobre Receta Médica que ha entrado en vigor en 2013 supone un cambio muy sustancial respecto al escenario conocido hasta la fecha.

Además de insistir en el valor sanitario (más allá de que sea financiada o no) de este documento oficial, el Real Decreto establece muy nítidamente cuál es el modelo oficial de receta médica que debe utilizarse, los datos que deben ser cubiertos, y los requisitos para su buen funcionamiento.



José Villazón González

Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Asturias



Dichos requisitos no son casuales ni arbitrarios, sino que responden a un doble objetivo: a) Que el paciente al que le ha sido prescrita una medicación la pueda obtener en la farmacia sin dificultad, y b) Que el usuario al que no le haya sido prescrito un medicamento no encuentre opciones de obtenerlo.

Esos objetivos, que son de pura lógica, resultaban difíciles de alcanzar con los modos habituales de prescripción de la medicina privada an-

teriores al nuevo Real Decreto, cuando eran frecuentes las recetas con la leyenda “válida para 6 meses/1 año/etc..”, en un folio que incluía además las instrucciones de uso al paciente. Aquellas fórmulas pasadas, que la regulación actual viene a superar, complicaban en la práctica un buen control del ciclo prescripción-dispensación, con las garantías de calidad y seguridad necesarias.

De modo resumido, destaco las normas de obligado cumplimiento,

Algunas normas que es preciso conocer acerca de la receta médica, tanto pública como privada.

Según el Real Decreto 1718/2010, sobre Receta Médica:

- Una vez dispensadas, las recetas médicas serán conservadas en la Oficina de Farmacia.
- La receta es válida para una sola dispensación por la Oficina de Farmacia.
- El paciente necesitará tantas recetas como envases precise hasta la nueva visita al médico.
- La receta debe venir acompañada con una hoja de información al paciente. Esta hoja estará diferenciada de la receta.

Para los medicamentos que la precisan según la legislación

La receta médica es necesaria

La receta médica es un documento oficial para transmitir información entre profesionales sanitarios, y entre estos y el paciente. Es un medio fundamental para lograr un resultado eficaz y seguro del tratamiento.

Esto es así tanto para los medicamentos financiados por el Sistema Público de Salud como para los no financiados.

En la receta, un médico u odontólogo prescribe para un paciente con nombres y apellidos, un medicamento concreto, con una pauta de uso individualizada. Todos estos datos son necesarios para una dispensación del medicamento con garantías, y para el éxito del tratamiento.

Primero la receta, después el medicamento

Receta para el farmacéutico

Copia para el paciente

Algunos de los medicamentos no financiados que se prescriben en los Centros de Salud también precisan receta, sin la cual no pueden ser dispensados.

recomiendan también precisan receta, sin la cual no pueden ser dispensados. Algunos de ellos son muy sensibles desde el punto de vista de reacciones adversas, y riesgo de abuso y tráfico: codeína, vacunas, fármacos para disfunción eréctil, deshabitación tabáquica, anabolizantes, corticoides inyectables, etc. La Consejería de Sanidad debe proveer a sus prescriptores de un modelo de receta no financiada que cumpla todos los requisitos del Real Decreto Ley.

Agradezco al Colegio Oficial de Médicos y a su presidente la oportunidad de abordar este tema. Agradezco igualmente a todos los médicos que ya se han adaptado al nuevo RDL, así como a los dentistas, que utilizan la nueva receta de modo generalizado.

Animo, por último, a los facultativos que aún no lo han hecho a dar el paso. Sabemos que el cambio requiere un esfuerzo para todos, médicos y farmacéuticos, pero vale la pena. Está en juego nada menos que el cumplimiento de la ley y, más importante si cabe, mejorar el uso racional de los medicamentos por la población a la que servimos. ■

algunas novedosas, que se deben observar a día de hoy en materia de receta médica privada:

1-La receta es válida para una sola dispensación por la oficina de farmacia. La receta, una vez dispensada, debe ser conservada por la oficina de farmacia.

2-El paciente necesitará que se le extiendan en cada consulta tantas recetas como envases precise hasta la nueva visita al médico. Una receta por cada envase de cada medicamento.

3-En la receta debe venir una parte de información al paciente,

diferenciada de la receta propiamente dicha que se entrega a la farmacia.

El Colegio Oficial de Médicos ha puesto a disposición de sus colegiados una receta médica privada oficial que cumple todas las exigencias del nuevo Real Decreto.

Un capítulo aparte: Médicos del Sistema Público de Salud y prescripciones de medicamentos no financiados. Aunque el 90% de las prescripciones de los médicos del SNS se realizan en receta financiada del SES-PA, **muchos de los medicamentos no financiados que puntualmente**



Se recuerda a todos los colegiados la necesidad de **aportar al Colegio todos sus títulos oficialmente expedidos o reconocidos.**

(Artículo 34 del Reglamento y Estatutos particulares del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias).



Dr. Sergio Calleja

Neurólogo. Responsable Unidad Ictus HUCA

El ictus es una disfunción neurológica de instauración súbita causada por una alteración de la circulación cerebral, bien sea una obstrucción arterial (ictus isquémico, que representa el 85% de los casos) o un desgarro de la arteria (hemorragia cerebral, que representa el 15% de los casos).

El ictus isquémico es la más frecuente de las urgencias neurológicas y, merced a los avances en los tratamientos de las últimas décadas, se ha

convertido en una de las patologías médicas de atención más prioritaria. La introducción de los tratamientos recanalizadores en fase aguda nos ha enseñado que el tejido cerebral aguanta poco tiempo en situación de isquemia, por lo que no basta con recanalizar la arteria obstruida: hay que hacerlo lo más pronto posible. Si bien para los tratamientos de fibrinólisis intravenosa el límite temporal para llevar a cabo una intervención efectiva se ha situado en cuatro horas y

media, el éxito de dicha intervención no será el mismo si se practica una hora después de la oclusión arterial que si se realiza al filo del final de la ventana terapéutica. De ahí que las instituciones médicas americanas popularizaran una frase que se ha utilizado como lema en los últimos veinte años para transmitir la importancia de una intervención precoz: “Tiempo es cerebro”.

Uno de los mayores retos a los que se enfrenta la atención al ictus agudo es conseguir situar a la mayor parte de los pacientes con esta afección en un hospital con posibilidades de llevar a cabo tratamientos recanalizadores en el espacio de tiempo más corto posible. La tarea es difícil de llevar a cabo, ya que presupone el funcionamiento coordinado y eficaz de toda una serie de actores que forman la llamada cadena de cuidados emergentes del ictus. Esta cadena comienza con una población conocedora de los síntomas de alarma, continúa con un sistema de emergencias extrahospitalarias bien protocolizado, sigue con una Atención Primaria alerta a la posibilidad de que se produzca esta eventualidad y finaliza con el paciente en un hospital que tenga bien engrasados los engranajes que conducirán a un tratamiento recanalizador efectivo y precoz, bien sea este farmacológico o intervencionista. El Código Ictus es el protocolo que coordina todos los operativos de atención urgente para conseguir este objetivo.

En el pasado se ha minusvalorado el papel del médico de Atención Primaria en el Código Ictus, e incluso en

un tiempo llegó a difundirse la idea de que el flujo del paciente hacia el hospital sería mejor si los médicos de Atención Primaria no intervinieran. La experiencia ha demostrado la falsedad de esta aseveración. En nuestra región se activaron 272 Códigos Ictus en el año 2012. La mayoría de ellos fueron activados desde el domicilio del paciente, y en un 60% de ellos esa activación dependió de la actuación del médico de Atención Primaria.

El médico de Atención Primaria, ante un paciente con ictus agudo, debe plantearse si se trata de un posible candidato a tratamiento recanalizador. En esa decisión contará con el apoyo del médico regulador del Centro Coordinador de Emergencias del SAMU, pero el propio médico de Atención Primaria cuenta con una baza de enorme valor: el hecho de conocer al paciente, de tener acceso a su historial clínico, permite en muchas ocasiones resolver dudas y aclarar la

existencia de criterios de contraindicación para la fibrinólisis. En cualquier caso, la atención al paciente en su domicilio permite poner en marcha las primeras medidas de cui-

En nuestra región

se activaron 272 Códigos Ictus en el año 2012.

La mayoría de ellos fueron activados desde el domicilio del paciente, y en un 60% de ellos esa activación dependió de la actuación del médico de Atención Primaria.

datos generales que, correctamente administrados, constituyen la mejor neuroprotección para el cerebro en isquemia. Un correcto manejo de la tensión arterial, la glucemia, la temperatura y la oxigenación de la sangre pueden marcar la diferencia en esta

fase, condicionando una mayor duración del tejido en penumbra.

Con demasiada frecuencia los planes de mejora de la atención al ictus agudo se han centrado exclusivamente en el desarrollo de avanzados tratamientos hospitalarios. Sin embargo de nada sirve poseer los mejores tratamientos hospitalarios si los pacientes no llegan al hospital o lo hacen demasiado tarde. El papel de los médicos de Atención Primaria en la labor de incrementar el número de pacientes que se pueden beneficiar de los tratamientos recanalizadores en fase aguda es clave. Nuestro país dispone de una estupenda red de Atención Primaria, y son inaplazables los planes formativos que permitan aprovechar ese potencial para la identificación y tratamiento inicial de los pacientes con ictus agudo, como es inaplazable la necesidad de mejorar la coordinación entre los diversos niveles asistenciales para que la cadena de cuidados emergentes del ictus sea realmente eficaz. ■

CLÍNICA



VILLARREAL

Centro especializado en:

- Cirugía Oral y Maxilofacial
- Cirugía Estética Facial
- Cirugía de Implantes Dentales
- Periodoncia y Cirugía Periodontal

Dr. Pedro Villarreal

Médico especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial

*Descuentos especiales a Colegiados
y a todos sus familiares*

Paseo La Florida, 18 – Bajo
33012, Oviedo (ASTURIAS)
Teléfono: **985 25 78 15**



Historia de la donación y de la transfusión de sangre

(Iª parte)

Dr. Miguel Ortega Jiménez

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



Desde la antigüedad la sangre fue considerada un elemento esencial y mágico, y distintos pueblos y culturas le atribuyeron numerosas propiedades. El primer antecedente de transfusión fue la ingesta de sangre de animales o de enemigos con el objetivo de adquirir mayor fortaleza entre otras cualidades. Por otra parte durante muchos siglos se emplearon las sangrías por sus efectos beneficiosos y milagrosos. Egipcios, romanos, aztecas y otras culturas realizaban sangrías por sus efectos sanadores. En la medicina de occidente se consideraba que la sangre poseía elementos vitales y que con su extracción se podían eliminar humores malignos.

El descubrimiento de la circulación sanguínea, en el que destacan tres nombres, Ibn-al- Nafis, Miguel Servet y William Harvey, supone un importante paso para comenzar a atribuir a la sangre su verdadero papel en la fisiología del organismo. A

partir de entonces el médico empieza a plantearse reponer la sangre además de extraerla.

En el 1665 el británico Richard Lower realiza la primera transfusión entre dos perros. Dos años más tarde, el francés Jean Baptiste Denis, médico de Luis XIV, realiza la primera transfusión entre un animal y un ser humano, utilizando sangre de un cordero a un adolescente, aunque algunos adjudican esta autoría a Lower. Éste, además, acusó al francés de robarle la idea. Denis también realizó transfusiones entre perros, entre corderos y caballos, y de terneros a perros. Defendía la utilización de la sangre de animales para transfundir al hombre, ya que sostenía que “estaba menos contaminada de vicios y pasiones” y tendría las características de los animales donantes: la docilidad y paciencia del cordero, y la fortaleza y serenidad del ternero. Aunque en principio realizó transfusiones con éxito más tarde no fue así, al aparecer las primeras reacciones hemolíticas por incompatibilidad entre la sangre del donante y receptor, abriéndose un debate a favor y en contra de la transfusión sanguínea. En 1670 el parlamento francés prohíbe la práctica transfusional en humanos, prohibición que posteriormente se extiende a Gran Bretaña y al resto de Europa.

Dos siglos más tarde, con el obstetra británico James Blundell, resur-

ge la transfusión como método terapéutico. A él se le atribuye la primera transfusión con sangre humana en 1818 utilizando sangre de personas en mujeres con hemorragias postparto. No obstante algunos autores defienden que la primera transfusión entre humanos fue llevada a cabo en 1667 por Claude Tardi.

Desde los inicios de la transfusión, la coagulación de la sangre representó uno de los principales problemas a resolver. Prevost y Dumas demostraron que la sangre desfibriada no coagulaba. Posteriormente se experimentó con bicarbonato sódico, fosfato sódico, hirudina y citrato sódico. Este último no se aplicó con seguridad en el ser humano hasta 25 años después. De forma simultánea, en 1914 Hustein en Bélgica y Luis Agote en Argentina, utilizan el citrato sódico sin toxicidad, y un año más tarde Richard Lewison formula la concentración óptima del 0,2% para ser utilizada, estableciendo las bases para resolver el problema de la coagulación.

Aunque sin duda una de las mayores y trascendentales aportaciones en la historia transfusional que permitiría la incorporación de la transfusión a la práctica médica habitual fue el descubrimiento en 1901 por el médico austriaco Karl Landsteiner de los grupos sanguíneos A, B y 0. Un año más tarde dos discípulos suyos descubren el grupo AB, completan-





“NEUROMARKETING”. El cerebro consumidor



Dr. Agustín Acebes Fuertes

Neurólogo. Hospital de Cabueñes. Gijón

Las nuevas estrategias de mercado tienen en la publicidad su gran aliado. Los publicistas viven de engatusar al comprador, de engancharle. Les pagan (a algunos muy bien por cierto) por elaborar mensajes que deben ser claros, atractivos, y sobre todo seductores. Su eficacia debe trasladarse rápidamente en ventas, en negocio.

Las imágenes entran por los ojos, impresionan la retina, pero su diana final es el cerebro. El gran protagonista, el que realmente analiza, procesa, memoriza y ejecuta es el “órgano gris”. Aquél que asienta arriba de nuestros hombros y entre nuestras orejas.

Antes se creía que la publicidad era como una especie de *“pócima mágica, con tres gotas de buen gusto, dos de calidad y una de oferta”*...y ya estaba fraguado el milagro del éxito comercial. Pero hoy las cosas han cambiado, ya no todo es magia, se busca la ayuda y el apoyo de la ciencia.

Y también en el campo de la publicidad se recurre a la neurociencia (faltaría más) y ha surgido del revolucionario *“Neuromarketing”*. La influencia del conocimiento científico en el análisis de cómo el ser hu-

lóbulo frontal y el sistema límbico. El primero, más moderno evolutivamente, responsable de los procesos racionales y críticos, mientras que el segundo (también llamado “cerebro emocional”) asienta de los procesos impulsivos y emocionales.

Así, cuando el publicista elabora su mensaje, la diana primera es ese “cerebro emocional”, pues sin el éxito de ese primer impacto, la guerra seguro estará perdida. Ya llegará después el cortex frontal a matizar, a dar razones para justificar o rechazar la decisión y dar los últimos pasos que ejecuten la compra, asegurando el éxito comercial.

El ser humano vive rodeado de un mundo de fantasías y de imaginación y si quieres ser elegido, que te prefieran y te compren, el publicista sabe bien que tiene que poner todo su empeño en activar ese circuito, ponerlo en marcha. Arrancar en los ojos para llegar a la meta del cerebro, finalmente, dueño y señor de todas las decisiones humanas. De las comerciales, también. Faltaría más. ■



mano toma sus decisiones comerciales. Hay que exprimir recursos en la pelea por el cotizado euro diario. En la toma de decisiones participan dos regiones bien diferenciadas de nuestro cerebro. La corteza cerebral del

Inauguración de la calle Dr. Eduardo González, Macano



De izquierda a derecha: Eduardo González, M^a José Palacios y Santiago González acompañados del alcalde de Oviedo, Agustín Iglesias.

► El cardiólogo Eduardo González, Macano, fallecido en septiembre de 2012, ya tiene calle en Oviedo ubicada en la zona de Prado de la Vega, cercana al nuevo Hospital Universitario Central de Asturias, HUCA.

Durante el acto de inauguración de la calle su viuda, María José Palacios y sus hijos Santiago y Eduardo, estuvieron arropados por los amigos de Macano. El alcalde, Agustín Iglesias Caunedo; numerosos ediles del PP y de Foro; el presidente del Colegio de Médicos, Dr. Alejandro Braña; el presidente de honor de Alsa, José Cosmen (fallecido el pasado mes de diciembre), el psicoesteta Ramiro Fernández o la cronista de Oviedo Carmen Ruiz-Tilve formaron parte de la lista de personas que pisó por primera vez, y de manera oficial, la calle Eduardo González.

El alcalde de Oviedo destacó del Dr. Eduardo González su contribución “a la mejora de la vida de los ovetenses



Numerosos amigos de Macano acompañaron a la familia.



Santiago González y el Dr. Alejandro Braña Vigil.

y a mantener viva esta ciudad, a que el corazón de Oviedo siga latiendo con mucha fuerza”.

Su hijo Santiago subió al estrado para dedicar un último discurso a su padre. “Siempre decía que se daba cuenta de lo viejo que era por la cantidad de gente que conocía”. ■

En recuerdo del Doctor Eduardo González Fernández, Macano

“Cuando mi voz calle por la muerte, mi corazón te seguirá hablando”, dijo Tagore y a mí me parece que así queda bien definido el sentimiento que todos guardamos del recuerdo de nuestro querido amigo Macano. Ovetense, compostelano, colegial, entrañable, educado, sincero, insustituible en los sentimientos y tan dolorosamente

perdido cuando más podríamos disfrutar de su extraordinario sentido de la amistad.

Me alegra que una calle de Oviedo recuerde para siempre su nombre y su importancia. Se lo merece. Pero siento una pena enorme por la ausencia irreparable que esa calle nos evoca.

Dr. Alejandro Braña Vigil

Presidente del Colegio de Médicos de Asturias

«La diálisis peritoneal da mucha autonomía al paciente»



Dra. Carmen Rodríguez Suárez, responsable de la Unidad de Diálisis Peritoneal del HUCA

—¿En qué año y en qué centro empezó a funcionar la diálisis peritoneal en Asturias?

► La primera Unidad de Diálisis Peritoneal se creó en el Hospital de Cabueñes en los años ochenta y funcionó hasta principios de los noventa. La Unidad del HUCA se creó en el año 1993 en el Servicio de Nefrología del antiguo Hospital General.

—¿Qué es la diálisis peritoneal?

► Con el término diálisis peritoneal se engloban todas aquellas técnicas de tratamiento sustitutivo que utilizan la membrana peritoneal como membrana de diálisis. La membrana peritoneal es una membrana biológica que se comporta funcionalmente como una membrana dialítica siendo esta característica el principal determinante para que la diálisis peritoneal constituya una técnica de trata-

miento adecuada para los pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V.

—¿En qué consiste el tratamiento?

► La diálisis peritoneal es una técnica sencilla que consiste en la infusión de una solución dentro de la cavidad peritoneal, a través de un catéter implantado previamente, y tras un periodo de permanencia en el que se produce la transferencia de agua y solutos entre la sangre y la solución de diálisis, se realiza el drenaje del fluido. La repetición de este proceso permite remover el exceso de líquido y aclarar los productos de desecho y toxinas acumulados en el organismo, así como acercar los niveles de electrolitos a la normalidad. Existen dos modalidades de diálisis peritoneal: la DPCA (diálisis peritoneal continua ambulatoria) en la que se realizan tres o cuatro intercambios al día de forma

manual y la DPA (diálisis peritoneal automática) en la que los intercambios los realiza una máquina, “cicladora”, durante la noche aprovechando las horas de sueño del paciente.

—¿Qué ventajas presenta este tratamiento en relación a otros como la hemodiálisis?

► Desde el punto de vista clínico son varias las ventajas: mayor preservación de función renal residual, ultrafiltración lenta y continua lo que proporciona una mayor estabilidad hemodinámica, mejor aclaramiento de moléculas de mediano tamaño, menor inflamación sistémica, no necesidad de acceso vascular ni anticoagulación. Es un tratamiento domiciliario que proporciona una mayor flexibilidad en los horarios, facilita los desplazamientos (viajes, vacaciones...), proporciona una mejor calidad de vida y permite mantener



De izquierda a derecha: Isabel González Díaz (supervisora), Miguel Núñez Moral, Beatriz Peláez Requejo, Alejandra Méndez González, Carmen Rodríguez Suárez, Emilio Sánchez Álvarez, Aurora Quintana Fernández y Mónica Fernández Pérez.

una mayor tasa de laboralidad. Es más barata que la hemodiálisis.

—¿Qué complicaciones pueden presentarse?

► Las complicaciones relacionadas con la técnica son infecciosas (peritonitis e infecciones del orificio de salida del catéter). En más del 90% se tratan ambulatoriamente mediante antibióticos intraperitoneales y las relacionadas con el catéter, como el desplazamiento que habitualmente se resuelven con tratamiento conservador.

—¿Cuándo se desaconseja el tratamiento con diálisis?

► Las únicas contraindicaciones absolutas para la diálisis peritoneal son la incapacidad del peritoneo como membrana dialítica y la enfermedad mental grave. Se recomienda no realizar diálisis peritoneal en pacientes

con enfermedad inflamatoria intestinal, portadores de ostomias, obesidad mórbida o enfermedad obstructiva pulmonar grave.

—¿Cuántos asturianos reciben uno de los tres tratamientos: diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante de riñón sustitutivo? De ellos ¿cuántos han sido trasplantados?

► Según los datos del Registro de Enfermos Renales de Asturias (datos de 2012) la prevalencia era de 1.151 pacientes en tratamiento renal sustitutivo (1.069 por millón de población). De ellos 637 (55%) estaban trasplantados, 411 (36%) en hemodiálisis y 103 (9%) en diálisis peritoneal.

—¿Cuál de los tres tratamientos resulta más barato para el Sistema Nacional de Salud?

—El tratamiento más barato después del primer año es el trasplante renal. Según datos publicados por Arrieta, la hemodiálisis tiene un coste medio por paciente y año de 46.659 euros frente a la diálisis peritoneal que supone 32.432 euros, es decir 14.000 euros menos.

—¿Qué diferencias tiene la diálisis en relación con otros tratamientos?

► La diálisis peritoneal es una técnica ambulatoria que el paciente o su cuidador realiza en su domicilio. Tras implantar el catéter se inicia un periodo de entrenamiento en el que el paciente adquiere los conocimientos necesarios para realizar la técnica, reconocer sus posibles complicaciones, balance de líquidos, etc. y posteriormente inicia el tratamiento en domicilio, tiene la posibilidad de contacto telefónico permanente con la unidad

para cualquier eventualidad y realiza revisiones periódicas cada uno o dos meses. Esto supone responsabilizarse de su tratamiento, pero también proporciona mayor satisfacción por el autotratamiento

—¿Y cuál da más autonomía al paciente?

► La diálisis peritoneal da mucha autonomía al paciente, ya que le permite adaptar los horarios a sus necesidades, así como viajar sin verse obligado a contar previamente con un centro para dializarse como en el caso de la hemodiálisis, permite en muchos casos mantenerse laboralmente activo.

—¿Cuál es el mejor tratamiento para una persona con insuficiencia renal?

► El tratamiento de la enfermedad renal crónica debe contemplarse de una manera integrada que incluya la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) donde se informará al paciente sobre las opciones de terapia renal sustitutiva (DP, HD y TX), fomentando la libre elección de la técnica, tratando de potenciar el trasplante anticipado de donante vivo y las técnicas más coste-eficientes.

—¿Qué alternativas hay al trasplante de riñón?

► La alternativa hasta que es posible el trasplante o para aquellos pacientes que no son candidatos a recibir un trasplante es la diálisis. La modalidad, hemodiálisis o diálisis peritoneal, debe ser elegida por el paciente adecuadamente informado sobre las ventajas e inconvenientes de ambas técnicas, teniendo en cuenta que a lo largo de la vida del paciente con enfermedad renal puede necesitar cambiar de modalidad dialítica.

—¿Qué edades tienen los pacientes a los que atienden?

► Varía entre los 22 y los 88 años. El 40% tiene edades comprendidas entre 45 y 64 años, el 45 % tiene más de 65 años.

—¿Cuántos asturianos padecen enfermedad renal?

► El número exacto se desconoce pero en el estudio EPIRCE (Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España), en el que participaron dos centros asturianos, la prevalencia de enfermedad renal crónica (estadio 3-5, es decir, con filtrado glomerular menor de 60 ml/min) es de 6,8 % en el total de la población y aumenta con la edad, en los mayores de 64 años se eleva al 23%.

El número de pacientes que inician terapia renal sustitutiva en Asturias está

entre 130-140 pacientes al año y se mantiene estable en la última década.

—¿Aumenta a lo largo de los años el número de pacientes tratados con diálisis peritoneal?

► En el año 2000, 18 pacientes realizaban diálisis peritoneal y en 2012 eran 103.

—¿Cuentan en la unidad con un registro de pacientes?

► Sí, en 1993 teníamos cinco paciente en diálisis peritoneal y actualmente son 120 pacientes. Gracias a este registro podemos valorar nuestros resultados y las posibles áreas de mejora.

—¿Qué posición ocupa Asturias en relación a otras Comunidades Autónomas en lo que se refiere a pacientes tratados con diálisis?

► La incidencia de diálisis peritoneal en España fue en 2012 del 16,3% y en Asturias del 25%, similar a otras comunidades del norte de España y similar a la de los países del norte de Europa que tiene una alta proporción de pacientes en técnicas domiciliarias. La unidad del HUCA es la que trata a un mayor número de pacientes en España, ya que recibe pacientes de todos los Servicios de Nefrología de la Comunidad. ■



CARNÉ COLEGIAL

El carné de médico colegiado tiene una caducidad de cinco años. Transcurrido ese tiempo ha de ser renovado. Para ello el médico interesado deberá pasar en persona, y no delegar en nadie, por cualquiera de las tres oficinas que tiene este Colegio en Oviedo, Gijón o Avilés para actualizar sus datos y cumplimentar la ficha de reconocimiento de firmas. También deberá aportar una foto reciente tamaño carné.



Dr. Jesús Bernardo

Nutriólogo de la selección española de Hockey patines

«En el deporte la alimentación tiene que ser totalmente individualizada»

—¿Qué importancia se da a la alimentación en un Campeonato del Mundo?

► Concretamente, la Selección Española, muchísima, para lo cual hacemos un trabajo muy exhaustivo jugador por jugador, individualmente desde que los concentramos en el Centro de Alto Rendimiento de San Cugat (Barcelona) dos meses antes de la competición. Y una vez en pleno campeonato mantenemos una alimentación muy estudiada para cada partido dependiendo de la exigencia del contrario. Estudiamos partido a partido y les preparamos la alimentación de acuerdo al gasto energético y siempre pensando en el partido que vuelvan a jugar al día siguiente.

—¿Qué papel juega la alimentación en el deporte de élite?

► Hoy en día, en cualquier deporte, como no se siga una alimentación muy específica, muy estudiada, el rendimiento del deportista disminuye en un 50%. A mis jugadores y a todos los deportistas que controlo siempre les digo antes de empezar el día que al acabar un partido o una competición sientan la necesidad de seguir jugando o compitiendo sin notar cansancio y que ellos vean que la

El Dr. Jesús Bernardo con la Copa del Mundo de la selección española de Hockey patines.

El médico nutriólogo Jesús Bernardo es un gran defensor de la Dieta del Cantábrico, experto en las bondades del aceite de oliva, y miembro de la Comisión de Nutrición del Comité Olímpico Español. Es, además, nutriólogo de la selección española de Hockey patines que el pasado mes de octubre se proclamó por decimosexta vez campeona del mundo en el torneo celebrado en Angola.

¿Ha sido una decisión acertada unirse a este proyecto deportivo?

► Quien mejor lo puede decir son los jugadores, ya que cuando empecé con ellos hace dos años para prepararles para el campeonato de Europa en Paredes, en Oporto, fue cuando des-

cubrieron las bondades de una nutrición adecuada al deporte que practican. Una vez terminado y ganado el campeonato de Europa todos los jugadores de la Selección Española me pidieron seguir haciendo el tratamiento nutricional durante la temporada en sus equipos respectivos.

recuperación es inmediata, ése es el día que empiezan a estar bien alimentados.

—¿Qué alimentos ha de tomar con más frecuencia un deportista?

► En el deporte la alimentación tiene que ser totalmente individualizada y quiero hacer mucho hincapié en esto. Cada deportista tiene su alimentación. Si queremos aumentar su rendimiento un 50% debemos hacer un estudio nutricional muy completo, no solo para la competición sino para toda la temporada. Por ello nunca podemos hablar de un determinado alimento, sino de un conjunto de alimentos que sobre unas características determinadas de un deportista va a tener un efecto muy beneficioso para aumentar su rendimiento.

—¿Qué opinión le merece la suplementación deportiva que está tan de moda en los últimos tiempos?

► Mi opinión es que aquel profesional que tiene que recurrir a suplementos deportivos denota que sus conocimientos en materia de Nutrición deportiva son muy escasos o quizás nulos, lo que demuestra que su formación deja mucho que desear. Nunca utilizo para ninguno de mis deportistas ningún tipo de suplemento alimenticio. ¿Sabe por qué? Porque lo mismo se consigue con la alimentación, sobre todo conociendo muy profundamente la composición nutricional de los alimentos y sabiendo qué efecto va a tener sobre el deportista. Los suplementos deportivos son en muchas ocasiones ineficaces y a veces muy perjudiciales para la salud del deportista. A mis deportistas les tengo totalmente prohibido el consumo de cualquier producto que no sean alimentos, como por ejemplo las vitaminas. Siempre les digo que las vitaminas en el deporte no se toman, se comen con los alimentos. Y lo mismo podemos decir de recuperadores, aminoácidos, etc.



El equipo y técnicos de la selección española de Hockey patines que se proclamó campeona del mundo en Angola.

—El exceso de vitaminas y minerales ¿puede ser perjudicial para un deportista de élite?

► Todos los trabajos sobre megadosis de vitaminas en el deportista de élite dicen que no son beneficiosos y que pueden llegar a ser muy perjudiciales para la salud a largo plazo.

—¿Es España un país pionero en lo que a nutrición deportiva se refiere?

► Ni mucho menos, a nivel mundial la tendencia es la especialización médica en Nutrición deportiva. Aquí, en este país cualquier monitor, entrenador, preparador físico, etc. puede dar dietas a un deportista sin saber las consecuencias que van a tener en la salud del deportista. A parte de competir y tratar de ganar, el deportista debe mantener una buena salud.

—¿Hay muchos especialistas en este tema?

► No, qué va. Hoy en día son los médicos de medicina deportiva los que también hacen Nutrición deportiva. Pero fuera de España cada vez se hace más hincapié en la especialidad específica de Nutrición deportiva, es mucho más súper especializado.

—¿Cree que la alimentación juega un papel importante a la hora de evitar lesiones?

► Está demostrado científicamente que un deportista con una alimentación determinada durante todo el campeonato nunca va a tener lesiones. El deportista que se lesiona, a parte de un traumatismo, es que no está bien alimentado. Yo les puedo decir que desde que llevo la alimentación de la Selección Española de Hockey patines, nunca hemos tenido ningún lesionado, y ya van dos años. Prueba de ello es que mis jugadores no quieren dejar la alimentación específica de cada uno bajo ningún concepto durante toda la temporada. Como dice el refrán, algo tendrá el agua cuando la bendicen.

—¿Cómo ha cambiado la alimentación de los deportistas de élite con el paso del tiempo?

► Ha cambiado muchísimo, cada vez tienen una alimentación más específica; desde los primeros juegos olímpicos en la antigüedad ya se consideraban ciertos alimentos muy importantes para alcanzar la gloria. La alimentación es el factor más importante a parte del entrenamiento y el descanso, que puede llevar a cualquier deportista a lo más alto, y el que siga pensando que la alimentación no sea totalmente individualizada le aseguro que ese deportista o equipo nunca llegarán a nada. ■

REUNIÓN DE NAVIDAD

Los médicos jubilados y las viudas y viudos de colegiados asistieron a una merienda que se organizó en el Colegio de Médicos el pasado mes de diciembre para celebrar la llegada de la Navidad. Fue ésta una ocasión en la que muchos aprovecharon para saludar a amigos y compañeros con los que hacía tiempo que no coincidían. El encuentro finalizó con un brindis en el que el presidente, Dr. Alejandro Braña, deseó a todos los presentes unas felices navidades y un próspero 2014.

El vocal de médicos jubilados, Dr. Enrique Portilla también felicitó la Navidad a las personas que asistieron a este encuentro, que resultó muy emotivo.





Fiesta infantil

Los niños fueron los protagonistas de la fiesta infantil organizada por el Colegio de Médicos para celebrar la llegada de la Navidad. Plisplas ofreció un maravilloso espectáculo que fue seguido con gran atención por los pequeños.



Al término de su actuación el príncipe Abdeladid y su séquito de pajes saludaron a los niños y leyeron una carta escrita por los Reyes Magos de Oriente que incluía, entre otros, una serie de consejos para portarse bien como obedecer, ver menos la tele, lavarse muy bien los dientes, acostarse pronto y estudiar mucho. La misiva Real se entregó a un representante del Colegio de Médicos, que se encargará de su custodia. Finalizada la lectura de la carta, se procedió a la entrega de regalos.





La fiesta finalizó con una enorme piñata. Un año más, la fiesta infantil de Navidad que organiza nuestro Colegio se convirtió en un momento mágico para los más pequeños.

Francisco Menéndez-Graíño, presidente de la Asociación Española de Cirugía Plástica



Dr. Francisco Menéndez-Graíño.

El Dr. Francisco Menéndez-Graíño es desde el pasado mes de octubre el presidente electo de la Asociación Española de Cirugía Estética Plástica (AECEP), cargo que desempeñará en el bienio 2016-2017. Doctor en medicina por la Universidad de Oviedo, Graíño centra su trabajo desde 1986 en el campo de la cirugía estética facial, mamaria y corporal. Actualmente es Editor Jefe del European Aesthetic Plastic Surgery Journal, revista de reciente creación que busca ser el órgano de la Asociación Europea de Sociedades de Cirugía Plástica Estética (EASAPS).

La AECEP agrupa a más de un centenar de especialistas españoles dedicados de forma prioritaria a la cirugía estética a los que se exige como requisitos un mínimo de cinco años de ejercicio profesional, ser miembro de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética y pertenecer a la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética (ISAPS).

PREMIOS Y RECONOCIMIENTOS

Esta revista del Colegio Oficial de Médicos de Asturias cuenta con una sección en la que se recogerán noticias relacionadas con los premios y reconocimientos que hayan obtenido nuestros médicos colegiados en el desarrollo de su actividad profesional.

Si deseas compartir con nosotros esta información, puedes llamar al Colegio de Médicos al teléfono 985 23 09 00 o correo electrónico secretaria@comast.es e indicar tu nombre completo, especialidad, trabajo premiado y teléfono en el que podamos ponernos en contacto contigo para completar la noticia.



Julio César García Rubio Premio “Severo Ochoa”



El Dr. Alejandro Braña hizo entrega del premio “Severo Ochoa” a Julio César García.

Julio César García Rubio es el flamante premio “Severo Ochoa” que patrocina el Colegio de Médicos y que se entrega cada año en el transcurso del acto organizado por la Universidad de Oviedo para conmemorar la festividad de Santa Catalina. Este galardón reconoce la trayectoria de los mejores expedientes académicos. En el caso de Julio César Iglesias, cuenta en su haber con 40 matrículas de honor, 23 sobresalientes y tres notables.

Tras recibir este importante Premio comentó que se lo dedica a todas las personas que le han ayudado a llegar hasta aquí. Maestros, profesores, médicos y compañeros y también, cómo no, a su familia porque “les debo lo que soy”.

Venancio Martínez, nuevo presidente de los pediatras de Atención Primaria

El pediatra asturiano, Dr. Venancio Martínez ha sido elegido el pasado mes de octubre en Las Palmas de Gran Canaria presidente de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Del total de pediatras españoles –unos 9.500– aproximadamente 7.000 trabajan en los centros de salud, donde se atiende de manera continuada a lo largo de sus primeros 14 años al 100% de los niños españoles. Actualmente España es uno de los pocos países europeos en

los que el pediatra trabaja en el ámbito primario en relación directa con las familias, lo que esta sociedad pediátrica y su nuevo presidente consideran una fortaleza reconocida de nuestro sistema de salud y un aspecto irrenunciable en la organización del mismo.

Nacido en Navia, Venancio Martínez se ha especializado como pediatra en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y lleva 18 años ejerciendo su profesión en el Centro de Salud El Llano, Gijón.



Dr. Venancio Martínez.

Dra. Isabel González Fernández-Argüelles

Médico generalista
SAC-Área III del SESPA

A la madre de todos los médicos

Antonina nunca había sido capaz de hablar en catalán. Recién llegada de su Andalucía y ya embarazada empezó a trabajar en la textil de sol a sol. Llegó el hijo, poca baja maternal y vuelta a la fábrica. Una suegra buena que no leía ni castellano se encargaba de la casa y la comida mientras el pequeño “charnego” devoraba cuentos en las dos lenguas al salir de la escuela. El padre que por fin había acabado de pagar el taxi le dejó huérfano una noche en la Ronda Litoral, maldito camión cisterna lanzado porque llegaba tarde a descargar en la Zona Franca.

El chico pudo acabar sus estudios superiores gracias en parte al seguro de su padre, pero no hubiera sido suficiente si ella no se hubiera dejado manos y ojos en aquella fábrica mientras la abuela lloraba ya en su tierra al hijo muerto tan joven.

El nuevo doctor comenzó como ayudante de Cirugía de la mano del Jefe en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. En las tardes sin guardia operaba en la nueva gran clínica de la parte alta de la ciudad, ahorrando peseta a peseta para que ella pudiera jubilarse de una vez. Le preocupaba que un día al salir del Metro no supo volver a casa y dos agentes uniformados

de la Guardia Urbana la acompañaron amablemente.

La temida enfermedad avanzó lenta al principio. Ella presumía delante de las vecinas porque había leído en la revista “Garbo” que algo parecido le pasaba a la gran Rita Hayword, “Hilda”, la divina pelirroja del celuloide que había sido mujer del Aga Khan.

Hubo que ingresarla en una residencia geriátrica asistida, él no podía estar pendiente las 24 horas de sus extrañas travesuras. En la última Nochevieja se había empeñado en impresionar a su elegante y flamante nuera y, con el agravante de que su cuidadora ecuatoriana se había ausentado de permiso navideño, el espectáculo culinario con fuegos incluidos a quien consiguió impresionar fue a toda la comunidad de vecinos: los bomberos tomaron las uvas en el domicilio chamuscado.

Una noche la rotura de un aneurisma abdominal insospechado movilizó al 061 que envió la UVI móvil a recogerla a la lujosa torre modernista que era ya su domicilio. El hijo y la nuera habían volado ese mismo día a un congreso fuera del país, y el Jefe de la Unidad de Semicríticos de Sant Pau asumió la responsabilidad del



consentimiento informado hasta la vuelta del hijo en 48 horas, compañero y amigo. Como valor añadido, el Jefe de Cirugía de guardia presencial ese día.

El temido tromboembolismo pulmonar complicó el postoperatorio inmediato, propiciando una de las habituales carreras de camillas por las catacumbas de la monumental Ciudad-Hospital desde Semicríticos de nuevo hasta los quirófanos.

Cuando a la vuelta del congreso las horas de espera le pesaban como losas en la Sala de las Columnas del querido Sant Pau, una residente de Cirugía le llevaba personalmente la noticia... Su madre había despertado ya en la sala de post-quirúrgicos del pabellón de Sant Albert, y aunque algo estuporosa había apretado la mano de la joven “metgessa” susurrando: “El meu fill també és metge”. ■

Dr. Enrique Portilla Fernández-VillaverdeVocal de Médicos Jubilados del Colegio
de Médicos de Asturias

Visita al Parador de Corias

Voy a contar mis impresiones sobre el Parador de Corias en Cangas de Narcea, primitivamente denominado Monasterio de San Juan Bautista.

Hace mucho tiempo, decenios, en una de mis excursiones por los distintos territorios asturianos, me llamaba la atención cuando iba a la zona de Cangas de Narcea y Muniellos la impresionante magnitud de aquel monasterio, regido por la orden de los Dominicos y anteriormente por los Benedictinos, con mil años de historia.

Era entonces una época que estaba en auge la inauguración de Paradores de Turismo y pensé: “aquí podría ubicarse un Parador o similar” pero....las comunicaciones eran desastrosas. Pocas personas tenían vehículo y ese magnífico edificio que ya tenía el sobrenombre de “El Escorial asturiano” no estaba en las rutas turísticas hasta que llegó la ocasión tanto tiempo esperada y ya está incluido en ellas.

Hay que agradecer a quien o a quienes decidieron su rehabilitación, financiación y construcción. Los asturianos y los cangueses en particular se beneficiarán de este destino que se ha dado al Monasterio de Corias. Ya está en los catálogos de Paradores y es, así lo estimo, un bien patrimonial, sin entrar en discusión sobre el concepto no siempre bien definido y aceptado de “rentabilidad”.

Pues ya estamos en el Parador. El viaje en coche desde Oviedo es más o menos de 45 minutos. Hasta el enlace en Cornellana es todo autopista y a continuación el corredor del Narcea con buen piso, aunque con bastantes curvas. Una amplia explanada con aparcamiento y acceso lateral al edificio, que ya da sensación de magnitud.

Custodian la entrada dos vagonetas de minas en recuerdo histórico minero de las explotaciones de aquella zona actualmente, como todas, en acentuado declive.

Grandes espacios, inmensos pasillos, casi se percibe eco en las pisadas. Un bonito claustro proporcionado a las magnitudes del edificio con un enorme árbol centenario traído de América. Tras subir unas enormes, majestuosas escaleras llegas a la zona de dormitorios, en lo que fue su primer destino celdas para los monjes.

Un pasillo muy ancho y largo donde están alineadas y numeradas

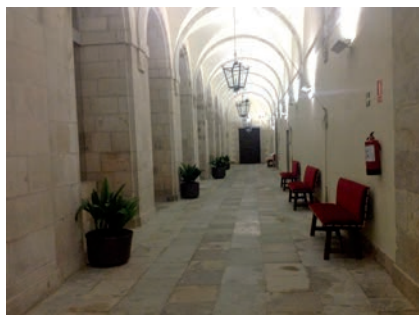
las habitaciones. Un detalle curioso: a la entrada de cada habitación, un par de preciosas madreñas pero....absolutamente ancladas al suelo, por tanto no se pueden llevar como “recuerdo”.

Entro, entramos, en la habitación, amplia, amplísima. Techos altos, camas espaciosas y un cuarto de baño lujosamente dotado y con tecnología punta.

Para tomarse una copa, cerveza o similar un espacio de luz tenue con farolillos, lámparas en el techo con pretensiones de ambiente minero. Magnífica y grandiosa biblioteca.

Diferentes salones con distintos usos y un comedor con ornamentación singular, que no está en la misma línea ambiental. Únicamente están operativas unas determinadas habitaciones.

Mi impresión es positiva. El personal atento, como es norma en los Paradores y el desayuno y comida en la línea de estos establecimientos.





El Parador de Corias se ubica en Cangas de Narcea, en un impresionante Monasterio que entre los siglos XII y XIII alcanzó su máximo esplendor.

Una apreciación por tanto subjetiva: me parece que está escaso de mobiliario acorde con el edificio y sus magnitudes. Quizás se pretendía dar esa sensación de austeridad y extensión, y ese efecto es válido para las habitaciones con simple y austero mobiliario, pero naturalmente, con TV y WI-FI.

Me viene una reflexión al ver el ambiente de grandiosidad de estos edificios, y al tiempo ascetismo de sus celdas, trasladados a otras épocas pretéritas. Es evidente que eran auténticos palacios en contraste con el entorno en el que estaban enclavados. Comentarios para todos los gustos, tendencias e ideologías, bien es cierto que juzgar hechos, comportamientos, ambientes de hace siglos con los parámetros actuales no son válidos para otras épocas.

Formando conjunto con el mismo edificio existe una iglesia que sigue siendo regentada por los propios Dominicos, y continúa siendo propiedad de estos.

Esta Iglesia está engullida por el propio monasterio y no es visible des-

de el exterior. Merece la pena visitarla y se puede hacer con guía, conocedora y amena en sus explicaciones.

La cercanía del bosque de Muñiellos, Leitariegos, el Acebo supone un atractivo más de este Parador.

Una anécdota vivida sin más trascendencia que lo simbólico, pero que da alguna pista del momento que vive "este país" geográficamente denominado como España.

En las habitaciones de los Paradores suele haber una pequeña hoja donde te indican si deseas hacer algún comentario o sugerencia, pues bien aquí también estaba dicha hoja.

Está redactada en español, alemán, inglés, francés y.....¡¡¡¡catalán!!!!

Pregunto en admisión porqué en Asturias o sea en esta parte de España y en un Parador Nacional tiene que estar incluido el catalán en la redacción de un escrito. Naturalmente la empleada educadamente me contestó que desconocía este asunto. Solicité la presencia del director u otro escalón jerárquico, que no compareció por lo que me fui sin respues-

ta pero mostrando mi disconformidad por escrito.

En el escrito manifesté mi sorpresa argumentando que el catalán es un idioma oficial y de uso en Cataluña donde sería lógico que los impresos estén escritos también en catalán pero aquí NO.

¿Y porqué no en vasco, gallego o, ya metidos a disgregar y parcelar, también en bable?

Es un inequívoco signo de retroceso, concesiones gratuitas impuestas, que irritan muchos sentimientos a cambio de nada.

Persistí en mis argumentos y escribí a la dirección nacional contestándome, dándome toda clase de disculpas y explicando el porqué de ese escrito en catalán fuera de su entorno lógico. Errores de intranet, duendecillos de la informática o en su manejo. Se disculparon y prometieron que inmediatamente sería corregido.

Merece la pena visitarlo. Final de primavera, verano y otoño son las mejores épocas, ya que con frío, niebla y agua disminuye el atractivo del entorno. ■

Dr. Luis Játiva García

Médico Analista



Melilla, sus avatares

La noche del 17 de septiembre de 1497, quinientos infantes del tercer duque de Medina Sidonia ponían pie en la península, que un día fue la ciudad de Mililia, ahora deshabitada. Aunque la toma de Melilla se hizo en nombre del Rey, quedó como bajo responsabilidad del Duque de Medina Sidonia, hasta 1554, en la que enfermó y, envejecido, pasó la zona de Melilla a depender exclusivamente de la Corona.

Se encontraron una ciudad en la que aún se conservaban parte de las murallas que el reino de Fes había construido. Además, los conquistadores la reforzaron, haciendo inútil todo intento, por parte de los fronterizos, de tomar la ciudad.

En 1556 Melilla disponía de 700 hombre y 50 caballos, incluyendo un físico (médico), un cirujano, un boticario y dos curas, más 70 mujeres y 100 niños.

Durante los siglos XVI y XVII se puede decir que fue una época

de bastante tranquilidad, donde las relaciones con los fronterizos fue suficientemente buena, como para que existieran intercambios de mercancías. A mediados del siglo XVII comienzan a llegar confinados y desterrados, lo que supuso un retroceso en cuanto a la seguridad y tranquilidad, del entonces llamado “presidio”. A finales del siglo XVII se rompen las buenas relaciones con los fronterizos, dejando de ser abastecidos por los fronterizos.

En el siglo XVIII, el Rey Carlos III firma un tratado de paz con Marruecos, 28 de mayo de 1767. Lo cual no impidió que Melilla fuera atacada por 30.000 hombre y artillería marroquí. Al cabo de un año de continuos ataques, sin poder tomar la plaza, el Sultán Mohamed ben Abdallah, decide abandonar.

Desde 1829 al 1838 se produce una sublevación carlista, apoderándose de la plaza.

En 1848 se produce un terremoto que destruye parte de las casas, la mayoría de ínfima calidad.

Durante tres siglos Melilla ha permanecido como perdida para el mundo.

Con el tratado de paz con el Sultán de Marruecos el 26 de abril de 1859, el gobierno español consigue que el Sultán ceda a Melilla el campo exterior. Cosa que no se hace efectiva hasta 1861. El disparo de un cañón, desde un torreón del recinto amurallado marcaría los límites del nuevo entorno de la ciudad de Melilla. En 1871 comienzan las obras que van a planificar el desarrollo de la ciudad.

En 1898, perdidos los últimos restos del gran imperio colonial, Cuba, Puerto Rico, Filipinas, el interés de los políticos, militares e incluso de los comerciales, se va a centrar en el norte de África. Cánovas del Castillo propugna una defensa a ultranza de las colonias españolas en África.



Torreón y Faro en el Pueblo (Melilla).



Playa de San Lorenzo (Melilla).

Para Segismundo Moret lo esencial es conseguir una paz definitiva, alcanzar influencia e introducir el comercio con los países del Magreb.

Se dan los primeros acuerdos entre Francia y España sobre Marruecos (1900, 1904, 1907). Dándose la circunstancia que Melilla deja de ser un lugar olvidado, ocupando un lugar privilegiado, de cara a los nuevos tiempos.

En 1893 ocurre un grave episodio. Se construye un fuerte junto a un cementerio musulmán, motivo para una sublevación de los fronterizos, en ese conato de guerra muere el General Margallo. Esto que pudo ser una tragedia para los habitantes de Melilla, se convirtió en un hecho fortuito, que supuso la mejora de la ciudad, ya que se enviaron a Melilla un total de 22.000 hombres, para la defensa de la ciudad.

Cerca de Melilla, en Uixan y Setolazar, se descubrieron unas inmensas minas de hierro, fáciles de explotar a cielo abierto. Para sacarle un rendimiento adecuado, se contrataron a especialistas españoles, mineros españoles y marroquíes de las zonas próximas. En el puerto de Melilla se construyó un magnífico y moderno muelle de descarga del mineral y se empezó la construcción de unas vías de ferrocarril que comunicara el cargadero de mineral con las mismas minas de Uixan y Setolazar. Esto, que suponía un beneficio para todos, Marruecos, España, los melillenses y los accionistas de las minas, no gustó a las cabilas circundantes.

Durante unos años, finales del siglo y primeros del 1900, gobernaba y dominaba, con mano dura y eficaz, la zona del Kert, Alcazaba de Seluan (próxima a Melilla), un supuesto Emir, llamado el Roghi (el de la burra), que pretendía llegar a ser el Sultán de Marruecos. En 1908 fue encarcelado, muerto y paseado por toda la zona del Kert, lo que ocasionó, entre otras cosas, que no hubiera



Mezquita y edificio modernista (Melilla).

ningún tipo de control. Algunos de esos descontrolados cabileños mataron a unos obreros, que instalaban las vías del tren.

Se produjo lo que se ha llamado “el desastre del barranco del lobo”. Un episodio trágico y costoso. Murieron jefes, oficiales y soldados españoles, entre otros el general Pintos (nacido en las Islas Chafarinas), el general Díez Vicario. El nombre del asturiano cabo Noval quedaría en la memoria de los españoles como el héroe que fue. Su nombre está presente en gran número de las ciudades españolas y un magnífico monumento a su heroicidad se encuentra en Madrid, cerca del Palacio Real, sufragado por una asociación de mujeres españolas.

La incorporación de 42.000 militares creó un grave malestar en Barcelona, una auténtica revolución, la llamada “Semana Trágica”, con enormes desdenes, quemas de iglesias y asesinatos.

Este hecho trágico volvió a engrandecer la ciudad, ya que llegaron a congregarse un elevado número de militares, 1.770 entre jefes y oficiales y 46.000 soldados.

En 1911 visitan la ciudad Alfonso XIII, el presidente del Conse-

jo de Ministros, Sr. Canalejas, y los ministros de Guerra y Marina. Es el aldabonazo a la ciudad. Se crean una serie de instituciones, mercantiles y educativas, con el fin de dar a conocer a la ciudad, Melilla, en el mundo hispano-marroquí.

En el 1912, el 27 de noviembre, se crea el Protectorado de Marruecos, bajo las batutas de Francia y España. Ni Alemania ni Inglaterra quedaron muy contentas, por lo que incordiaron todo cuanto pudieron.

Las famosas “Minas del Rif”, como eran conocidas, crearon entre algunos elementos indígenas (Abd el Krim) la idea de una riqueza inmensa, que los españoles estaban apropiándose indebidamente. Esto ocasionó la terrible guerra del 21, que ocasionó miles de muertos, en ambos bandos. En 1927 finalizó la guerra llamada del “Desastre de Anual”. A partir de esa fecha, como si hubiera sido un milagro, la zona del Protectorado español fue un remanso de paz, donde España se volcó en ayudas al pueblo marroquí, en sanidad, educación, carreteras y agricultura, a pesar de que la economía española no era demasiado boyante.

Melilla prosperó de forma vertiginosa, alcanzando más de 100.000



Melilla Recinto amurallado (El pueblo).

habitantes, a los que hay que añadir los miles de franceses, de Argelia y del Protectorado francés, que visitaban la ciudad. Las corridas de toros, en el coso que Cossio llamó “La mezquita del toreo”, acogieron a Dominguín, Cochita Cintron y otras figuras del arte de Cuchares. Por otro lado los combates de boxeo, en la misma plaza de toros, suponían un espectáculo grandioso, generalmente boxeaban españoles contra marroquíes. Cuando ganaba un español, las chaquetas

volaban, si ganaba un marroquí eran las chilabas. Pero en ninguna ocasión hubo peleas, ni malos modos.

A pesar que en 1956 Marruecos obtuvo su total independencia, la vida siguió floreciendo en la ciudad, pero a partir de la independencia de Argelia y la guerra entre Marruecos y Argelia, la ciudad fue decayendo.

Actualmente se ha convertido en una ciudad un tanto extraña. Por un lado, los marroquíes-españoles, no sabe uno a ciencia cierta si son lo uno

o lo otro, pululan la ciudad, los comercios de alimentación y otros muchos están en su poder. Diariamente entran y salen miles (30.000) de marroquíes por las fronteras melillenses, el trasiego de mercancías es asombroso. El número de españoles cristianos ha disminuido; el número de militares ha decrecido enormemente, aún así el último censo era de 80.000 personas. En el momento actual es un lugar de acogida de emigrantes, la valla instalada es un coladero, la policía marroquí no se implica y el asalto a las vallas es demasiado frecuente, lo que supone que Melilla alberga a cientos de emigrantes, de los llamados ilegales, incluidos niños con los que no sabe qué hacer. Este es un tema delicado, pero lo cierto es que los melillenses soportan un problema añadido a su ya difícil futuro. No sé cuál es la solución pero de seguir así, algún día explotará y entonces todo serán prisas por solucionarlo, (*very typical*). ■

Clínica Ovimed

**MEDICINA DEPORTIVA
FISIOTERAPIA
PODOLOGÍA**

C/. Fuertes Acevedo, 36 - bajo | 33006 OVIEDO
Teléfono 985 96 53 22 | ovimed@ovimed.es

www.ovimed.es

Dr. Ángel García Prieto

Médico Psiquiatra



Giorgio Todde, oftalmólogo y novelista, a la sombra de Efisio Marini

Giorgio Todde es un escritor sardo que nació en 1951 en Cagliari, donde también ejerce su profesión de médico oculista y colabora en una columna quincenal del periódico *Nuova Sardegna*. Autor de más de una decena de novelas, ha escrito al menos tres de género policiaco, protagonizadas por Efisio Marini, “il pietrificatore”, otro médico que vivió en la capital de Cerdeña entre 1835 y 1900 y se hizo famoso como descubridor de un procedimiento de momificación para embalsamar y conservar cadáveres. Estas novelas comenzaron a editarse en español, tras conseguir, con la titulada *El estado de las almas*, el Premio Giuseppe Berto y del Premio Rhegium Julii.

El estado de las almas (Ed. Siruela, 2004, traducción de Carlos Gumpert) es una historia que se desenvuelve en una remota comarca de la montaña de Cerdeña, a finales del s. XIX, donde se suceden tres crímenes rituales, especialmente violentos, que parecen relacionados entre sí y a la vez pueden estar influidos por una extraña simetría de números que en mucho tiempo se viene sucediendo en una de sus aldeas. En Abinei, los habitantes, contados por el párroco y la comadrona, son siempre ciento sesenta y cuatro, y hay una correspondencia inmediata numérica entre los recién nacidos y las personas que fallecen. El médico del pueblo, sospechando que la primera de esas muertes no es natural, llama a su compañero de estudios, Efisio Marini, para que desentrañe con la autopsia la

causa del primero de esos crímenes.

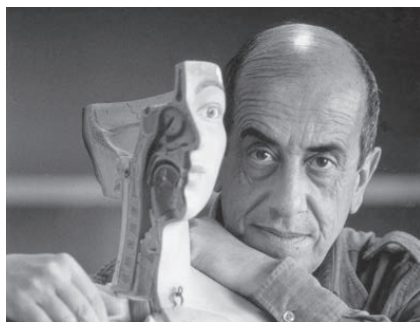
La novela va más allá del realismo con una serie de acontecimientos y circunstancias alambicadas, que sirven para poner de manifiesto el ambiente social opresor que Cerdeña vivía en la época, una isla pobre, demasiado periférica y abandonada a su suerte por el estado italiano, y que busca su defensa en las miserias de su pasado. Giorgio Todde juega con una serie de personajes bien dibujados, que resultan adecuados al ambiente. Desde luego la trama y la tensión narrativa atraen y envuelven y el trabajo de los personajes sirve, además, para traer consideraciones interesantes que llegan a remontarse hasta los clásicos griegos.

Tanto la historia como su estructura literaria hacen recordar otra novela del también sardo, Marcelo Fois, titulada *Siempre caro* (Ed. Salamandra, 2001); así como algunas de ambiente siciliano de Leonardo Sciascia; y con *La Mennulara*, de otra autora de origen siciliano, Simonetta Agnello Hornby; en ellas la moralidad de algunos de los personajes dejan mu-

cho que desear y la doble vida parece dominar su conducta. Es llamativa, desde un punto de vista negativo, la personalidad que el autor da al protagonista, demasiado pagado de sí mismo, cínico, vengativo y despiadado. Por lo que, finalmente, la novela deja un regusto amargo y poco edificante.

Miedo y carne (2005) es otra novela de parecidas características. En ella se desarrolla una historia ambientada en una ciudad no denominada, en el s. XIX, donde hay una serie de crímenes en cadena, que comienzan con el asesinato y mutilación de un conocido abogado. La familia de esta primera víctima encarga también a Efisio Marini la “petrificación” de su cadáver y el joven médico inicia una investigación en paralelo y en colaboración a la que efectúan los despóticos agentes judiciales. Tras la muerte del abogado se suceden los asesinatos de otras personas relacionadas más o menos directamente con la primera víctima, y se descubren otros delitos que comenzaban a extenderse por la ciudad.

Como en las otras novelas, Giorgio Todde consigue hacer una trama inquietante, que se mueve con tensión y suspense y trasciende del mero desarrollo policiaco hacia aspectos existenciales y de psicología social. Pinta una serie de personajes que sólo parecen moverse por motivos crueles, morbosos, malvados o enfermizos. El propio protagonista, aunque no aparece con una actitud tan agresivamente dominante y autosuficiente como en *El estado de las ánimas*,



Giorgio Todde.



se enreda complicando su situación conyugal.

La tercera que aparece publicada en nuestro país es *La mirada letal* (2006). Y aquí conviene aclarar que el orden de aparición de esta serie de novelas es el contrario a la edad de su protagonista, presentado en la primera como un ya maduro y afamado forense, un joven médico en la segunda y en *La mirada letal* Efsio Marini

es casi un adolescente de dieciocho años, precisamente en el verano anterior del curso académico en que va a desplazarse a Pisa para comenzar la carrera de medicina. Se trata pues, si se quiere ver así, de una novela de iniciación, en la que la trama policial no deja de ser una conseguida y atractiva manera de que Efsio viva “un largo adiós a las ilusiones de la juventud y un desencantado registro de las mise-

rias humanas”, según dice la contraportada de la novela. En *La mirada letal* se sucede otra serie de asesinatos, desde que la primera víctima, un pobre, rudo y sucio vagabundo descubriese, en el interior de una chopá que comía en un mesón del puerto, un valiosísimo anillo. Efsio Marini, que acude a diario a los humedales de la costa y es ya un excelente observador de la naturaleza y del comportamiento de las personas, se va encontrando detalles como para conjeturar con su desarrollada capacidad reflexiva una trama de intereses políticos que se demuestran criminales.

La novela tiene momentos especialmente bellos, una buena dosis de lirismo y una manera brillante de sencillo barroquismo para hilar las fuerzas de la psicología y la sociología con los acontecimientos de la vida, soporífera, palustre y agobiante de un caluroso verano mediterráneo al borde también de la bahía de Cagliari. ■



CLINICA ASTURIAS

Unidad de Diagnóstico Prenatal y Medicina Fetal

La salud de tu hijo importa desde el principio.



Embarazo

- Ecografía Obstétrica
- Ecografía Obstétrica de Alta Resolución
- Ecocardiografía Fetal: Estudio detallado del corazón fetal
- Ecografía Doppler Obstétrica y Ginecológica
- Amniocentesis
- Neurosonografía Fetal: Estudio detallado del cerebro fetal
- Ecografía 3D-4D
- Biopsias Coriales

Ginecología

- Ecografía Ginecológica
- Histerosonografía
- Ecografía de Esterilidad

Dr. Francisco A. Moreno Calvo
Especialista en Obstetricia y Ginecología

Naranjo de Bulnes, 4-6 • 33012 OVIEDO (Asturias) • Tel. +34 985 28 60 00
Fax +34 985 28 99 54 • www.clinica-asturias.com • info@clinica-asturias.com

C.1.1/680

PRESTACIONES Y SERVICIOS

que el Colegio de Médicos de Asturias
ofrece a sus colegiados



1 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.

2 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.

3 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.

4 Certificados de nacimiento, defunción y talonarios de tóxicos con el número de colegiado de esta Corporación.

5 Posibilidad de que el Colegio autentifique la firma del colegiado a efectos de expedientes de adopción, validación de informes médicos, etc.

6 Seguro de Vida Colectivo que indemniza a los herederos de médico en caso de fallecimiento en cuantías de 3.000 euros por muerte natural, 6.010 euros por muerte por accidente y 9.015 euros por muerte de accidente de automóvil.

7 Prestaciones de acción social para huérfanos de médicos, viudas de estos, o en los supuestos de invalidez del médico.

8 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.

9 Inclusión en los recientes Registros Profesionales creados por el artículo 5-2º de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias.

10 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.

11 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.

12 Posibilidad de domiciliar socialmente las Sociedades o Asociaciones Profesionales que, en relación con su ejercicio profesional, puedan constituir los distintos colectivos médicos.

13 Acogerse al PAIME (Plan de Atención Integral del Médico Enfermo).

14 Censo de viudos/as con inclusión en todas las actividades colegiales.

15 Registro de Agresiones y asistencia jurídica.

EL SANATORIO DE LA PROVENZA

Rosa M^a Blasco Gil (Alcañiz, Teruel), médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Doctora en Historia de la Medicina, ha publicado su nueva novela “El sanatorio de la Provenza”, en ediciones Tagus, la editorial digital de Casa del Libro. Esta obra literaria describe una historia ambientada en el año 1889 en la Provenza. Nuestro protagonista, un médico español, investigará la misteriosa muerte de varios pacientes en el Sanatorio de Saint Paul.

La Provenza, año 1889. Galo Aldave, un joven médico de origen español llega a Saint-Rémy para investigar unas extrañas muertes ocurridas en un sanatorio mental. A su llegada serán muchos los sospechosos pero contará con la ayuda la hermana Anne Marie, una joven novicia, y del doctor Larroque, un psiquiatra entregado a su profesión,

para llevar a cabo la investigación. No será tan bien recibido por todos ya que el apuesto médico y su investigación provocarán los celos y la ira de algunos de los trabajadores del centro.

El protagonista no solo logrará esclarecer el enigma en torno a la muerte de los pacientes fallecidos en el sanatorio de Saint Paul. Durante su estancia en Saint-Rémy, Galo vivirá experiencias que cambiarán su vida para siempre. Entablará una relación amorosa con Pauline Murat, una atractiva viuda, descubrirá un importante secreto de su misterioso pasado y aprenderá el valor de la amistad de la mano de la hermana Anne Marie, a la que Galo abrirá del todo su corazón. Un thriller histórico lleno de misterio, amor, intriga y celos en el sugerente paisaje de La Provenza.



SORPRESAS TE DA LA VIDA

“Sorpresas te da la vida” es el título de la última novela escrita por Mario Quirós Lobo, que fue durante 30 años abogado del Colegio de Médicos de Asturias. El libro, que reúne en sus páginas dieciséis cuentos, está dividido en tres partes. Una primera, que recoge relatos de humor; la segunda parte de misterio y la tercera y última plasma historias de la vida cotidiana.

Esta publicación forma parte de la colección de narrativa puesta en marcha por el Colegio de Médicos de Asturias denominada “Antón

Chejov”, y que recopila artículos firmados por médicos.

La obra literaria de Mario Quirós es extensa y prolífica. De hecho ha publicado libros relacionados con el derecho y es también autor de relatos y novelas.

Ha ganado los premios de novela “Olula del Río” (Diputación de Almería); “Rafael González Castell” (Ayuntamiento de Montijo); “Ciudad de Dueñas” (Simancas ediciones); “Felipe Trigo” (Ayuntamiento de Villanueva de la Serena) e “Ifach” (Ayuntamiento de Calpe).



Acuerdo de colaboración con Aldeas, Alojamientos Rurales de Asturias



El Dr. Alejandro Braña y José Sánchez firman el acuerdo de colaboración entre ambas entidades.

El Colegio Oficial de Médicos de Asturias firmó el pasado mes de octubre un acuerdo de colaboración con Aldeas, Alojamientos Rurales de Asturias, por el que los médicos colegiados podrán obtener interesantes descuentos mostrando su carnet colegial si deciden alojarse en alguno de los 38 establecimientos asociados a la marca que están ubicados en distintas zonas rurales de Asturias.

El acuerdo fue suscrito por el presidente del Colegio Oficial de Médicos de Asturias, Dr. Alejandro Braña, y por el presidente de Aldeas, Alojamientos Rurales de Asturias, José Sánchez.

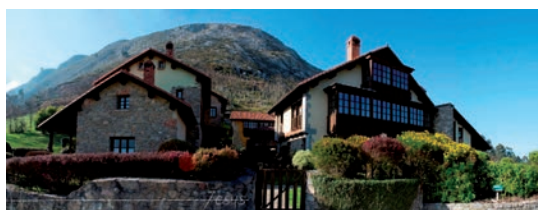
Los descuentos que se aplicarán y de los que podrán beneficiarse los médicos colegiados están fijados en los siguientes tramos:

- Estancias superiores a tres noches, 10% de descuento.

- Estancias superiores a cuatro noches, 15% de descuento.
- Estancias superiores a cinco noches, 20% de descuento.
- Oferta sujeta a disponibilidad.
- Oferta no acumulable a otras.

Todos los alojamientos que forman parte de esta marca de calidad, casas de aldea y apartamentos rurales,





no solo destacan por su arquitectura, entorno, autenticidad, calidad de instalaciones y confort, sino también por el trato y la hospitalidad dispensada por las personas que los dirigen, personas estrechamente vinculadas al territorio, que conocen perfectamente las características y las posibilidades que brinda al turista y están muy comprometidas con un modelo de desarrollo sostenible, respetuoso con el medio ambiente y con la puesta en valor de los recursos turísticos.

CASAS DE ALDEA

“Son casas de aldea las viviendas autónomas e independientes, cuyas características sean las propias de la

arquitectura tradicional asturiana de la zona, en las que se proporcione, mediante precio, el servicio de alojamiento y, eventualmente, otros servicios complementarios.

De acuerdo con las condiciones que reglamentariamente se establezcan, las casas de aldea se clasifican en tres categorías, identificadas por *trisqueles*”.

APARTAMENTOS RURALES

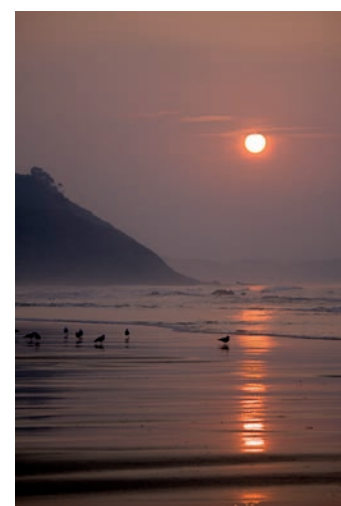
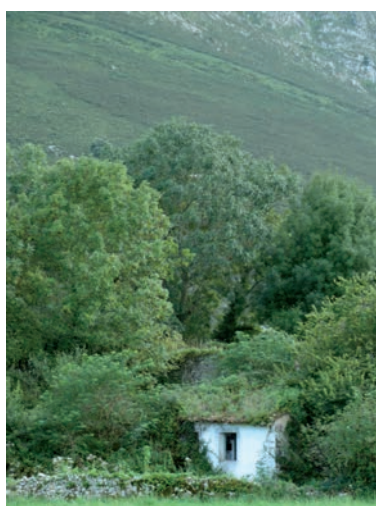
“Los apartamentos rurales son aquellos que, reuniendo las condiciones reglamentariamente establecidas, constituyan edificios o construccio-

nes que respondan a la arquitectura tradicional asturiana de la zona, proporcionando mediante precio el servicio de alojamiento en condiciones que permitan su inmediata utilización. Los apartamentos rurales se clasifican en categorías, identificadas por llaves”.

Más información
visitando la Web:

<http://aldeasasturias.com/promo/>

**CASAS ACOGIDAS A ALDEAS,
ALOJAMIENTOS RURALES
DE ASTURIAS**





II Rastrillo Solidario PUEBLO MAYA

► La ONG Cultura Indígena Principado de Asturias organizó el pasado mes de diciembre en la sede de Oviedo del Colegio de Médicos la II edición del Rastrillo Solidario Pueblo Maya, impulsado por el pediatra Germán Rodríguez.

En el Rastrillo se pusieron a la venta artesanías guatemaltecas indígenas mayas. Los fondos que se recauden se destinarán a conseguir fondos para poner en marcha la Unidad de Trasplante Medular Infantil en el Hospital San Juan de Dios de Guatemala, así como a promocionar pequeños proyectos como llevar agua potable a poblados, letrinas, huertos familiares, dar a familias dos ovejas, etc.

Por otra parte, el Dr. Germán Rodríguez impartió una charla coloquio en el Colegio de Médicos sobre Guatemala y los proyectos de cooperación llevados a cabo por la ONG Cultura Indígena en la zona. Durante la charla estuvo acompañado por Antonio Díaz, presidente de esta ONG. ■



Antonio Díaz y el Dr. Germán Rodríguez en el II Rastrillo Solidario Pueblo Maya.



CORREO ELECTRÓNICO

Con el fin de agilizar la comunicación entre el Colegio Oficial de Médicos de Asturias y los colegiados, te pedimos que rellenes y nos envíes este cuestionario en el que figuren los siguientes datos: nombre; apellidos; número de colegiado; correo electrónico y teléfono móvil. Recibirás puntualmente información colegial de interés.

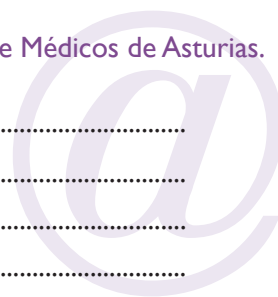
Puedes remitir tus datos a: secretaria@comast.es o a la sede del Colegio Oficial de Médicos de Asturias. (C/ Plaza de América, 10. 33005 Oviedo).

Nombre:

Apellidos:

Número de Colegiado:

Correo electrónico:



ÚLTIMA ECOE PARA QUE LOS LICENCIADOS PRE-95 OBTENGAN EL TÍTULO DE MÉDICO DE FAMILIA

La última prueba de Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (EEOE) se celebrará el 30 de marzo del 2014 de manera simultánea en Madrid, Barcelona y Sevilla y tendrá una duración de cuatro horas.

Con esta octava prueba culmina el proceso de homologación del acceso excepcional al título de especialista en Medicina de Familia, para los licenciados en Medicina que obtuvieron el título antes del 1 de enero de 1995, en cumplimiento de lo regulado en el Real Decreto 1753/1998.

Las tres sociedades científicas de Atención Primaria (SEMFYC, SEMERGEN y SEMG) organizarán en el mes de enero, conjuntamente, un curso “on line”, para la preparación de dicha prueba.

Los interesados en ampliar esta información, deben consultar las páginas web de dichas sociedades, así como la de la Organización Médica Colegial.

Dra. Belén Quesada Martín
Vocal de Medicina Extrahospitalaria

Homenaje a la memoria del Dr. José Aza



Izquierda a derecha: Dres. Rafael Cervero, José Luis Mediavilla, José A. Maradona, Enrique Portilla, Salomé Aza, Lino Vázquez, Rafael Gómez, Antonio J. Sancho y Santiago Iglesias.

La vocalía de médicos jubilados del Colegio de Médicos organizó el pasado mes de diciembre un emotivo homenaje al Dr. José Aza González, fallecido recientemente. El acto congregó a numerosos amigos y compañeros de Pipo, que quisieron rendir tributo a un querido compañero. Durante el encuentro se destacaron varios aspectos de su figura: su lado profesional, cazador, desde el humor, viajero, escritor, amigo de los libros y también desde el ámbito familiar. ■



Este acto contó con la presencia de numeroso público.

ASISTENCIA AL PACIENTE CRÍTICO

El pasado mes de noviembre se celebró en el Colegio de Médicos el curso de “Asistencia al paciente crítico”. El objetivo fue practicar en tiempo real habilidades de liderazgo y trabajo en equipo en situaciones clínicas o complicaciones que requieran actuación inmediata y mejorar la capacitación de los alumnos para la toma de decisiones y la aplicación de procedimientos terapéuticos ante eventos clínicos que puedan ocurrir, entre otros aspectos.



Alumnos participantes en el curso.

ACTUALIZACIÓN EN UROLOGÍA PARA MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA



Dres. Alejandro Braña y Ramón Abascal.

El Colegio de Médicos de Asturias acogió el pasado mes de noviembre la celebración del VIII curso de “Actualización en Urología” para médicos de Atención Primaria que dirigió el Dr. Ramón Abascal.

Algunos de los temas que se abordaron fueron: fisiología y prevención del envejecimiento; cirugía laparoscópica en urología robótica y 3D; cáncer de próstata, nuevos tratamientos; incontinencia urinaria; patología infecciosa en urología; anestesia en urología y dermatología genital en el varón, entre otros.

VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA Y NO INVASIVA EN MEDICINA DE URGENCIAS

La sede de Oviedo del Colegio de Médicos acogió el pasado mes de noviembre el curso taller de Ventilación Mecánica Invasiva y no Invasiva en Medicina de Urgencia. El objetivo fue mostrar a los asistentes las indicaciones, contraindicaciones y secundarismos derivados de la realización de maniobras para el control respiratoria en la Medicina de Urgencias y Emergencias. También se incidió en 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.



Se explicó cómo aplicar la ventilación mecánica en urgencias.

INFORMÁTICA



El Colegio de Médicos de Asturias puso en marcha el pasado mes de noviembre los cursos de Informática que se imparten en las sedes de Oviedo y Gijón respectivamente y que se desarrollan en grupos reducidos, de entre ocho y diez personas.

El temario del curso de **Internet** abarca los siguientes temas: Introducción a Internet, conexiones y configuraciones, navegadores, contenido web, correo electrónico, chat y mensajería instantánea, Skype y videoconferencia, transferencia de archivos, la nube (Google drive, Dropbox), redes sociales, Spotify y seguridad en Internet.

Entre otras posibilidades, para el año que viene se baraja la posibilidad de realizar algún curso de primer nivel, en el que se abordarán cuestiones básicas como Windows, Word, la navegación más elemental y el correo electrónico; otro de retoque fotográfico con GIMP, además de los que hay actualmente abiertos de Internet.



Los cursos se imparten en las sedes del Colegio de Oviedo y Gijón.

INICIACIÓN MEDICINA DE URGENCIAS



Se forma a los médicos en la medicina de urgencias.

El pasado mes de diciembre comenzó a impartirse en la sede de Oviedo del Colegio de Médicos el curso de Iniciación a la Medicina de Urgencias dirigido a médicos con actividad

en urgencias. Una primera parte está dedicada a conocimientos teóricos y la segunda, que se celebra durante el presente mes de enero, estará centrada en las habilidades prácticas.

El objetivo es formar de una manera adecuada a los médicos que inician su trabajo en la medicina de urgencias, así como adquirir los conocimientos necesarios para abordar de forma adecuada una urgencia a nivel hospitalario. Se pretende también que los alumnos puedan familiarizarse con el material necesario para realizar las distintas técnicas.

La asistencia médica urgente es un servicio socio-sanitario muy valorado por la sociedad. Es también muy utilizada por la población y con un elevado nivel de exigencia. En el año 2000 se realizaron en España 36 millones de atenciones en los servicios de Urgencias. Esta impresionante cifra ha crecido un 2-5% anualmente hasta hoy día.

CURSOS DE INGLÉS



El Colegio Oficial de Médicos de Asturias tiene la intención de volver a realizar los cursos de inglés, dándoles un sesgo que los haga más interesantes y prácticos. Así pensamos iniciar próximamente un curso de inglés básico especialmente orientado a que nuestros médicos jubilados, viajeros impenitentes, se manejen a la perfección en otros países.

También pondremos en marcha cursos de conversación, de preparación de comunicaciones o ponencias en inglés y, si el interés de los colegiados nos lo demuestra, programaríamos

el curso de inglés elemental que ya se celebró en anteriores ocasiones.

El profesor que se encargará de impartir estas sesiones formativas es Andrew Beets.

Nos gustaría conocer tu opinión sobre esta oferta colegial.

Te animamos a que nos comentes tus impresiones sobre esta iniciativa bien llamando al teléfono 985230900 o a través de la página web www.comast.es

CURSOS 2014

ENERO

INICIACIÓN A LA MEDICINA DE URGENCIAS

Fecha: del 10/12/2013 al 30/01/2014

Lugar: Aulas del Colegio Oficial de Médicos de Asturias. Plaza de América 10, 1º. Oviedo.

Plazo de inscripción: 06/12/2013

ASISTENCIA AL PACIENTE CRÍTICO. CASOS CLÍNICOS SIMULADOS

Fecha: del 26/03/2014 al 27/03/2014

Lugar: Aulas del Colegio Oficial de Médicos de Asturias. Plaza de América 10, 1º. Oviedo.

Plazo de inscripción: 20/03/2014

FEBRERO

VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA Y NO INVASIVA EN MEDICINA DE URGENCIAS

Fecha: del 24/02/2014 al 26/02/2014

Lugar: Aulas del Colegio Oficial de Médicos de Asturias. Plaza de América 10, 1º. Oviedo.

Plazo de inscripción: 20/02/2014

MAYO

CURSO DE SOPORTE VITAL AVANZADO EN TRAUMA

Fecha: del 19/05/2014 al 22/05/2014

Lugar: Aulas del Colegio Oficial de Médicos de Asturias. Plaza de América 10, 1º. Oviedo.

Plazo de inscripción: 15/05/2014

MARZO

SOPORTE VITAL CARDIOPULMONAR AVANZADO DEL PLAN ACE DE SEMES-AHA

Fecha: del 24/03/2014 al 25/03/2014

Lugar: Aulas del Colegio Oficial de Médicos de Asturias. Plaza de América 10, 1º. Oviedo.

Plazo de inscripción: 20/03/2014

OCTUBRE

TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS E INVASIVAS EN MEDICINA DE URGENCIAS

Fecha: del 20/10/2014 al 24/10/2014

Lugar: Aulas del Colegio Oficial de Médicos de Asturias. Plaza de América 10, 1º. Oviedo.

Plazo de inscripción: 16/10/2014

ANÍMATE A COLABORAR con la

Ésta es tu revista, la de todos los colegiados. Si deseas colaborar con nosotros, puedes enviarnos tus artículos acompañados de una fotografía tamaño carnet a la dirección secretaria@comast.es. Los textos deberán tener una EXTENSIÓN MÁXIMA DE FOLIO Y MEDIO ESCRITOS EN UNA TIMES CUERPO 12 y en un lenguaje sencillo, apto para todos los lectores. Si rebasan esa extensión, el Consejo Editorial está autorizado a no publicarlos.

Anímate a aportar tus ideas y sugerencias —que pueden ser incluso ajenas a la profesión— ya sean de literatu-

Revista

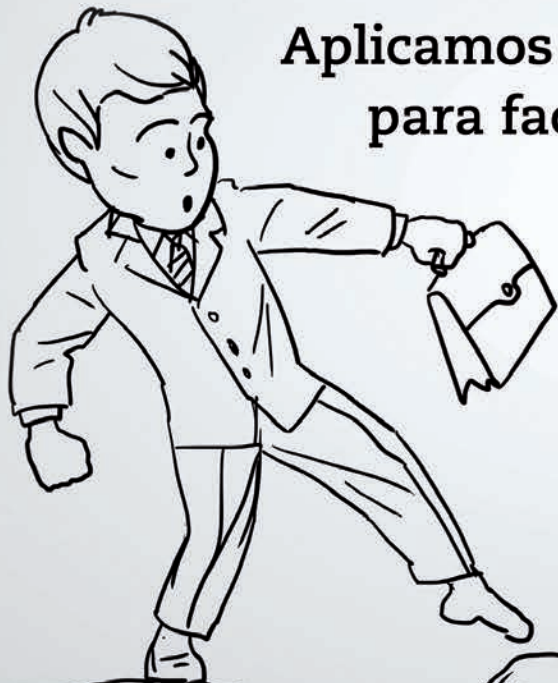
del COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS DE ASTURIAS

ra, filosofía, deportes, música, cine, gastronomía, viajes, etc.

Lógicamente no admitimos críticas o argumentaciones políticas contra entidades o asociaciones ni nada que pueda menoscabar intereses o zaherir el pundonor de otros colegiados.

Por supuesto, el Colegio no se hace responsable de los datos, informaciones o mensajes vertidos en los artículos: la responsabilidad, naturalmente, será de la persona firmante.

Aplicamos la mejor estrategia
para facilitar tu avance



C/ Cabo Noval, 7 - 3º Dcha. 33007 Oviedo
Tel.: 985 22 85 85 | Fax: 985 22 86 75
e-mail: serrador@serradorasociados.com
www.serradorasociados.com

siguenos en
facebook

Una buena impresión es lo primero



SERVICIOS INTEGRALES EN ARTES GRÁFICAS



Porque cuando se queda sin coche,
es cuando más ayuda necesita



Y además,

50%
DESCUENTO

Así funcionan nuestras nuevas coberturas exclusivas:

¿Tiene un problema con el coche y necesita que alguien le acerque al taller?

Nosotros lo hacemos

¿No sabe cómo volver a casa después?

Nosotros le llevamos

Y en caso de siniestro total, ¿cómo va a moverse?

Con el coche de sustitución que A.M.A. pondrá a su disposición

Así de fácil y así de claro.

Confíe en la experiencia de A.M.A. y disfrute del mejor servicio con total tranquilidad.

A.M.A. OVIEDO

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

A.M.A. GIJÓN

Emilio Villa, 1, esquina Cabrales
Tel. **985 15 57 17**
gijon@amaseguros.com



LA CONFIANZA ES MUTUAL
www.amaseguros.com 902 30 30 10

