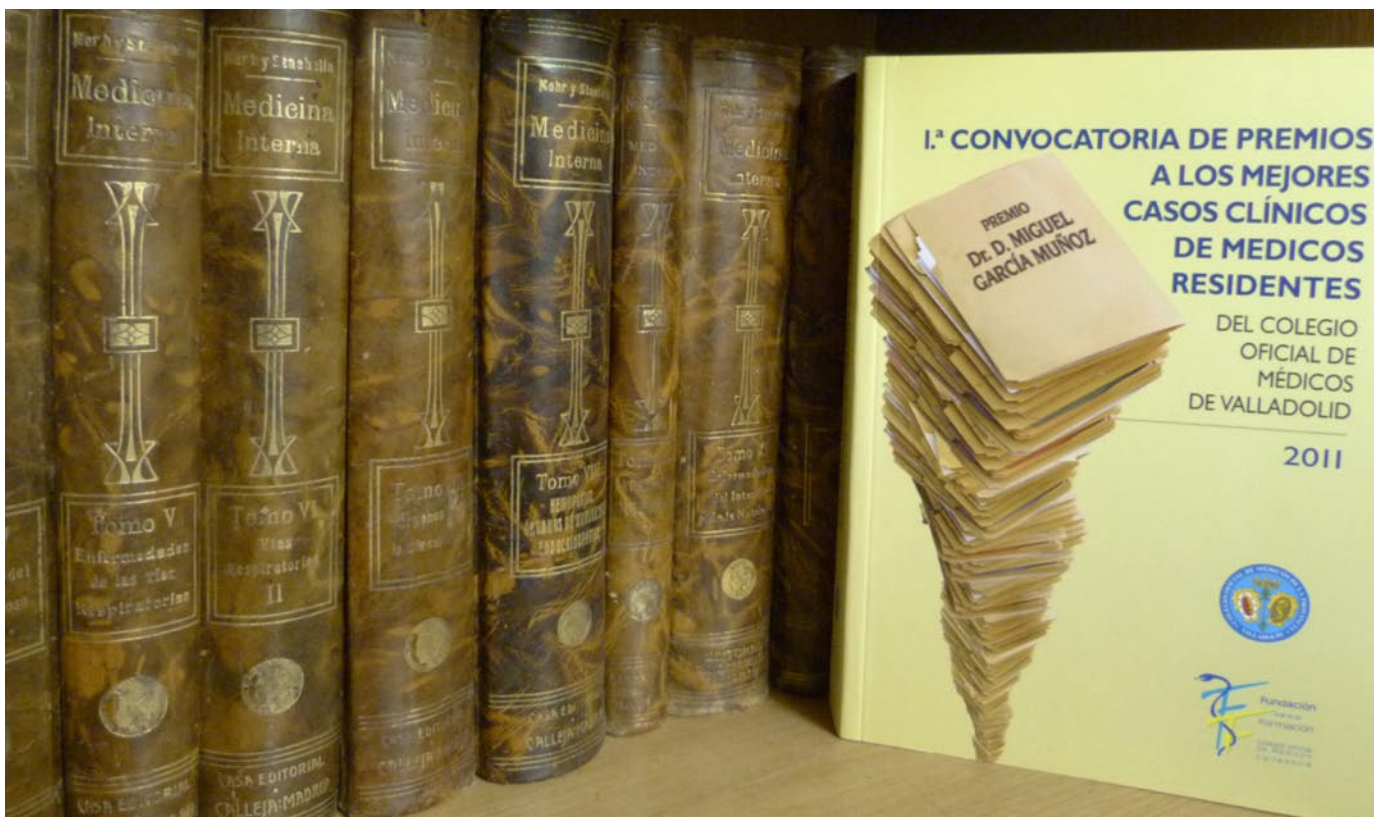




Febrero 2012

axis

Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid





El Colegio al Día 5

- ° Presentación del libro 'Apuntes de Medicina Interna'
- ° Curso de cocina navideña
- ° Fiesta de los Reyes Magos
- ° Entrevista a Diego Gracia Guillén
- ° Homenaje a Agustín Caro-Patón
- ° Entrevista a Mariano Sánchez Crespo
- ° II Convocatoria de los Premios a los Mejores Casos Clínicos de Médicos Residentes 'Premio Dr. D. Miguel García Muñoz'
- ° Publicación de los ganadores de los Premios de la Primera Convocatoria de los Mejores Casos Clínicos de Médicos Residentes 'Premio Dr. D. Miguel García Muñoz'

Un día en... 26

- ° Centro Huerta del Rey
- ° Servicios de Hematología del Hospital Río-Hortega y del Hospital Clínico Universitario

Descubre 30

- ° Fundación Música Abierta

In Memoriam 31

- ° Adiós a un gran maestro

Estudios 32

- ° Conocimiento y formación bioética del personal sanitario del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

La Prensa del s.XVIII 34

- ° La atención primaria en la España de Carlos IV

Recuerdos 36

- ° El Valladolid de mi memoria. II Parte

CONSEJO EDITORIAL

Presidente: José Antonio Otero Rodríguez
Vicepresidente 1º: Juan del Río-Hortega Bereciartu
Vicepresidente 2º: Félix Heras Gómez
Secretario: José Luis Almodí Alegre
Vicesecretario: Alberto Verrier Hernández
Tesorero: Luis Quintero González
Vocales:
Félix del Campo Matías
Luis Miguel Olea de la Cruz
Roberto García Barbadillo
María Eugenia Fernández Rodríguez
Adela López Tabera
Rosa María Pérez Nava
Fernando Rescalvo Santiago
María Dolores Tremiño San Emeterio
Sofía Martín Pelayo
Marta Ocaña Martín-González
Rufino Muñoz Fernández

Dirección, producción y edición de la revista:
Elsa García García
Colegio de Médicos de Valladolid.
C/ Pasión 13, 3º.
47001 Valladolid
983.355.488/ 983.351.703
www.medicosva.es
Depósito Legal: VA-225/1963
ISSN: 1132-4678
Impresión: Gráficas Andrés Martín S.L.
C/ Juan Mambrilla 9, bajo
983.291.860

VIAJE A NUEVA YORK DEL 5 AL 11 DE ABRIL ORGANIZADO POR 'VIAJES IBERIA'

5 de abril VALLADOLID - MADRID - NUEVA YORK

Salida de Valladolid con destino Madrid-Barajas.

Del 6 al 9 de abril - NUEVA YORK

Estancia en Régimen de Alojamiento y Desayuno. Durante estos días realizaremos una excursión al Alto y Bajo Manhattan donde visitaremos Times Square, Greenwich Village, el Soho, Little Italy, Chinatown y la zona financiera de Wall Street, Battery Park desde donde se puede divisar la Estatua de la Libertad. en la Parte Alta de Manhattan, pasaremos por el Rockefeller Center, el Lincoln Center, Central Park, el Museo de Historia Natural, la Universidad de Columbia, el barrio de Harlem y la tumba del General Grant, héroe de la Guerra Civil Americana. También realizaremos una excursión a los contrastes de Nueva York visibles a partir de 1898 cuando se unió a la ciudad los condados de Kings (Brooklyn), Queens, Bronx y Richmond (Staten Island). En el Bronx pasaremos por el templo del Beisbol "Yankee Stadium" y el controversial "distrito apache".

En Queens vistaremos la zona residencial de Forrest Hills, legendaria sede del Torneo de Tenis "US Open". En Brooklyn descubriremos este barrio histórico, cuna de inventores, escritores, músicos y artistas, además de cruzar el histórico Puente de Brooklyn. Un día realizaremos una excursión a Washington D.C y al Pentagono, sede del departamento de defensa de los EEUU. Proseguiremos hasta el cementerio militar de Arlington, donde estan las tumbas del presidente John F. Kennedy y su hermano. Veremos el monumento a Lincoln, Veteranos de Korea o George Town y Vietnam. También visitaremos la parte Oeste del Capitolio, el edificio más alto de la ciudad, La Casa Blanca.

10 de abril NUEVA YORK - MADRID

Desayuno y tiempo libre hasta la hora del traslado al aeropuerto y vuelo de regreso a España. Noche a bordo y llegada a Valladolid el día 11 de abril.

Precio total por persona en habitación doble (Tasas incluidas) 1.575€

CATÁLOGO DE NUEVAS PRESTACIONES 2012 PARA LOS MÉDICOS ACOGIDOS A LA FUNDACIÓN 'PATRONATO DE HUÉRFANOS Y PROTECCIÓN SOCIAL DE MÉDICOS PRÍNCIPE DE ASTURIAS'

EDUCACIONALES

- Huérfanos menores de 21 años: 330€/mes
- Huérfanos absolutos menores de 21 años o con beca: 450€/mes
- Huérfanos absolutos ambos progenitores médicos menores de 21 años o con beca: 900€/mes
- Becas 2011-2012 licenciados e ingenieros superiores: 3.370€/mes
- Becas 2011-2012 diplomados, ingenieros técnicos y F.P de 2º grado: 2.993€/mes
- Becas 2011-2012 otros estudios oficiales: 2.622€/mes
- Títulos, siempre que sean de estudios oficiales: Reintegro gastos de expedición

ASISTENCIALES

- Médicos jubilados
- Médicos discapacitados
- Viudos y viudas
- Huérfanos mayores de 60 años
- Huérfanos discapacitados
- Atención Temprana de 0 a 6 años

CONCILIACIÓN

- Servicio de Atención a Domicilio
- Servicios de Respiro para el Cuidador
- Residencia de mayores
- Ingresos de emergencia en Residencia Siglo XXI

PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Paime
- Tratamiento y Rehabilitación de la adicciones

SERVICIO DE INFORMACIÓN, VALORACIÓN Y ORIENTACIÓN SOCIAL (SIVOS)

- Información, valoración y orientación social

José Manuel de la Huerga presenta sus ‘Apuntes de Medicina Interna’ en el Colegio Oficial de Médicos de Valladolid

El escritor participó el 12 de diciembre en un coloquio junto a Antonio Otero, Presidente del Colegio y Francisco Alcántara, de Radio Nacional, acerca de su última novela, una historia que muestra el día a día de Abel, un médico recién titulado que regresa a la Cantabria de su infancia para preparar unas oposiciones y reencontrarse con un amor de juventud

“Le prometí a mamá que si me dejaba venir a El Castril, estudiaría. No lo estoy cumpliendo. Quedé en comer en el bar de Mabel, y mantener la costumbre familiar. Aparezco a la hora de la comida, ella me la tiene preparada. Luego debería volverme. En ese ambiente rancio del despacho del abuelo tendrían que entrar los temas sin esfuerzo. Pero Mabel siempre tiene algo que contar. Cuando el Dr. Rojo subía a caballo con un metro de nieve hasta la última aldea para atender a un enfermo, o el verano que apareció mi madre con novio formal. Además está Noe. Siempre he tenido fijación con Noe. Recoge los platos en la cocina, sale al bar a ponerle una cerveza a uno que acaba de entrar, y la sigo viendo preciosa como cuando éramos niños. Aunque me saque siete años. Estoy enamorado de ella desde entonces. Por eso he vuelto”.

Con estas líneas presenta José Manuel de la Huerga a Abel, el protagonista de su último libro ‘Apuntes de Medicina Interna’. El escritor leonés presentó en el Ilustre Colegio de Médicos de Valladolid su nueva obra, una historia protagonizada por un recién titulado en Medicina de la ciudad de Valladolid que ocupa la vieja casona vacía de un pueblo costero de Cantabria - El Castril- antes de que su familia la venda tras la muerte de su abuela. El joven acude con el pretexto de preparar oposiciones, pero en realidad sólo desea estar cerca de una amiga de juventud, Noe, la chica del bar.

La presentación de la novela propició un debate entre el periodista Francisco Alcántara, de Radio Nacional de España y Enclave Revista, y el doctor José Antonio Otero, presidente del órgano colegial. Según manifestó De la Huerga



Francisco Alcántara, José Manuel de la Huerga y Antonio Otero

ésta es “una novela de regreso al pasado familiar que funciona como metáfora de tantas historias oficiales maquilladas por el silencio y la apariencia”. A través de la visión y los recuerdos de las mujeres que aparecen en el libro el protagonista va descubriendo verdades ocultas de la vida de su abuelo, Alejandro Rojo, el admirado y querido médico del pueblo en la época de la posguerra. Ésta es una novela de amor hacia la historia, hacia uno mismo y sobre todo hacia la verdad”, apuntó el escritor. “El objetivo de esta obra era mostrar que la historia es muy difícil de escribir de manera oficial porque cada persona tiene una visión personal”, apostilló, “y en este libro las mujeres son las que cuentan la memoria de una vida y las que consiguen mantener vivo el hilo narrativo”.

Biografía

José Manuel de la Huerga es uno de los autores castellano-leoneses que más y mejor trabaja sus obras. Nacido en Audanzas del Valle -León- en 1967 se trasladó a Valladolid siendo un niño y en esta ciudad ha enriquecido el conocimiento

retórico de muchos estudiantes a los que ha impartido clases de Lengua y Literatura en el instituto en el que trabaja.

El reconocimiento le llegó hace casi dos décadas con ‘*Conjúrote, triste Plutón*’, premio Letras Jóvenes de Castilla y León. Desde entonces su obra ha logrado reconocimiento de público y crítica. Obtuvo el Ciudad de Móstoles con ‘*Este cuaderno azul*’ en el año 2000 y en 2004 el Fray Luis de León de narrativa por ‘*Leipzig sobre Leipzig*’. El año pasado fue merecedor del premio Hucha de Oro gracias a ‘*Un pájaro de invierno*’, relato que sufrió sucesivas reescrituras a lo largo de más de un lustro, reconoció el propio autor. En 2003, con ‘*La vida de David*’ realizó una ambiciosa mezcla de novela distópica y reflexión sobre la belleza, una indagación sobre el alma humana y, a la vez, una trama sobre un grupo terrorista ambientada en un futuro inexistente. ‘*La casa del poema*’ es el único trabajo poético que se le conoce hasta ahora a De la Huerga, un libro que refleja más de diez años de rimas y poesías ideadas por este escritor.

El Restaurante 'Trigo' enseña a preparar sus mejores platos navideños en el Colegio Oficial de Médicos de Valladolid

El salmón al eneldo o el foie al Pedro Ximénez fueron algunos de los manjares que Víctor Martín cocinó el 14 de diciembre para mostrar a los asistentes cómo elaborar un buen menú para las Fiestas



Desde el Colegio Oficial de Médicos de Valladolid se quisieron dar algunas ideas para preparar las Fiestas con el tradicional curso 'Cocina para celebrar la Navidad'.

Más de 80 personas pertenecientes a la Sección Colegial de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro asistieron a contemplar cómo Víctor Martín, cocinero del Restaurante Trigo, elaboraba sencillos y sabro-

sos platos como parte de una propuesta de menú navideño.

El salmón al eneldo, los canelones de pularda trufada, la pierna de lechal churro rellena de setas, el foie al Pedro Ximénez y la piña al ron que preparó el restaurador fueron sorteados entre todos los presentes, además de repartir las recetas para que se animasen a cocinarlas en sus casas.

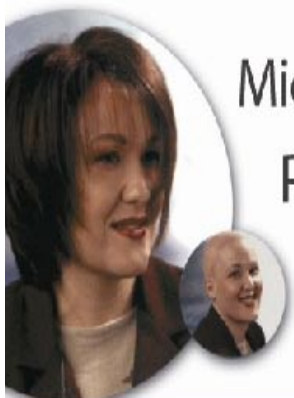
Este curso navideño se ha convertido en un clásico en el Colegio debido a su buena acogida por parte del colectivo médico y sus familiares, tanto en esta última edición como en las anteriores celebradas con Los Zagales, Fortuna 25 o Las Lomas, entre otros.



RUEBER

CENTRO ANTICALVICIE
CLÍNICA CAPILAR

Especialistas en todo tipo de enfermedades capilares



Micropiel · Prótesis capilares · Postizos

Pelucas para **quimioterapia**
de pelo natural o sintético

Gorros · Turbantes



C/ Cánovas del Castillo, 11 - Valladolid - Tel. 983 29 69 69

Más de 300 niños disfrutaron de la Fiesta de los Reyes Magos organizada por el Colegio de Médicos de Valladolid

El día 5 de enero el Colegio organizó una fiesta para los hijos y nietos de los colegiados con juegos, bailes y la visita especial de sus Majestades de Oriente

El Colegio de Médicos de Valladolid quiso celebrar el día de Reyes con los hijos y los nietos de los médicos colegiados organizando una fiesta para ellos en la que cerca de 300 niños de entre tres y nueve años disfrutaron subiéndose en las rodillas de sus Majestades mientras les recordaban los regalos que habían pedido para esa noche. Rodeados de payasos, magos y princesas los pequeños bailaron, recordaron juegos tan típicos como el 'corro de la patata' y merendaron entre risas y globos.



Todos los niños esperan impacientes para recibir sus diplomas

Al finalizar la tarde se repartieron diplomas entre todos los participantes en el XIV Concurso Infantil de Dibujos Navideños, que se expusieron durante todas las fiestas navideñas en la sede del Colegio y en el Hotel Olid Meliá, donde se celebraron los festejos de este día.

Las pequeñas Hanna García González, Lara Marcos Rodríguez y Ángela Tesedo Castreño, de siete, cuatro y tres años respectivamente, también recogieron un diploma especial que las reconocía como primera, segunda y tercera clasificadas en la edición de este año.



Hanna García, Lara Marcos y Ángela Tesedo



Algunos niños pintan en el suelo en una de las salas de la fiesta



Todos querían estrenar los juguetes que los Reyes Magos llevaron

Diego Gracia Guillén

“Hay que ser realista, que es un signo de prudencia ética, si queremos que el sistema sanitario no entre en bancarrota”

El profesor Diego Gracia Guillén es una de las figuras más relevantes en el desarrollo de la ética médica en nuestro país. Director del Máster de Bioética de la Universidad Complutense de Madrid, que viene formando desde hace unos 20 años a médicos y enfermeras en este campo, y Académico de la Real Academia Nacional de Medicina de Madrid, desarrolló el concepto de ‘deliberación’ en su campo. Esta reconocida

autoridad en bioética es el Presidente de la Comisión de Bioética de Castilla y León desde que ésta comenzó su andadura, hará unos ocho años, hasta la actualidad. Muchos Comités de Ética Asistencial de los Hospitales de toda España y otros tantos países de Hispanoamérica le deben su existencia y muchos médicos, especialmente de la Comunidad, sus primeros contactos con este mundo.

Pregunta.- ¿Qué ha cambiado en la concepción que se tiene de la bioética desde que el oncólogo norteamericano Potter utilizase el neologismo “bioética” en primera instancia en 1970?

Respuesta.- Es usual decir que la bioética tuvo un doble nacimiento: en Wisconsin, con Potter, y en Georgetown, con Hellegers. Fueron dos enfoques muy distintos. Potter era un hombre muy preocupado por la ecología y el futuro de la vida sobre el planeta, en tanto que Hellegers era un médico y le preocupaban los conflictos éticos generados por la nueva tecnología aplicada a la medicina.

En un principio la corriente que acaparó casi toda la atención fue esta segunda, sin duda por la importancia de los problemas con que se enfrentaba, tanto relativos al origen de la vida como a su final. Hoy, sin embargo, cada vez cobra más importancia el enfoque ambientalista de Potter, sin que eso signifique que el otro haya perdido importancia. La tesis actual es que la bioética es una disciplina muy amplia, ya que se ocupa de los problemas éticos relacionados con la vida en general y con la vida humana en particular.

Esa amplitud obliga a ir acotando espacios a través de adjetivos añadidos al sustantivo bioética. Así, hoy se habla de una bioética ecológica, de otra bioética médica, etc. Por otra parte, en los 40 años transcurridos desde que naciera el movimiento, hemos ido aprendiendo a delimitar la bioética frente a otras disciplinas cercanas, con las que muchas veces se confunde: la teología moral, el derecho, etc. Ha sido un trabajo difícil, pero que ahora es cuando empieza a dar sus frutos. Yo creo que ahora tenemos las cosas más claras que han estado nunca.

Pregunta.- ¿Cómo valora la implantación y funcionamiento de los Comités de Bioética Asistencial en los Hospitales de Castilla y León respecto a otras regiones de España?

Respuesta.- La implantación es prácticamente total en estos momentos. Ya hay comités de ética asistencial prácticamente en todas las áreas sanitarias de Castilla y León. Es algo que se ha ido consiguiendo en los últimos años. Hace ocho que se creó el Comité Regional de Bioética de la Consejería de Salud, y desde entonces se ha trabajado por organizar y

coordinar la tarea que llevan a cabo los comités locales. Por tanto, puede decirse que los comités están completamente implantados.

Es preciso continuar formando a los miembros de los comités y asesorándoles sobre el modo de enfocar los problemas. Lo que se ha conseguido es mucho, pero hay que seguir progresando. No debemos perder de vista que estos comités son un elemento importantísimo de promoción de la calidad en los centros sanitarios. Y tenemos que aspirar a la calidad total.

Pregunta.- ¿La bioética está ligada a la calidad en la medicina? Los médicos han de trabajar en la evidencia científica. Además se ha de considerar la acreditación de unidades y debe hacerlo respetando los valores del paciente y los propios valores del médico...

Respuesta.- Para que los actos asistenciales sean de calidad se requieren varias cosas. La primera es la calidad técnica. Ahí es donde entra el tema de la evidencia científica, o la llamada medicina basada en la evidencia. No es que la calidad técnica pueda limitarse a eso. La

calidad técnica consiste en la excelencia técnica de los profesionales, tanto en las cosas que se hallan respaldadas por una evidencia clara, como en las que no. La excelencia científica y técnica está en la base de todo programa de calidad. Es su condición necesaria, pero eso no quiere decir que sea condición suficiente.

Además de la calidad técnica se requiere otra, la calidad en la gestión de los valores y de los conflictos de valor que, cada vez con mayor frecuencia, se dan en la práctica médica. El porqué del aumento de los conflictos de valor es obvio: porque ahora los pacientes juegan un papel activo en la toma de decisiones, lo cual hace más difícil los consensos. En el clásico paternalismo médico, una sola persona mandaba, el profesional, y los demás obedecían. Así es muy difícil que haya conflictos. Los conflictos aparecen cuando se procura que todos los que van a ser afectados por una decisión, participen activamente en ella. La cuestión no es que no haya conflictos, sino que sepamos manejarlos y resolverlos adecuadamente.

Pregunta.- ¿Los médicos españoles tienen suficiente formación en bioética?

Respuesta.- El problema hoy no está en la falta de cursos, ya que con el plan Bolonia la bioética se ha incluido como asignatura obligatoria en casi todas las Facultades de Medicina. El problema está hoy en la calidad de la enseñanza. No tenemos buenos profesores de bioética por la sencilla razón de que hay que formarlos, cosa que no es fácil ni rápida. Hoy están enseñando bioética personas sin la debida formación y eso repercute en los contenidos y la calidad de lo que se enseña. De ahí que la gran tarea actual sea la de formar a los formadores. Es algo que vengo intentando desde hace más de 20 años.

Por otra parte, en España hay más de doscientos mil médicos ejerciendo y, por tanto, no podemos limitar la formación en bioética a los nuevos estudiantes. Es preciso elaborar materiales de calidad y programar cursos de formación continuada, a fin de que el cambio llegue

a todo el colectivo. En este punto, los Colegios de Médicos tienen una enorme tarea por delante, que tienen que ir intentando cumplir poco a poco.

Pregunta.- ¿Qué factores cree que han sido decisivos para el avance de la ética en el campo sanitario?

Respuesta.- Los factores han sido fundamentalmente tres. Uno es el espectacular avance técnico de la biomedicina. Yo suelo decir a mis alumnos que la medicina ha avanzado más en los últimos 40 años que en los 40 siglos anteriores. Vivir esto es un privilegio, pero también una grave responsabilidad, porque el uso de esas nuevas tecnologías plantea problemas y porque no todo lo técnicamente posible es éticamente correcto. Pero la tecnología es sólo uno de los factores de la revolución que estamos viviendo.

El segundo, es lo que se ha dado en llamar la emancipación de los pacientes, es decir, el paso de unos usuarios del sistema que eran tratados como menores de edad, a otros que se han emancipado y quieren ser tratados como adultos. Este es un cambio importantísimo y necesita unas nuevas reglas de juego que aún no conocemos bien.

Aún hay un tercer factor, que es la explosión de costes sanitarios, lo que generalmente se conoce con el nombre de escasez de recursos. Es un fenómeno que comenzó con la crisis económica del año 73, y que desde entonces no hay hecho más que aumentar, sobre todo ahora, que estamos en una nueva crisis.

Las demandas sanitarias pueden crecer hasta casi el infinito, porque todos queremos vivir más años, más jóvenes, sin dolor, etc., y eso no es posible. Somos seres caducos y enfermables. Por eso es necesario educar en la gestión prudente de la salud y del cuerpo. No se pueden pedir peras al olmo. Somos la primera generación en la que la mayoría de sus miembros tiene la suerte de llegar a más de los 80 años en buenas condiciones físicas, pero todos queremos más. Pues ese más es carísimo y muy poco eficiente. Hay que invertir muchísimos recursos para conseguir prolongar la vida muy poco y con una calidad muy baja. De ahí la necesidad de que sepamos gestionar nuestra vida y nuestra salud con prudencia, sin pedir imposibles. Hay que ser realista, que es un signo de salud mental y de prudencia ética, algo que hemos de promover si queremos que el sistema sanitario no se colapse y entre en bancarrota.



Los médicos del Centro de Salud de Tordesillas homenajean al Dr. Agustín Caro-Patón

JRHB.

El pasado día 15 de diciembre, los médicos del Centro de Salud de Tordesillas celebraron un banquete-homenaje en honor del Dr. Agustín Caro-Patón. El acto tuvo lugar en el Mesón del Duero de la localidad turesilana y se desarrolló, como decían los cronistas deminonónicos, con "exultante alegría y elogiosas muestras de respeto al profesor".

Fue en el año 2005 cuando el Dr. Caro-Patón inició una labor conjunta con los médicos de varios centros Salud de la provincia de Valladolid, el de Gamazo y Tordesillas, entre otros, consistente en llevar a cabo una serie de interconsultas docentes sobre patología digestiva de carácter mensual y en el propio centro de salud, para exponer y comentar en directo los casos que oportunamente los médicos de familia elegían.

Para tal fin, se disponía de un horario oportuno para todos los facultativos y se aportaba tanto la historia clínica

como la presencia del propio paciente. Los casos eran expuestos en la sala de reuniones y tras la exploración del paciente en consulta, se decidía la pauta a seguir.

Esta actividad docente, aportó varios trabajos que demostraron la eficiencia evidente en la gestión de los casos

de patología digestiva llevados acabo desde Atención Primaria con la supervisión "in situ" del digestopatólogo.

D. Agustín Caro-Patón es un médico íntegro, profesionalmente intachable, humanísticamente envidiable y como colega....,por no decir que es el mejor.



Los compañeros del Centro de Salud de Tordesillas despiden al Dr. Caro-Patón, en el centro

A.M.A lanza una nueva campaña para la contratación de seguros de hogar

La Agrupación Mutual Aseguradora A.M.A, la mutua de los profesionales sanitarios, ha puesto en marcha una campaña del 1 de enero al 30 de marzo de 2012 para la contratación de nuevas pólizas de su seguro de Hogar.

Las personas que contraten este seguro de Hogar de la mutua A.M.A en este

periodo disfrutarán de descuentos del 25%.

Este seguro es un producto multirriesgo, flexible y completo que ofrece una amplia gama de coberturas básicas y optativas a precios muy competitivos que garantizan la máxima seguridad y protección ante cualquier imprevisto doméstico.



Mariano Sánchez Crespo

“En Valladolid hay instituciones con un nivel de investigación biomédica comparable a los mejores grupos nacionales”

Mariano Sánchez Crespo cursó la licenciatura en Medicina en la Universidad de Valladolid y fue alumno interno en la Cátedra de Patología Médica del Prof. Ortiz Manchado, realizando la residencia en Nefrología en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid en el servicio dirigido por el Prof. Luis Hernando. Entre los años 1977 y 1979 trabajó en la Unidad del INSERM, dirigida por Jacques Benveniste en el Hospital Necker-Enfants Malades de París. Hasta 1987 fue médico adjunto en la Fundación Jiménez Díaz donde simultaneó la actividad clínica con la investigación en Inmunopatología. Desde 1987 es

investigador del CSIC y desde 1992 desarrolla su trabajo en el IBGM de Valladolid. Su investigación siempre ha tratado de comprender los mecanismos básicos del funcionamiento del sistema inmune y cómo se produce daño en los tejidos como consecuencia de la activación de células fagocitarias como polimorfonucleares, macrófagos y células dendríticas. Es autor de más de 100 publicaciones en revistas como 'Journal of Clinical Investigation', 'Circulation Research', 'Journal of Immunology', 'Journal of Biological Chemistry' o 'Trends in Immunology'.

El Instituto de Biología y Genética Molecular es un centro mixto de la Universidad de Valladolid (UVA) y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) constituido en 1998 y que articula su actividad alrededor de casi una veintena de líneas de investigación, centradas en el estudio de la Fisiopatología Molecular y Celular de enfermedades de alta incidencia, como son las cardiovasculares, respiratorias, metabólicas, neurodegenerativas y tumorales.

Pregunta.- ¿Qué investigaciones se están llevando a cabo actualmente en el laboratorio?

Respuesta.- Nuestro trabajo se centra en la biología del sistema inmune y en particular nos interesa saber cómo este sistema, además de defendernos frente a las infecciones, en algunas ocasiones contribuye a dañar los tejidos y a producir enfermedades.

La investigación que en estos momentos estamos realizando trata de entender los mecanismos por los que las células dendríticas y los macrófagos liberan mediadores inflamatorios y polarizan la respuesta inmune a través de la secreción

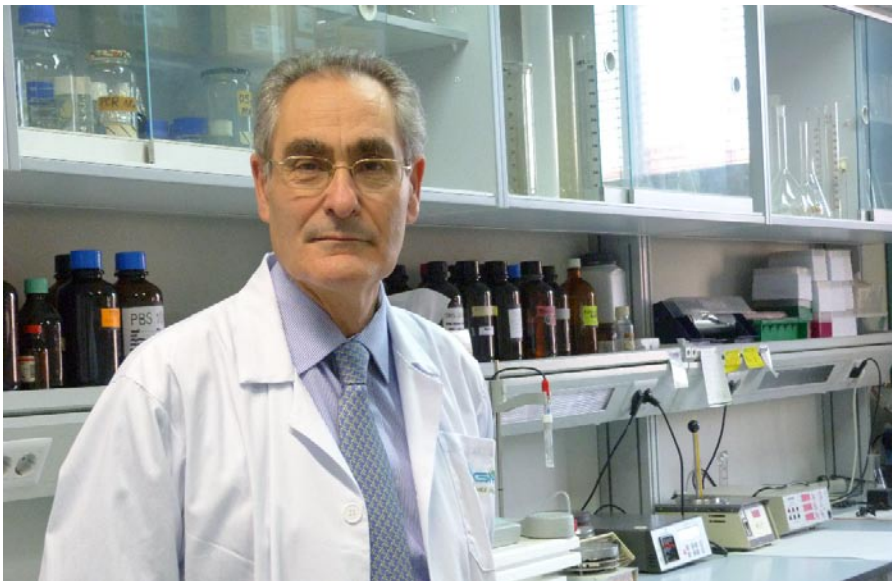
específica de distintas interleucinas como son la IL-10, la IL-12 p70 y la IL-23. Yendo al detalle, los últimos trabajos que hemos abordado tratan de entender por qué las infecciones por hongos favorecen la producción de IL-23 frente a IL-12 p70, cuando la respuesta característica a la infección bacteriana lleva asociada la producción de elevadas cantidades de IL-12 p70.

Este tema tiene un interés conceptual muy alto puesto que IL-12 p70 e IL-23 son heterodímeros que comparten una cadena común denominada IL-12/23 p40 y difieren por otra cadena: IL-12 p35 en el

caso de IL-12 p70 e IL-23 p19 en el caso de IL-23. Entender como la regulación positiva o negativa de la cadena de IL-12 p35 determina el balance de los niveles de ambas citocinas es un aspecto indispensable para poder influir en la polarización de la respuesta inmune dado que IL-12 p70 es necesaria para las respuestas de los linfocitos *helper* de tipo Th1 e IL-23 es necesaria para el desarrollo de las respuestas de linfocitos de tipo Th17.

Este estudio tiene interés funcional puesto que como es bien conocido, la respuesta de tipo Th17 juega un papel





clave en el desarrollo de autoinmunidad en situaciones clínicamente tan frecuentes como son la esclerosis múltiple, psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal. Dada la trascendencia de la IL-23 en el desarrollo de respuestas de tipo Th17 es comprensible que nuestros estudios puedan ayudar a entender los mecanismos de autoinmunidad e incluso permitan descubrir nuevos abordajes terapéuticos.

Pregunta.- ¿Cómo entiende que podría repercutir la investigación biomédica en una mejor asistencia a los pacientes?

Respuesta.- Indudablemente todos los avances que se han producido en el tratamiento de la enfermedad han surgido de la comprensión de los fenómenos biológicos y del desarrollo de este conocimiento para el establecimiento de terapéuticas farmacológicas, biológicas o quirúrgicas. Si nos referimos al sistema inmune, el conocimiento de su función biológica ha permitido el desarrollo de vacunas, además de la aplicación de anticuerpos como tratamientos específicos en enfermedades de alta prevalencia y el desarrollo de potentes drogas inmunosupresoras que han permitido mejorar extraordinariamente la eficiencia de los trasplantes en la actualidad.

Es frecuente en algunos foros, discutir si es más conveniente hacer investigación

básica o aplicada. Este tema pudo haberse zanjado cuando Pasteur dijo que no había ciencia básica y ciencia aplicada, sino aplicaciones de la ciencia, pero parece que no ha sido así y los científicos recibimos constantes consignas sobre la necesidad de orientar nuestro trabajo a la aplicación inmediata.

Acelerar las aplicaciones de la investigación antes de disponer de un conocimiento profundo de los mecanismos biológicos puede ser un atajo que nos conduzca a resultados no deseados. Además, muchas veces resulta difícil predecir el alcance práctico final de la aplicación de los descubrimientos y de ello hay numerosos ejemplos en la historia. En cualquier caso, sin una ciencia básica suficientemente desarrollada, es dudoso que puedan conseguirse aplicaciones prácticas en el futuro.

Pregunta.- ¿Cómo valoraría la investigación biomédica en Valladolid? ¿Y la actividad de ésta en la provincia respecto al resto de Castilla y León?

Respuesta.- La investigación biomédica en la ciudad de Valladolid se desarrolla fundamentalmente en el entorno de la Universidad y los hospitales universitarios. La investigación que lleva a cabo la UVA tiene un carácter predominantemente básico, mientras que en los hospitales

su carácter es más clínico. El tono general de la investigación en Valladolid es similar al de Castilla y León, con la salvedad de que la comunidad científica en Salamanca es más extensa que en Valladolid, fundamentalmente, porque existen más facultades universitarias en áreas biomédicas y dos institutos del CSIC.

Pregunta.- ¿Cómo ve la situación de este tipo de investigación a nivel nacional?

Respuesta.- Si se trata de comparar con otras regiones de España, podría decirse que no hay un elevado número de grupos de investigación. Esto puede explicarse en parte porque Madrid, Cataluña y Andalucía tienen un alto número de centros, y pueden por ello movilizar una buena parte de los recursos nacionales.

Sin embargo, hay instituciones en Valladolid y en Castilla y León que mantienen un nivel científico ciertamente comparable a los mejores grupos nacionales.

Pregunta.- ¿Cuáles cree que son las dificultades que puede tener la investigación biomédica en un futuro próximo?

Respuesta.- En el momento actual nos encontramos en una coyuntura definida por una previsible reducción de los recursos disponibles para la investigación biomédica.

Las consecuencias de este descenso de recursos son difíciles de prever, aunque es muy probable que muchos de los grupos de investigación que hasta la fecha recibían de forma continuada financiación de los Planes Nacionales, que es el gestor de la mayor parte de la investigación en España, no puedan seguir realizando su actividad. Corresponde a los responsables de la política científica del país tomar las decisiones más adecuadas para que esta disminución de los recursos no nos haga volver a situaciones de escasez que cercenen el notable crecimiento científico producido en los últimos años.

II Convocatoria de Premios a los Mejores Casos Clínicos de Médicos Residentes ‘Premio Dr. D. Miguel García Muñoz’

BASES DE PARTICIPACION

La presentación de un caso clínico a cualquiera de esos apartados implica necesariamente la aceptación íntegra e incondicional de las presentes bases por parte de los participantes.

1) Quién podrá participar

Sólo podrán participar los Médicos Residentes colegiados en VALLADOLID y sólo se podrá presentar un único caso como “autor principal”. Cada autor o colaborador no podrá figurar en más de tres casos clínicos. El número de colaboradores no podrá exceder de dos y todos deben ser Médicos Residentes y estar colegiados en Valladolid. El autor principal garantizará la autoría original del caso y que su presentación al concurso no implica un conflicto de intereses con el servicio clínico al que pertenece.

2) Desarrollo y calendario

La fecha límite para la entrega de casos clínicos es el **30 de abril de 2012**. No se admitirá ningún caso presentado con fecha posterior. Si se envían por correo postal se comprobará la fecha de envío.

3) Presentación

Los trabajos, que se ajustarán a las normas que se indican más adelante, se enviarán o se entregarán personalmente en: COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE VALLADOLID. C/ Pasión, 13, 3- 47001 VALLADOLID - Apartado de correos 231

4) Admisión y selección

El Comité Científico que ejercerá como jurado, estará formado por 6 médicos con suficiente experiencia clínico/investigadora. Previa comprobación del cumplimiento de las normas de entrega de originales, el Comité Científico será responsable de clasificar, analizar, evaluar y seleccionar los casos clínicos que deben ser objeto de los premios establecidos en el apartado 5 de estas bases. El Comité Científico desestimará todos aquellos casos clínicos que no se ajusten a estas bases o aquellos que no alcancen el suficiente nivel científico.

5) Premios

Se establecen tres premios a cada uno de los dos apartados: Casos Médicos y Casos Quirúrgicos y cuya cuantía es:

• Primer Premio: 1000 €

• Segundo Premio: 750 €

• Tercer Premio: 500 €

Se realizará una exposición pública de los casos clínicos premiados en ambos apartados y de una representación de los que hayan sido seleccionados para su publicación en el Salón de Actos del Colegio en la fecha que se señalará oportunamente, con una antelación mínima de 15 días. Publicación científica en la que se incluirán tanto los artículos premiados como aquellos que el Comité Científico seleccione por su calidad e interés científico. Dicha selección será comunicada por el Colegio Oficial de Médicos de Valladolid a los interesados, por correo ordinario y correo electrónico, así como en la página WEB oficial del Colegio: <http://medicosva.es/medicos>. Los originales de los casos clínicos seleccionados quedarán a disposición del Colegio Oficial de Médicos de Valladolid, a los efectos antes establecidos.

La entrega de los premios se realizará durante la Fiesta en Honor a la Virgen del Perpetuo Socorro, Patrona del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid.

6) Derechos de propiedad intelectual

La presentación al concurso de los casos clínicos, implica el consentimiento expreso de cesión de sus derechos de reproducción, publicación y distribución al ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE VALLADOLID, para la inclusión, previa selección, de su caso clínico y posterior difusión en la publicación con el título, IIª CONVOCATORIA DE PREMIOS A LOS MEJORES CASOS CLÍNICOS DE MEDICOS RESIDENTES. “PREMIO DR. D. MIGUEL GARCIA MUÑOZ” en formato libro, en lengua española y para el ámbito territorial de España. El autor se reserva todos los derechos que no son objeto de cesión expresa y que quedan excluidos de las bases de participación del presente concurso.



CURSOS DE VERANO de Inglés en Inglaterra Cambridge • Oxford • Londres

Cursos de Verano de prestigio y calidad

- Jóvenes, universitarios y adultos
- Cursos específicos para profesionales
- Jóvenes desde 10 años de edad
- En internado, en residencia o con familia
- Con participantes de nacionalidades de todo el mundo
- Incluye curso, actividades académicas, sociales, deportes y excursiones
- Acompañados por monitores

También disponibles
Cursos en:
Alemania
Francia

Salidas desde Valladolid y otros puntos de España



Centros con acreditación de:



accredited by
The British Council



Para información completa:
Queen's Gate School™

c/ Gamazo, 12 - 2 Izq. • 47004 Valladolid
Telef.: 983 398 066 • Fax: 983 395 976
e-mail: admin@queensgateschool.com

7) Protección de la base de datos.

La presentación del caso clínico en el que aparecen los datos personales de los participantes implica el consentimiento expreso para la incorporación y tratamiento de sus datos en ficheros titularidad del Colegio de Médicos de Valladolid con la finalidad de gestionar los datos de los titulares durante la edición de la obra final. El usuario, como titular de los datos, podrá ejercer sus derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal dirigiéndose por carta al Colegio Oficial de Médicos de Valladolid en C/ Pasión, 13, 3- 47001.

NORMAS PARA LA ENTREGA DE ORIGINALES

El texto se presentará en un archivo (o varios si se adjuntan imágenes) dentro del cual las diferentes partes que a continuación describimos se separarán con salto de página. En una primera página del documento, aparecerán únicamente los siguientes datos: Título del caso, indicación del apartado al que se envía el caso clínico: Caso Médico o Caso Quirúrgico, nombre y dos apellidos del autor principal, especialidad, servicio y centro de trabajo, nombre y dos apellidos de los colaboradores (hasta un máximo de dos) especialidad, servicio y centro de trabajo, nombre y dos apellidos de la persona de contacto, indicando su teléfono, correo electrónico y dirección para remitirle correspondencia sobre dudas y aclaraciones.

1) El Texto:

El caso clínico siempre irá precedido por el título (el mismo que figure en la primera página). La extensión del texto será como máximo de 3 páginas en formato DIN-A4, usando tipografía Times New Roman con tamaño de letra 12 puntos e interlineado sencillo, escrito en Word. El caso se estructurará en diferentes epígrafes siguiendo un orden lógico de exposición, anamnesis, exploración física, pruebas complementarias, diagnósticos, tratamiento y evolución. Al final del caso clínico se añadirá una discusión breve de aproximadamente 20 líneas de texto. La información debe exponerse de manera clara, ordenada y completa, evitando el uso de abreviaturas y expresando los resultados de las pruebas con sus correspondientes unidades de medida.

Se debe omitir toda referencia a datos personales identificativos de los enfermos o de sus familiares (nombres propios, lugares de residencia, etc.), así como cualquier información de los mismos que no sea relevante para el caso. Igualmente se deben eliminar los nombres de las instituciones. Respecto a los tratamientos, se deben indicar los principios activos evitando las marcas comerciales. Al final del texto, si se desea, se pueden expresar los agradecimientos a las personas que hayan podido colaborar o participar en la elaboración del caso clínico (tutores, miembros del servicio, etc.), pero nunca deben figurar estos colaboradores como autores del caso.

2) Bibliografía:

Se citarán hasta un máximo de cinco referencias. Para estas citas se deberán seguir las recomendaciones de las normas de Vancouver (edición 2003). Las referencias deben aparecer en el texto con un número de superficie, entre paréntesis, (NO se deben utilizar las herramientas de Word de "Notas a pie", "Referencia cruzada", hipervínculos, etc.). Las citas se recogerán al final del texto por orden de aparición.

3) Tablas y/o figuras

Se presentarán, en hoja aparte, dos como máximo, debidamente numeradas y con su pie de foto correspondiente. Si se hace una composición de fotos, no se admitirán más de dos fotos por composición. Las características deben ser las siguientes: tamaño mínimo 10 x 8 cm. Resolución 300 píxeles/pulgada. El tipo de archivo ha de ser: JPG, TIF o PSD (Photoshop). Es IMPRESCINDIBLE que el tamaño de la imagen sea el especificado. En caso contrario, al no cumplir la calidad necesaria para su publicación, el caso clínico podrá ser eliminado. Se deberá indicar dentro del texto el lugar exacto donde van colocadas las figuras o tablas. Si el número de figuras y/o tablas excede de lo señalado en estas normas, se suprimirán las sobrantes. Si se incluyen imágenes de pacientes que puedan ser identificables (aparición del rostro o parte del mismo), de debe adjuntar un consentimiento escrito firmado por el enfermo o por el tutor del paciente, si es menor de edad.

Es un requerimiento imprescindible. Si no se adjunta el consentimiento, se valorará la eliminación de las imágenes o del caso. Se deberá enviar por correo postal o presentar en el Colegio Oficial de Médicos, C/ Pasión, 13, 3-47001 VALLADOLID - Apartado de correos 231, una COPIA IMPRESA TANTO DEL TEXTO COMO DE LAS TABLAS Y/O FIGURAS junto con un CD-ROM que incluya el/los archivo/s.



1ª CONVOCATORIA DE PREMIOS A LOS MEJORES CASOS CLÍNICOS DE MÉDICOS RESIDENTES. “Premio Dr. D. Miguel García Muñoz”

Primer Premio: Impactación de cuerpo extraño esofágico

Autor principal:

SILVIA CALDERÓN RODRÍGUEZ .MIR Pediatría, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Río-Hortega, Valladolid

Colaboradora:

ISABEL SEVILLANO BENITO. MIR Pediatría, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Río-Hortega, Valladolid

ANAMNESIS:

Paciente de 13 años de edad que acude al servicio de Urgencias Pediátricas por episodio agudo de disfagia para líquidos y sensación de cuerpo extraño laríngeo tras la ingesta de pipas de girasol. Sus antecedentes personales son: reflujo gastroesofágico en período de lactante sin repercusión nutritiva, por lo que no precisó tratamiento medicamentoso; posteriormente «vomitador fácil» hasta los 8 años de edad; múltiples alergias alimentarias y ambientales. Actualmente persiste clínica de rinoconjuntivitis por sensibilización a pólenes de gramíneas (1) y sensibilizaciones alimentarias asintomáticas (trigo y cebada). No otra patología reseñable. Antecedentes familiares: madre con dermatitis de contacto por sensibilización a metales. Hermano de 10 años sano con antecedente de dermatitis atópica leve-moderada en época de lactante.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Peso 55 kg (p41, -0.23 DS), talla 172 cm (p82, -0.92DS), IMC 18.59 kg/m² (p24, -0.73 DS), superficie corporal 1.62 m². Buen estado general. Buen estado de nutrición e hidratación. Coloración pálida de piel, mucosas normocoloreadas. Masas musculares normales. Cráneo y cuello normales. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos audibles. Auscultación pulmonar: ventilación simétrica bilateral, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, sin masas ni visceromegalias palpables, no doloroso a la palpación profunda. Boca y orofaringe: normales. Genitales externos: masculinos normales. Exploración otorrinolaringológica: resto adenoideo alto; epiglotis y base de la lengua normal; senos piriformes libres; cuerdas vocales de aspecto y movilidad normal; buen paso de aire; no evidencia de cuerpo extraño. Se diagnostica como sensación de cuerpo extraño laríngeo.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

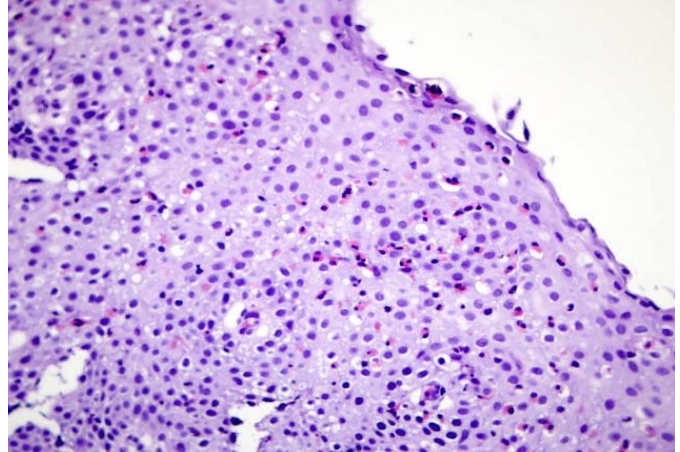
– Gastroscopia realizada a las 24 horas de inicio del cuadro por persistencia de sensación de cuerpo extraño y disfagia progresiva: cuerpo extraño esofágico impactado en tercio medio que se extrae con una pinza. Imágenes en todo el trayecto de anillos transversales con traquealización y estrechamiento progresivo del esófago según se va progresando, que impide el paso del esofagoscopio a 25 centímetros de la arcada dentaria, todo ello sugestivo de esofagitis eosinofílica con estenosis esofágica severa. Se toman múltiples biopsias.

– Anatomía patológica: múltiples biopsias compatibles con esofagitis eosinofílica.

1. Descripción macroscópica: fragmentos irregulares laminares de mucosa blanquecina que agrupados miden 4x2x2 mm.

2. Descripción microscópica: la totalidad del material remitido corresponde a láminas de mucosa escamosa esofágica con acantosis,

exocitosis inflamatoria intensa con predominio de eosinófilos (50-60/campo) y escaso componente de lámina propia submucosa en la que se objetiva fibrosis. Uno de los fragmentos corresponde a mucosa gastroesofágica con infiltrado de la lámina propia del componente glandular (metaplasia gástrica) que también muestra predominio de eosinófilos.



- Pruebas alérgicas ambientales y alimentarias: se realizan pruebas a 46 aeroalergenos y alimentos, batería completa de frutas, frutos secos, legumbres, verduras, con resultado positivo a mezcla de gramíneas, *Lolium perenne* y *Cynodon dactylon*, *Cupressus sempervirens*, plátano de sombra, mezcla de árboles y malezas, *Artemisia vulgaris*, *Chenopodium album* y *Plantago lanceolata*, epitelios de perro y gato y trigo.
- Hemograma: eosinófilos en sangre periférica 235/ μ L (3.8%).
- Determinación de IgE total en sangre periférica: 418 U/mL. Resto de Igs (A, G y M) dentro del rango de la normalidad.
- Determinación de IgE específica: nivel muy elevado para *Lolium perenne*, *Cynodon dactylon* y *Plantago lanceolata*. Nivel elevado para trigo, cebada, *Cupressus sempervirens*, *Chenopodium album* y *Artemisia vulgaris*. Nivel moderado para caspa de perro y gato.

DIAGNÓSTICOS:

- Esofagitis eosinofílica.
- Alergia ambiental y alimentaria.
- Esófago de Barret. Posible reflujo gastroesofágico pendiente de confirmación.

TRATAMIENTO:

Dieta exenta de trigo y cebada (alérgenos alimentarios a los que el paciente muestra sensibilización).

Fluticasona en aerosol deglutida, 500 microgramos cada 12 horas, durante 3-6 meses. Tratamiento antirreflujo con inhibidor de la bomba de protones (lansoprazol) en presentación liofilizada, 30 miligramos cada 24 horas.

EVOLUCIÓN:

El paciente presenta a las 4 semanas de iniciar el tratamiento con fluticasona deglutida un nuevo episodio de impactación tras la toma de un comprimido de ibuprofeno, que se resuelve espontáneamente, sin precisar ningún tipo de intervención terapéutica. Al mes del inicio del tratamiento médico se llevó a cabo un tránsito esófago gástrico con el fin de evaluar la longitud y evolución del tramo estenótico, no considerándose subsidiario de dilatación endoscópica. Posteriormente, transcurridas 8 semanas de tratamiento, se encuentra asintomático desde el punto de vista digestivo, no refiriendo disfagia para sólidos y/o líquidos, y sin nuevos episodios de impactación ni sensación de cuerpo extraño. Se mantendrá tratamiento hasta completar 3 meses, tras lo cual se procederá a la realización de una nueva endoscopia para valorar la disminución de la estenosis esofágica y la posibilidad de efectuar una pHmetría de 24 horas, que no se realizó inicialmente debido a la severidad de dicha estenosis. La confirmación de la coexistencia de reflujo gastroesofágico con la esofagitis eosinofílica será evaluada en ese momento, aunque desde el primer momento se instaura tratamiento antirreflujo empírico con presentación en forma liofilizada para evitar un nuevo episodio de impactación.

DISCUSIÓN:

La esofagitis eosinofílica es una entidad clínica poco frecuente, que se caracteriza por inflamación con infiltrado eosinófilo del esófago, pudiendo asociar o no reflujo gastroesofágico. Tiene una mayor prevalencia en niños que en adultos, ya que en estos últimos está subestimada por la similitud clínica con la enfermedad por reflujo. La mayoría de los pacientes pediátricos presentan eosinofilia periférica y antecedentes de alergia ambiental y/o alimentaria. La forma de presentación como impactación de alimentos en adolescentes es relativamente frecuente, pero excepcional en la edad pediátrica. Cuando la inflamación persiste, puede causar estrechamiento y estenosis progresiva del esófago, como ocurre en este caso. El inicio del tratamiento consiste en hacer una dieta específica de exclusión de los alimentos a los que el paciente está sensibilizado, así como el tratamiento médico con corticoides tópicos deglutidos durante al menos 8 semanas y, según algunos autores, de 3 a 6 meses consecutivos. En este paciente es de reseñar por un lado la estenosis esofágica severa alta, así como la presencia de mucosa glandular gástrica ectópica, que hace sospechar la existencia de reflujo gastroesofágico (enfermedad de Barret asociada).

2º: Síndrome febril y hepatoesplenomegalia con afección hematológica

Autor principal:

RUBÉN HERRÁN MONGE. Médico Residente de Medicina Intensiva. Servicio de Medicina intensiva. Hospital Universitario Río-Hortega.

Colaboradores:

MARTA GARCÍA GARCÍA. Médico Residente de Medicina Intensiva. Servicio de Medicina intensiva. Hospital Universitario Río-Hortega de Valladolid

ANA MARÍA PRIETO DE LAMO. Médico Residente de Medicina Intensiva. Servicio de Medicina intensiva. Hospital Universitario Río-Hortega de Valladolid

Paciente varón de 68 años de edad con antecedentes personales de historia de alergia a fármacos del grupo PARA y ácaros, hipersensibilidad en forma de rinitis y asma. No hipertenso, diabético ni dislipémico conocido y sin hábitos tóxicos. No posee animales domésticos ni practica conductas de riesgo. Presentó episodio de paniculitis mesentérica hace 4 años, con síndrome febril y hepatoesplenomegalia, tratado con ciprofloxacino. Intervenido quirúrgicamente de fisura anal y cálculos en glándula submaxilar. Trabajador del textil jubilado desde los 50 años. Antecedente familiar de madre fallecida por cardiopatía isquémica.

1. ENFERMEDAD ACTUAL:

Anamnesis: Consulta en servicio de urgencias hospitalario derivado desde médico de atención primaria por síndrome febril de unos 10 días de evolución, con picos de hasta 40°C, que no remite con antitérmicos, acompañado de malestar general con cefalea y mialgias y abdominalgia en hipocondrio derecho. No síntomas urinarios ni alteraciones del hábito intestinal. Niega tos y expectoración.

Exploración física: Constantes: 38.7°C, 138/86, FC 109, SatO₂ 95%. Consciente, orientado y colaborador. Normocoloreado y bien perfundido. Sin ingurgitación yugular ni adenopatías cervicales. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos y sin signos de fallo cardíaco. Auscultación Pulmonar con murmullo vesicular conservado con algún sibilante aislado. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y epigastrio con hepatoesplenomegalia. Extremidades sin edemas ni signos de trombosis venosa.

Pruebas complementarias iniciales:

1. Hematimetría: destaca leucopenia y trombopenia con recuento de Leucocitos 3.4 x1000/ μ l (Neutrófilos 70%; Linfocitos 25.4% Monocitos 3.5% Eosinófilos 0.3%; Basófilos 0.5%) Hematíes 5.24 x mill/ μ l; Hb 16 g/dl Hematocrito 47,2%; Plaquetas 87000/ μ l.
2. Hemostasia: Actividad de protrombina, International Normalized Ratio y Tiempo de Tromboplastina Parcial Activado normales. Fibrinógeno 628 mg/dl.
3. Bioquímica: Glucemia, función renal e iones normales, destaca hiperbilirrubinemia y elevación de transaminasas y enzimas de colestasis con Bilirrubina total 1.6 mg/dl; Aspartato aminotransferasa (AST/GOT) 201 U/l ; Alanina aminotransferasa (ALT/GPT) 151 U/l; Gammaglutamil transferasa (GGT) 614 U/l; Fosfatasa Alcalina 312 U/l. Enzimas pancreáticas normales. Perfil lipídico con aumento de triglicéridos (230 mg/dl).
4. Gasometría venosa: pH 7.51 HCO₃⁻ 24.7mmol/l y Lactato venoso 2.2 mmol/l.
5. Sistemático de orina: destacan proteínas ++ y urobilinógeno ++, Sedimento sin hallazgos patológicos.
6. Pruebas de imagen: Radiografía de tórax sin infiltrados parenquimatosos ni derrame pleural y Ecografía abdominal con resultado de páncreas agrandado y hepatoesplenomegalia. Ingresa en planta de hospitalización con diagnóstico de sospecha inicial de colecistitis alitiásica y hepatoesplenomegalia con trombopenia secundaria. Se inicia antibioterapia con levofloxacino.

2. EVOLUCIÓN:

Persistencia tras 48h de ingreso del cuadro febril, hasta de 39°C, por lo que se modifica antibioterapia a imipenem más linezolid. Comienza con importante distensión abdominal y deposiciones diarreicas, manteniendo un recuento leucocitario inferior a 3.5 x1000/ μ l y con empeoramiento de trombopenia hasta 40000/ μ l con deterioro de coagulación (Actividad de Protrombina de 52%, Fibrinógeno 298 mg/dl). Se plantea en el diagnóstico diferencial: endocarditis, trastornos hematológicos malignos, proceso séptico, hemoglobinopatías. Se solicita Tomografía Computerizada abdominal, con hallazgo de esplenomegalia de 16cm, con zonas hipodensas sugerentes de infartos esplénicos, sin alteraciones de la vasculatura descartando origen isquémico y se realiza Ecocardiograma transesofágico descartando endocarditis.

En el estudio de médula ósea no se evidencian alteraciones patológicas y los cultivos microbiológicos previos son negativos.. Se añade doxiclina al tratamiento antibiótico para ampliar cobertura para infecciones atípicas.

Se solicitan nuevos estudios siendo el hormonal tiroideo normal para TSH y T4 libre y hallazgo en determinación de proteinograma de hipoalbuminemia 2.6g/dl, aumento de Beta 2 microglobulina (9.2 mg/dl) y disminución de transferrina (138 mg/dl). Inmunoglobulinas A,G y M normales. La determinación de ferritina es elevada (11348 mg/dl) y los marcadores tumorales para antígeno carcinoembrionario y alfafetoproteína son normales. Se descarta origen infeccioso vírico mediante serologías negativas para Virus Hepatitis B, Virus Hepatitis C, Virus VIH, Virus respiratorios de la gripe, Virus Respiratorio Sincitial y adenovirus, Mononucleosis infecciosa mediante Paul Bunnell y Ac IgM virus Epstein Bar y con Citomegalovirus IgG positiva con IgM negativa. Para infecciones bacterianas, los Antígenos en orina para legionella y neumococo negativos y las serologías iniciales de Brucella, Tularemia, Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Legionella pneumophila, Hidatidosis, rickettsias, Leptospirosis y Salmonella typhi y paratyphi también son negativas, al igual que las pruebas para tuberculosis y leptospiras en orina.

Llega serología positiva IgG con IgM negativa para Borrellia y destaca título de IgG fase II 2.3 (elevados) con IgM 0.9 (negativos) para Coxiella burnetti, a valorar Fiebre Q como posible origen infeccioso. Mala evolución en planta, con persistencia de cuadro febril y deterioro generalizado con desarrollo de insuficiencia respiratoria aguda, sin hallazgos de condensaciones parenquimatosas pulmonares

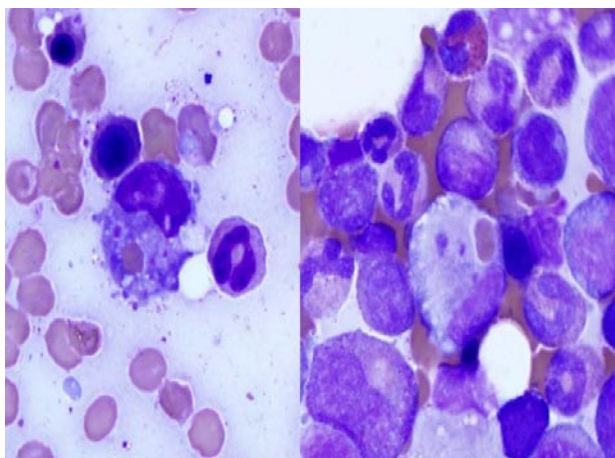
en Rx de tórax y evolución a fracaso renal agudo con oligoanuria y elevación de Creatinina (2.5mg/dl), hiperpotasemia (6.1 mmol/l) y acidosis metabólica. Empeoramiento de colestasis y citolisis hepática con mayor hepatoesplenomegalia, hiperbilirrubinemia (5.3 mg/dl, bilirrubina directa 3.5mg/dl), coagulopatía de consumo con descenso de Actividad de Protrombina al 22% e hipofibrinogenemia (130 mg/dl) y mayor trombopenia (34000/ μ l) con ácido láctico arterial elevado (5mmol/l). Con diagnóstico de sepsis severa, al 8º día de ingreso hospitalario es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos para estabilización, presentando al ingreso una puntuación en la escala Acute Physioly and Cronic Health Evaluation (A.P.A.C.H.E.) II de 22 puntos.

Evolución con empeoramiento de insuficiencia respiratoria hipoxémica con criterios de Acute Lung Injury (A.L.I.) sin evidencia clara de proceso neumónico y gasometría arterial con pH 7.34 pCO₂ 42mmHg pO₂ 87mmHg HCO₃ 23 mmol/l y exceso de bases -3, con pO₂/FiO₂ 213, precisando de intubación orotraqueal y conexión a Ventilación mecánica a las 48 horas, con necesidad de fiO₂ de hasta el 70% y PEEP 10cmH₂O para mantener saturaciones de oxígeno adecuadas.

Desarrollo de fallo hemodinámico con hipotensión que precisa de inicio de perfusión de vasoactivos con noradrenalina a dosis de 0,15mcg/Kg/min. Se descartan complicaciones abdominales mediante ecografía doppler y se solicitan nuevos estudios, con negatividad para Anticuerpos antinucleares, de vasculitis, antitiroideos y mitocondriales y de músculo liso para estudio de enfermedades hepáticas autoinmunes, destacando positividad para Anticuerpos anticardiopina (IgG 7 e IgM 14) y seroconversión para Coxiella burnetti, con aumento de títulos de Ac IgM fase II a 2.5 con IgG mantenidos en 2.3, sin detectarse Anticuerpos fase I, compatible con infección activa, siendo diagnosticado de Fiebre Q.

Se modifica antibioterapia a levofloxacino y ampicilina, con mejoría clínica posterior, pero con persistencia de leucopenia y trombopenia a lo que se suma anemización hasta 8g/dl, por lo que se repite punción medular, observando una médula ósea reactiva, hipercelular y con numerosos macrófagos con imágenes de hemofagocitosis, compatible con cuadro de Síndrome Hemofagocítico Secundario.

Se inicia tratamiento con megadosis de corticoides con metilprednisolona 1000mg durante 3 días, con buena respuesta clínica recuperando cifras de series hematológicas de forma progresiva y permitiendo iniciar el proceso de desconexión de la ventilación mecánica, sin poder progresar por sobreinfección con desarrollo al 11º día de ingreso hospitalario de neumonía basal derecha asociada a ventilación mecánica por acinetobacter baumannii, modificando antibioterapia a amikacina, colistina y tigeciclina.



Evolución tórpida con desarrollo en siguientes 24 horas de Síndrome de Fallo Multiorgánico con fallo hemodinámico, reiniciando la perfusión de noradrenalina a dosis altas, empeoramiento respiratorio presentando Síndrome de Distress Respiratorio Agudo con necesidad de FiO₂ 100% y aumento de PEEP a 12cmH₂O por hipoxemia refractaria y con acidosis respiratoria. Deterioro de función renal con oligoanuria precisando de terapias de reemplazo renal continuo y fallo hematológico con empeoramiento en hemograma con leucopenia 0.8 x1000/ μ l, Hb 7.5g/dl y plaquetopenia de hasta 5000 / μ l presentando una puntuación máxima en Escala Sequential Organ Failure Assesment (S.O.F.A.) de 17 puntos. Sin respuesta a medidas de soporte vital, el paciente fallece en situación de shock refractario, al 13er día de ingreso hospitalario con los siguientes juicios clínicos:

1. Infección aguda por coxiella burnetti – Fiebre Q.
2. Hepatoesplenomegalia con hiperbilirrubinemia, hipertransaminasemia, colestasis.
3. Sepsis severa con coagulopatía de consumo, leucopenia y trombopenia. Fallo renal agudo no oligúrico. Insuficiencia respiratoria

aguda hipoxémica. Acidosis metabólica e hiperpotasemia.

4. Linfocitosis hemofagocítica - Síndrome hemofagocítico secundario al proceso séptico.

5. Neumonía asociada a ventilación mecánica por *acinetobacter baumannii* con Fallo multiorgánico: Fallo respiratorio, síndrome de distress respiratorio agudo. Fallo hemodinámico con shock refractario. Fallo renal agudo oligúrico con terapia de reemplazo continuo renal. Fallo hematológico con leucopenia, anemia y trombopenia.

6. Éxito.

3. DISCUSIÓN

Coxiella burnetii es un patógeno intracelular de histiocitos y macrófagos, cuya infección es conocida como «Fiebre Q». Induce alteraciones en la respuesta inmune con producción de autoanticuerpos anticardiolipina, anemia hemolítica y trombocitopenia. El síndrome hemofagocítico secundario es una rara asociación, con menos de una decena de casos publicados en la literatura. Se clasifica dentro de las histiocitosis tipo II y su etiopatogenia consiste en una disfunción inmune con alteración de la respuesta del linfocito T y proliferación benigna de histiocitos en órganos linfoides presentando hemofagocitosis activa, con importante influencia de la producción de anticuerpos anticardiolipina. Su diagnóstico se realiza mediante estudio de médula ósea y los criterios clínicos se muestran en la tabla 1 junto con niveles elevados de ferritina. Presenta elevada mortalidad (40% si es secundario a procesos infecciosos con rápida evolución a síndrome de disfunción multiorgánico). El tratamiento inicial es el de la causa suyacente y como específico, terapia inmunosupresora (corticoides, ciclosporina A, inmunoglobulinas) e incluso trasplante alogénico de médula ósea.

Tercer Premio: Una causa infrecuente de insuficiencia cardiaca en el anciano

Autor principal:

TERESA SEVILLA RUIZ. Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Colaboradores:

RAMÓN ANDIÓN OGANDO. Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

MARÍA DE GRACIA SANDÍN FUENTES. Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

CARLOS DAVID ORTIZ BAUTISTA. Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

ANAMNESIS:

Una mujer de 79 años acude a consulta de cardiología remitida por su médico de atención primaria por disnea de pequeño esfuerzo. No tiene antecedentes familiares de interés y presenta antecedentes personales de histerectomía y doble anexectomía por miomatosis uterina a los 61 años y un episodio de fibrilación auricular paroxística atendida en el Servicio de Urgencias un año antes. La paciente refiere disnea progresiva hasta hacerse de pequeño esfuerzo de varios años de evolución.

Sin embargo en los últimos meses la sintomatología estaba limitando su vida diaria con incapacidad para realizar las tareas del hogar o ir a la compra. Refería además ortopnea, sin episodios de disnea paroxística nocturna. No refería edemas en las extremidades inferiores. No había vuelto a presentar palpitaciones desde la atención en urgencias por el episodio de fibrilación auricular. No refería dolor torácico con el esfuerzo ni asociado a la sensación de disnea. No había historia previa de síncope y no refería episodios de mareo. En el momento de la consulta realizaba tratamiento con ácido acetil salicílico de 300 mg.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

A la exploración la paciente se encuentra hipotensa (presión arterial: 80/40 mmHg), la frecuencia cardiaca es de 60 latidos por minuto. Se encuentra normohidratada y normocoloreada. No hay ingurgitación yugular ni reflujo hepato-yugular. Las carótidas laten simétricas, sin soplos. La auscultación cardiaca es rítmica y se escucha un soplo sistólico II/VI en el mesocardio, no irradiado, los tonos cardiacos son apagados. La auscultación pulmonar es normal. La exploración del abdomen es normal, sin zonas dolorosas, no se palpan masas ni megalias. No hay edemas en las extremidades inferiores.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

En el momento de la consulta, la paciente adjunta:

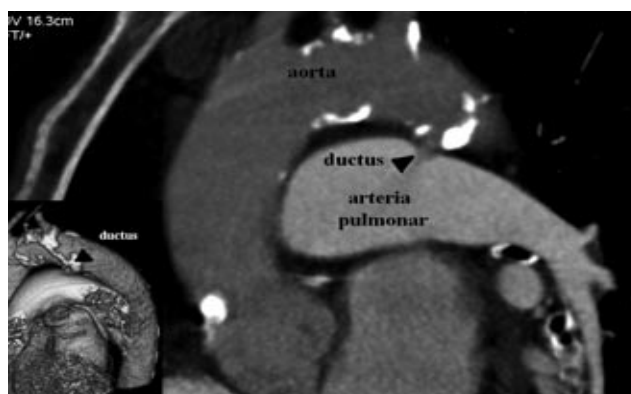
- Electrocardiograma: ritmo sinusal. Conducción con bloqueo de rama derecha (QRS: 150 mseg), sin otras alteraciones.
 - Radiografía de tórax: cardiomegalia grado II a expensas de cavidades izquierdas, sin datos de congestión pulmonar.
- Ante la alta sospecha de cardiopatía estructural (soplo, electrocardiograma anormal y cardiomegalia), se solicita un ecocardiograma. Com□
- Ecocardiograma: dilatación severa de cavidades izquierdas. Función ventricular severamente deprimida por hipocinesia difusa global, con una fracción de eyección estimada del 27%. La válvula mitral está levemente esclerosada y presenta una insuficiencia mitral central moderada, como consecuencia de la dilatación del anillo. La válvula aórtica es normal. El ventrículo derecho no está dilatado, su función es hiperdinámica y no existe hipertensión pulmonar.

Con el diagnóstico de miocardiopatía dilatada con disfunción severa del ventrículo izquierdo, la paciente fue ingresada para realizar un estudio de causas potencialmente reversibles del cuadro. Se solicitó una analítica completa de sangre y orina incluyendo hormonas tiroideas, iones y metabolismo del hierro que fueron normales.

Puesto que la enfermedad coronaria es la causa conocida más frecuente de miocardiopatía dilatada, la paciente se sometió a un cateterismo cardiaco que no mostró estenosis coronarias. Finalmente se realizó una resonancia magnética cardiaca para el estudio preciso de la función ventricular y la anatomía cardiaca y para estudiar la existencia de áreas de fibrosis que pudieran orientar en el diagnóstico etiológico.

- Resonancia magnética cardiaca: dilatación severa de cavidades izquierdas. Función ventricular severamente deprimida. Ventrículo derecho de tamaño y función normal. En los localizadores sagitales se objetiva muesca inferior en cayado aórtico (tras subclavia), a ese nivel existe en las secuencias de cine existe un flujo patológico entre aorta y arteria pulmonar principal, diagnóstico de ductus arterioso persistente.

Ante estos hallazgos se repite el ecocardiograma, con proyecciones no habituales para el estudio de la arteria pulmonar. Se objetiva un flujo continuo (sistólico y diastólico) en arteria pulmonar principal con dirección hacia la válvula pulmonar compatible con ductus arterioso persistente, con un gradiente máximo de 110 mmHg en sístole. Finalmente se realiza un TAC torácico multidetector con contraste para valorar con mayor precisión los diámetros del ductus y el estado de calcificación de las estructuras para valorar posibilidades de tratamiento. El estudio confirma la comunicación entre arteria aorta y arteria pulmonar, el trayecto mide aproximadamente 7.7x 4.9 mm y se visualiza todo el trayecto desde la aorta a la arteria pulmonar principal.



DIAGNÓSTICO:

Miocardiopatía dilatada con disfunción ventricular izquierda severa secundaria a sobrecarga mantenida de volumen de las cavidades izquierdas por cortocircuito extracardiaco (ductus arterioso persistente). En este caso, como el cortocircuito es extracardiaco, a pesar de ser un shunt izquierda-derecha, la sobrecarga de volumen afecta al corazón izquierdo ya que en la comunicación se encuentra más allá de las cavidades derechas y la sangre que recircula lo hace a través de los capilares pulmonares, venas pulmonares y va a parar a la aurícula izquierda.

TRATAMIENTO:

Ante la presencia de síntomas y sobrecarga del corazón izquierdo, se realizó un cierre percutáneo del ductus en la sala de hemodinámica. Se accedió por vena femoral derecha a cavidades derechas y tronco pulmonar. Desde ahí se atravesó el ductus accediendo a la aorta. A continuación implantó un dispositivo ocluidor ductus-amplatzer 8.0/10mm con éxito y sin complicaciones.

No se presentaron complicaciones tras la intervención. Se comprobó mediante ecocardiograma transtorácico la desaparición del flujo en la arteria pulmonar. La paciente fue dada de alta bajo tratamiento con: acenocumarol, espirolactona 25 mg/día, nevíbolol 2.5 mg/día y enalapril 5 mg/12 horas.

Pos

y la función ventricular se ha recuperado parcialmente hasta una fracción de eyección del 40%.

DISCUSIÓN:

El ductus arterioso es una estructura vascular que conecta la parte proximal de la aorta descendente con el techo de la arteria pulmonar principal. Generalmente se cierra de forma espontánea a las 24 o 48 horas del nacimiento, las fibras musculares son sustituidas por tejido conectivo y el resultado es la formación del ligamento arterioso. Si esto no sucede en los tres primeros meses de vida estamos ante un ductus arterioso persistente. No se conocen con exactitud las razones que llevan a la persistencia del ductus.

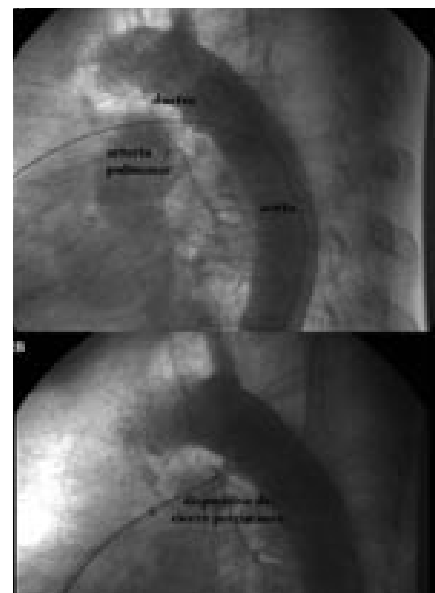
Su incidencia es claramente superior en niños pretérmino. En los niños nacidos a término parece haber una influencia genética. En algunos casos se ha demostrado relación con una infección prenatal. Fisiopatológicamente es un cortocircuito izquierda-derecha. Se genera un hiperflujo en la circulación pulmonar y una sobrecarga del corazón izquierdo. La insuficiencia cardíaca es la manifestación más frecuente y en muchas ocasiones asocia fibrilación auricular.

El desarrollo de hipertensión pulmonar es clave en la historia natural ya que puede ser irreversible incluso tras el cierre del defecto y llevar a una inversión del cortocircuito (síndrome de Eisenmenger). Las complicaciones que pueden asociarse son la endarteritis, con una incidencia aproximada de 1% al año, y el aneurisma que generalmente requiere cirugía.

El diagnóstico de un ductus arterioso persistente durante la senectud es excepcional. El cierre del defecto está indicado en todos los pacientes con DAP sintomático y cortocircuito izquierda-derecha, en pacientes asintomáticos pero con sobrecarga de ventrículo izquierdo y en todos los niños o jóvenes adultos en los que se encuentra de manera incidental (puesto que es un procedimiento seguro y se disminuye el riesgo de endarteritis).

El cierre percutáneo es de elección salvo casos de ductus muy calcificados. Se consigue el cierre completo en el 90-95% de los casos y las complicaciones graves son raras, siendo la más frecuentes la embolización del dispositivo o alteraciones hemodinámicas en la arteria pulmonar, además de las complicaciones derivadas del acceso vascular.

La miocardiopatía dilatada es una entidad muy frecuente cuyo origen es generalmente idiopático, no obstante siempre está indicado un estudio detallado de posibles causas (aunque sean poco frecuentes o el paciente sea anciano) ya que en muchas ocasiones puede ser una entidad reversible.



MOVIMIENTO COLEGIAL/ Diciembre-Enero

ALTAS

D. Juan José López Gómez	Traslado de Cantabria
D. Ladislao Pérez Belmonte	ID. de Soria
D. Juan Olazabal Herrero	ID. de Palencia
D ^a . Irene Pérez alonso	ID. de Zamora
D ^a . Eulogia M ^a Izquierdo Manzano	Reingreso
D ^a . M ^a Mercedes Coloma Pesquera	Traslado de Soria
D ^a . M ^a del Carmen Pacheco Martínez	Reingreso
D. Nelson Urrea Brito	Traslado de Teruel
D. Mario L. Marcenaro Jiménez	Traslado de Navarra
D. Segundo Areces Ilarri	ID. Palencia
D ^a . Juana M ^a García Castillo	ID. Segovia
D. Jesús Rodríguez Núñez	ID. Segovia
D ^a . María de Lluch Bennasar	ID. Baleares
D. Juan Manuela Sánchez Fernández	Ingreso

BAJAS

D. Roberto Velasco Zúñiga	Traslado a Vizcaya
D ^a . Neysa Navarro Fernández	Cese
D ^a . Ana Belén Dueñas Pérez	Traslado a Madrid
D. Santiago Vela Alarcoa	Fallecimiento
D. Emilio Reglero Prieto	Fallecimiento
D ^a . M ^a Ascención Martín Ferrero	Cese
D. Fco. J. Martínez Larriche	Traslado a Burgos
D ^a . M ^a Inmaculada Alarcka Santana	ID. a Burgos
D ^a . M ^a José Mialdea Lozano	ID. a Palencia
D ^a . M ^a Rosa Igea Menor	ID. a Burgos
D ^a . Raquel T. Palomino García	ID. a Cáceres
D. Víctor M. de Castro Álvarez	ID. a León
D. Pablo Alonso Rodríguez	Traslado a Cáceres
D. Gonzalo Mancebo Mata	ID. a Asturias
D ^a . M ^a Antonia Martín Delgado	D. a Segovia
D. Pedro Álvarez-Quiñones Caravia	Fallecimiento
D. Ángel Martín González	ID. a Palencia
D ^a . M ^a Jesús Hervada Beato	Traslado a Palencia
D ^a . María de Antonio Sánchez	ID. Palencia
D. Fehmi Algeet Saade	ID. Palencia
D ^a . Beatriz Cartón Manrique	ID. a Segovia
D. Georgi Asenov Garavalov	Cese

CENTRO DE SALUD HUERTA DEL REY

Este centro fue inaugurado a finales de los años 80 pero no fue hasta 2003 cuando se inauguró el nuevo edificio que actualmente permite prestar asistencia sanitaria a más de 24.500 personas residentes en las zonas de Huerta del Rey, Girón y Villa del Prado

“Nuestro centro es un fiel reflejo de la progresiva feminización que las profesiones relacionadas con salud han tenido en los últimos años, ya que de todo el personal que trabaja en él tan sólo el 1% son varones”

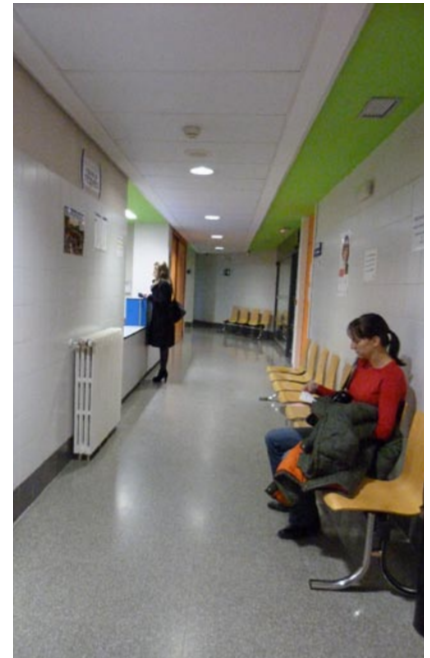
El Centro de Salud ‘Huerta del Rey’ fue inaugurado en 1988 como centro de nueva creación. Perteneció al Área de Salud Valladolid Oeste y geográficamente abarca una gran extensión de terreno que comprende los barrios de Huerta del Rey, Girón y Villa del Prado.

Pocos años después de su apertura, el edificio inicial se quedó pequeño debido al progresivo crecimiento del barrio Huerta del Rey y tras un periodo en el que hubo que ampliarlo provisionalmente con unos módulos anexos, finalmente en el año 2003 se inauguró un edificio nuevo de tres plantas unido al primitivo, en la calle Rastrojo. Es un edificio moderno, acristalado, con grandes salas de espera muy luminosas donde hay

sitio para desarrollar cómodamente la actividad asistencial y absorber el aumento de población y de número de consultas que ha supuesto la reciente creación del nuevo barrio de Villa del Prado.

El Centro tiene adscrita una población de 24.525 personas “y me gustaría destacar que un 18% de la población atendida corresponde a personas mayores de 65 años”, destacó la Dra. Pilar del Río, coordinadora del centro.

Además desde hace un par de años también se presta, completando los servicios prestados desde el centro de salud, atención sanitaria a las personas indomiciliadas que son atendidas en el Comedor Social que Cruz Roja tiene en la calle Antonio Lorenzo Hurtado.



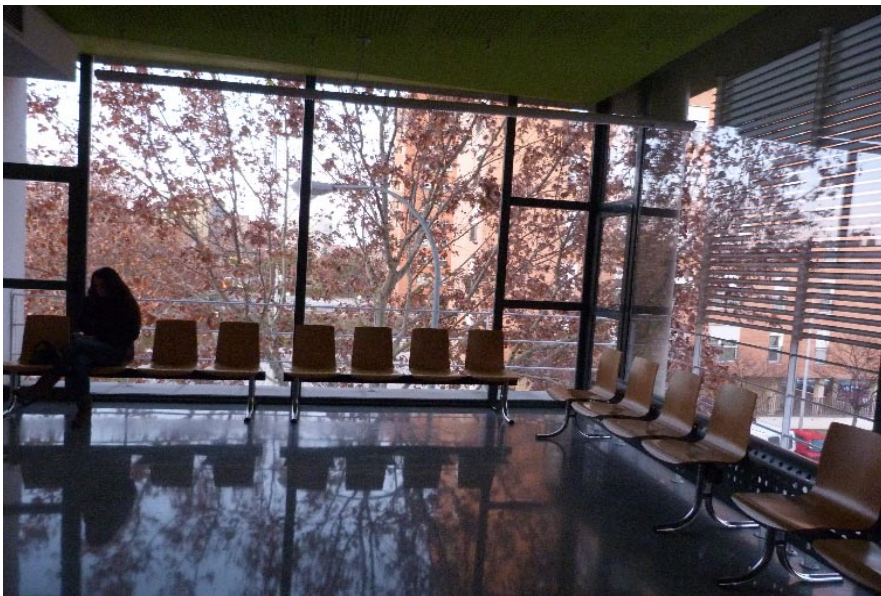
“Tampoco podemos olvidar que parte de la población que vive en nuestra zona corresponde a población de etnia gitana con las particularidades que sus tradiciones y cultura implican en todos los aspectos asistenciales”, añadió.

A la hora de analizar la asistencia médica y sanitaria que este barrio dispone para prestar a sus vecinos, la responsable de este centro no olvidó que “en la zona se encuentran dos Residencias de Personas Mayores; la Residencia Cardenal Marcelo de la cual es titular la Diputación Provincial y que cuenta con más de 250 residentes y servicio médico propio y la Residencia



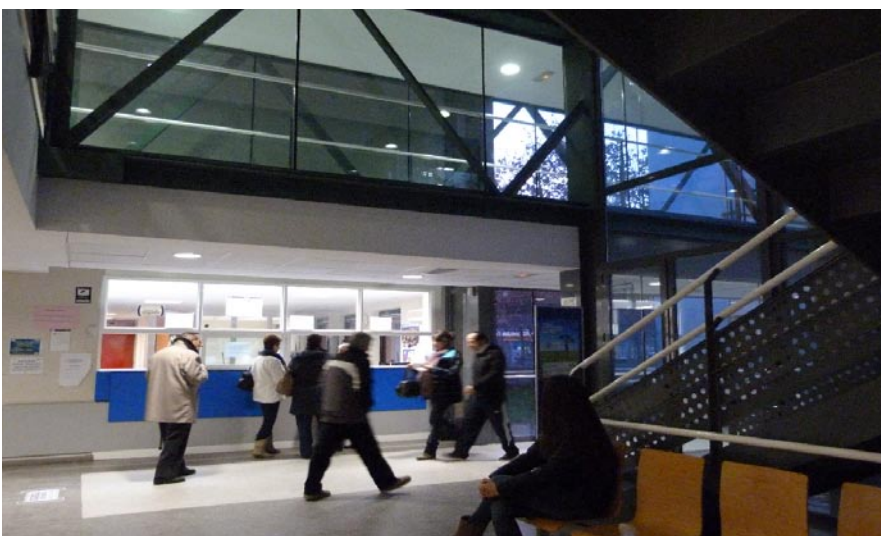
Los Ángeles con unos 40 residentes y de titularidad privada”.

El equipo de este Centro de Salud está compuesto por 13 Unidades Básicas Asistenciales que cuentan con médico de familia y enfermera; 3 pediatras y una enfermera de pediatría para atender, aproximadamente, a unos 3.000 niños de 0 a 14 años; 2 matronas, una de ellas compartida con otro Centro de Salud; un auxiliar de enfermería; 6 auxiliares administrativos; una trabajadora social a tiempo parcial, también compartida con otro centro de salud y un servicio de fisioterapia.



“Nuestro Centro de Salud es un fiel reflejo de la progresiva feminización que las profesiones relacionadas con la salud han tenido en los últimos años”, indicó la Dra. Del Río, “de todo el personal que trabaja en él tan solo el 1% es del género masculino”.

Además de la atención en consulta el centro presta atención a domicilio de medicina y enfermería para pacientes que no pueden desplazarse hasta el centro por causa de su enfermedad. “Para el desarrollo de la asistencia diaria contamos con medios diagnósticos como electrocardiografía convencional y recientemente se ha instaurado el servicio de telecardiografía mediante el cual podemos transmitir un electrocardiograma directamente al cardiólogo del Hospital Río-Hortega para que lo informe en minutos”, explicó la coordinadora.



“El nuestro es un Centro de Salud docente y como tal, realizamos docencia pregrado y postgrado”. En lo referente a la docencia pregrado y en colaboración con la Universidad de Valladolid, el centro acoge a los estudiantes de enfermería durante su periodo de prácticas, según señaló la coordinadora. Respecto a la docencia postgrado, en el centro de Huerta del Rey cuentan con Residentes de Medicina de Familia, Enfermero Interno Residente de Familia, Residentes de Matrona, y los Residentes de Pediatría en su etapa de rotación extrahospitalaria.

Servicios de Hematología del Hospital Río Hortega y del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Ambos centros destacan la importancia de continuar con las vías de comunicación con Atención Primaria abiertas hasta ahora, así como la necesidad de mantener una fluida relación con los servicios de Hematología del resto de hospitales de Castilla y León

Los Drs. Javier García Frade y María Jesús Peñarrubia son los responsables de las áreas de hematología del Hospital Universitario Río-Hortega y el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, respectivamente. Ésta es una especialidad con una doble función, servicio central con apoyo de laboratorios y de transfusión y servicio médico que atiende a enfermos hematológicos y a procesos médicos, quirúrgicos, pediátricos y obstétricos con repercusión hematológica.

“Este servicio comprende cuatro grandes áreas”, explicó la Dra. Peñarrubia. “El primero de ellos es el de la Hematología Clínica, que contempla la atención integral de los pacientes tanto en régimen de hospitalización como en forma ambulatoria”.

Es destacable el hecho de que el porcentaje más importante de los pacientes en tratamiento se atienden en los Hospitales de Día. “Esto evita multitud de ingresos de pacientes que precisan recibir tratamientos

quimioterápicos o transfusiones”, apuntó la jefa de servicio del Clínico. Además, en esta área se atiende también mediante guardias a los pacientes que presentan problemas urgentes relacionados con sus enfermedades hematológicas o el tratamiento de las mismas.

El bloque de diagnóstico sería el segundo a destacar en esta especialidad y abarca los laboratorio donde se estudia fundamentalmente la sangre y la médula ósea para el diagnóstico de enfermedades hematológicas benignas o malignas y otras enfermedades que se traducen en alteraciones sanguíneas.

A continuación tenemos la hemostasia y trombosis. Este área contempla tanto el diagnóstico como el tratamiento de los pacientes con fenómenos hemorrágicos y trombóticos.

Dentro de este área se engloba el control de los pacientes anticoagulados. “En este campo la introducción de nuevos anticoagulantes orales que no precisan control biológico los hace muy atractivos para los pacientes”, aseguró el Dr. García



Laboratorio de Hematología del H. Clínico

Frade. Estos tratamientos todavía no tienen un seguimiento suficiente fuera de ensayos clínicos, por ello, se prevé que su introducción será progresiva, “un ejemplo de estos casos podrían ser los pacientes que no se controlen adecuadamente con dicumarínicos”, apostilló el responsable del servicio en el HURH, “se requiere una labor de formación del colectivo sanitario y de los pacientes para asegurar el cumplimiento del tratamiento”.

Para conseguir una mejor atención a los pacientes que necesiten un seguimiento más cuidadoso ambos especialistas tienen claro cuál ha de ser el camino. La Dra. Peñarrubia remarcó la “total disponibilidad para colaborar con Atención Primaria” de ambos hospitales, “un punto de capital importancia para la mejor atención de los pacientes, y en el que debemos



Laboratorio de Hematología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

seguir profundizando". Por su parte, el Dr. García Frade añadió que un primer objetivo de ambos centros es "potenciar la colaboración con atención primaria, estableciendo programas de atención de consultas telefónicas, promoviendo reuniones para discusión de casos y facilitando la formación continuada".

Por último se encuentra el Banco de Sangre, encargado de proporcionar de una forma segura hemoderivados (concentrados de hematíes, plaquetas y plasma) para el tratamiento de los pacientes que los precisan. "Es una Unidad básica en el hospital", recordó la jefa de servicio del Hospital Clínico Universitario, "ya que los hemoderivados son fundamentales para procesos como los diferentes órganos sólidos (hepático, renal, cardíaco,...) y de los progenitores hematopoyéticos".

El año pasado se transfundieron entre los dos hospitales más de 20.000 concentrados de hematíes. "Evidentemente estos logros no serían posibles sin la generosidad de los donantes de sangre", quisieron agradecer los doctores. "En el área de trasfusión, el soporte de los procedimientos quirúrgicos con hemoderivados sigue siendo imprescindible, de aquí la labor de los servicios hospitalarios en colaboración con el centro de Hemodonación", apuntó García Frade.

Ambos hospitales llevan el distintivo Universitario en sus nombres. La docencia y la formación continuada es un punto fundamental para ambos jefes de servicio a la hora de enfrentarse a nuevos diagnósticos. El aspecto docente tanto de pregrado (con la rotación de los estudiantes en sus prácticas), como de postgrado (con la presencia de MIR de la especialidad de Hematología y Hemoterapia) y la formación continuada es un pilar importante en estos hospitales. "Es importante diferenciar lo que debe saber un estudiante de medicina, un residente de Hematología y qué conocimientos deben difundirse en los programas de formación continuada", señaló el Dr. García Frade, "y nuestro objetivo es proporcionar en cada situación diferentes programas formativos".

La búsqueda de iniciativas que mejoren los tratamientos actuales y permitan que la Hematología en Valladolid y en la Región siga avanzando ha llevado



Laboratorio de Hematología del Hospital Río-Hortega de Valladolid

a estos hospitales a mantener una fluida comunicación con los Servicios de Hematología de otros hospitales de Castilla y León para la puesta en común de problemas que la situación socioeconómica puede plantear y aportar soluciones. Esta relación se mantiene por medio de la Asociación Castellano-Leonesa de Hematología y Hemoterapia. "Iniciativas como la guía clínica del mieloma, que pretenden un tratamiento de calidad en toda la autonomía de determinados procesos onco-hematológicos; el desarrollo del registro de enfermedades hematológicas o la participación en proyectos de investigación indican cómo el trabajo en equipo es beneficioso para los pacientes", explicaron los doctores.

Además de reforzar los vínculos con el resto de centros hospitalarios de la Comunidad la Dra. Peñarrubia aseguró que es su deseo "mantener canales de comunicación con las asociaciones de pacientes". Algunas de estas relaciones están ya más que consolidadas, como es el caso de la Federación de Hemofilia, "pero también querríamos promover el establecimiento de otras como la de Leucemia/linfoma", apuntó el Dr. García Frade. Ya en el pasado congreso de la sociedad Castellano-Leonesa de Hematología, celebrado en el Hospital Río Hortega en el mes de abril de 2011, estos colectivos tuvieron la posibilidad de plantear sus problemas junto con el colectivo de hematólogos.

Fundación Música Abierta

Rosa Iglesias ha compaginado dos pasiones a lo largo de su vida: la medicina y el piano. Cuando su hijo pequeño le pidió que le ayudase a aprender a tocar este instrumento accedió sin saber que ello la llevaría a embarcarse en una aventura que dura hasta hoy. “Él tiene una discapacidad motora y me di cuenta de que las personas con limitaciones físicas, cognitivas o sensoriales tienen acceso hoy día a muchos ámbitos de nuestra cultura pero no a la musical, donde faltan facilidades y material adaptado para ellos”, explicó una de las creadoras de la ‘Fundación Música Abierta’, una sociedad de Uruñea ideada específicamente para fomentar la participación de personas con discapacidades de este tipo en el mundo de la música.

“La música es un bien cultural y social innegable que ha de hacerse accesible a todos los individuos para que se beneficien de sus cualidades educativas, terapéuticas, de regulación emocional y de mejora de las relaciones sociales”, reza la página web de esta Fundación. Pero para que las personas con discapacidades físicas puedan tener las mismas oportunidades hacen falta partituras adaptadas a sus necesidades.

Por ello uno de los principales proyectos que idearon desde que se creara esta institución en 2009 fue la edición, en colaboración con la Junta de Castilla y León, de los ‘Cuadernos de Música para Discapacitados’, una colección de diez libros donde se recogen piezas compuestas para personas con limitaciones motrices en la mano derecha. En ellas, la mano izquierda realiza movimientos técnicos normales, mientras que la derecha está escrita según las limitaciones propias que una persona con hemiparesia en el brazo derecho.

Enrique Igoa, Santiago Lanchares, Sebastián Mariné, Ricardo Moyano, David del Puerto, Jesús Rueda, Ananda Sukarlan, Polo Vallejo y Edson Zampronha son los nueve compositores que han aportado piezas de nueva creación pensadas especialmente para este proyecto. “Para ellos ha sido un reto muy estimulante y enriquecedor”, aseguró Rosa Iglesias. “Estos cuadernos forman un conjunto

de enorme interés por su variedad y espíritu didáctico en la presentación de diversas estéticas contemporáneas, con un objetivo que engloba no sólo a sus primeros destinatarios -personas con alguna discapacidad-, sino a todos los músicos que deseen acercarse al amplio panorama musical contemporáneo de nuestro país”, apuntó públicamente sobre esta idea Diego Fernández Magdaleno, Premio Nacional de Música en el año 2010.

Recientemente se editó el cuaderno número once, con tres compositores catalanes de lujo: Armand Grèbol, Albert Sardà y Joseph Soler, Premio Nacional de Música y Premio Tomás Luis de Victoria. Entre los siguientes proyectos de esta Fundación encontramos la intención de editar cuatro volúmenes existentes de ‘piano complementario’, una asignatura obligatoria para los músicos que realizan el Grado Medio para convertirse en profesionales. “Llevamos dos años con esta idea en la cabeza, pero nos falta financiación”, se lamentó Rosa Iglesias. “Con esta fundación muchos perdemos dinero, pero no queremos dejarlo, porque creemos en lo que hacemos y en la necesidad de que alguien ayudase a las personas con discapacidades a aprender a disfrutar de la música”.

Entre los proyectos que han empezado desde la ‘Fundación Música Abierta’ destacan los talleres de interactividad física en personas con parálisis cerebral. A través de la danza interactiva se pretende estimular a los niños para que produzcan música a través de sus movimientos. Cada gesto, cada parpadeo y cada movimiento es captado por un ordenador que los convierte en respuestas musicales. Se crea así un entorno virtual en el que la persona baila y su movimiento es capturado por una cámara de vídeo u otros sensores, cuyos datos conectados a un pc son procesados de tal manera que cada gesto se corresponde con un sonido.

A pesar de que las posibilidades de relación movimiento-sonido pueden ser infinitas, algunas conexiones intuitivas hacen que los movimientos lentos creen

una música suave y lenta y los rápidos una música más animada y enérgica.

Las respuestas conseguidas gracias a esta ‘terapia’ han sido mucho mayores de lo esperado. Los niños que participaron en esta dinámica mostraron iniciativas que sus propios padres reconocían como poco frecuentes en ellos.

El éxito de estos talleres han hecho que la fundación trate de formar a centros de toda España que trabajen con pacientes de parálisis cerebral para que se aplique este proyecto como una terapia más. “Lo vamos a llevar a un centro en San Fernando -Cádiz-”, apuntó Rosa Iglesias, “pero para poder presentarlo en otras ciudades y continuar con ideas que ayuden a estos niños necesitamos fondos y nuevos socios”.

Si desean colaborar con la ‘Fundación Música Abierta’ pueden ponerse en contacto con ellos a través de su página web www.fundacionmusicabierta.org o en el teléfono 983.717.538



Adiós a un gran maestro

Ángel Marañón Cabello



Prof. D. Pedro Álvarez-Quiñones Caravia.
Catedrático de Dermatología de la UVA

Con el fallecimiento del Prof. Pedro Álvarez Quiñones, la medicina vallisoletana ha perdido a un preclaro intelectual, catedrático insigne de dermatología y un médico con una vocación firme, meditada y decidida. Pertenecía a la escogida nómina de aquellos maestros que nos enseñaron la

teoría y práctica de la Medicina y, además con su ejemplo, aprendimos también la ética, la estética y el arte de la vida.

Con su amistad cercana, pude conocer más directamente sus excelentes y loables condiciones humanas, científicas y profesionales. Su ejemplaridad, vigor y apresto moral, que le ganó el respeto de todos, provenía de la coherencia y firmeza de sus convicciones, así como de la veracidad a la hora de expresarlas. D. Pedro Álvarez Quiñones fue un hombre profundamente humano, generoso y extremadamente recto. Supo hacer de la excelencia una norma en el trabajo diario, tanto en la dedicación a los enfermos como en su entrega a la Universidad, a la que dedicó lo mejor de su vida.

Toda su actividad como catedrático se caracterizó por su ejemplar honestidad y la alta calidad científica y docente. Su enorme prestigio y poder de influencia le convirtió en una figura de referencia obligada, tanto en la Facultad de Medicina como en el Hospital Clínico. La sobresaliente trayectoria de esta insigne figura de la Dermatología española del

siglo XX, se culminó con la creación de una brillante escuela de distinguidos dermatólogos, algunos de ellos profesores universitarios.

Su elección como decano de la Facultad de Medicina y años después de la presidencia de la Real Academia fue la expresión notoria del prestigio, respeto y admiración que se le profesaba. Fue un universitario de excepción y siempre defendió que a la Universidad hay que atemperarla a las exigencias de los tiempos, pero sin desvirtuar su verdadera esencia, sin mixtificarla para hacerla perder su papel fundamental de depositaria y promotora del saber.

En su ejemplar paso por la vida ha sido un privilegio y un lujo espiritual el haber podido recibir sus sabias y magistrales lecciones de la medicina y de la vida, por lo que siempre permanecerá en lo mejor de nuestros recuerdos y en lo más profundo de nuestros sentimientos. Hemos perdido un eslabón de oro de esa medicina que sustenta que el paciente siempre debe ser considerado como un ser humano, con sentimientos y esperanzas.

Oferta Exclusiva para
Cº OF. MÉDICOS
DE VALLADOLID

CLÍNICA BAVIERA
INSTITUTO OFTALMOLÓGICO EUROPEO

902 130 100
www.clinicabaviera.com

Ya es hora
de ver la vida
con otros ojos



Somos la solución mejor vista para más de 300.000 pacientes. En Clínica Baviera queremos recordarte nuestra **tarifa válida para el 2012 especial para ti y tus familiares directos**, en los tratamientos de CORRECCIÓN VISUAL POR LÁSER, **por ser miembro del COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE VALLADOLID**.

Tarifa
general
1.095€/ojo
Consulta médica preoperatoria
75€

Hasta 29
de febrero
925€/ojo
COLEGIADOS
975€/ojo
Consulta médica preoperatoria
35€

ACREDITACIÓN DE
colegiado

IMPRESINDIBLE PRESENTAR ACREDITACIÓN
en la 1ª visita a Clínica Baviera
Más copia del Libro de Familia en el caso de familiares
directos (padres, hijos, hermanos, cónyuge).

Tariffas válidas hasta 31/12/12.

Conocimiento y formación bioética del personal sanitario del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Carmen Fernández, DUE del Hospital Clínico; M^a Lourdes del Río, del Servicio de Angiología y Cirugía Vasculay y M^a Fe Muñoz, de la Unidad de Apoyo a la Investigación

Los avances de la ciencia, fruto de la continua investigación, hacen vislumbrar un mundo donde los límites de nuestra asombrosa capacidad de aprender y de acercarnos a la realidad de los procesos de la vida no parecen tener fronteras. La actividad biomédica genera innumerables interrogantes éticos, no solo por los nuevos avances de la ciencia sino también por las situaciones que se producen en la práctica de las diversas especialidades biosanitarias. De ahí que se desarrolle una nueva materia paralela a la ciencia y a la técnica, la bioética la cual consiste en el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y principios.

La bioética irrumpe en el mundo científico como una llamada a la reflexión para redimensionar el saber científico al servicio del hombre y permitir al propio ser humano recapacitar, dialogar, debatir y determinar, según sus sistema de valores, el beneficio que la ciencia puede aportar al ser humano, siempre respetando y afirmando su dignidad. Es importante que en la formación del personal se contemplen aspectos científicos, clínicos, biotecnológicos, de investigación y de gerencia pero es fundamental que se trabaje en la construcción de una conciencia moral, en la bioética, en los problemas sociales, en la convivencia, la solidaridad, los principios y valores. La evolución de la bioética con la determinación de los principios fundamentales de la ética sanitaria ha contribuido a analizar cuáles son los valores prioritarios que deben ostentar los profesionales sanitarios, para que tales principios se mantengan. Por ello, la presencia de la bioética en el ámbito clínico contribuye a crear un clima de atención hacia los aspectos más humanos de la práctica clínica. El objetivo se centra en evaluar el nivel de conocimiento y formación sobre diversos aspectos bioéticos entre el personal sanitario del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, que se realizó mediante una encuesta de creación propia constituida por un cuestionario diseñado al efecto, anónimo, autoaplicado y validado por un grupo piloto de 30 profesionales sanitarios. La encuesta está formada por 11 ítems donde se cuestionaban aspectos bioéticos, funciones del Comité de Ética Asistencial y formación en bioética (anexo I). La encuesta se realizó de forma anónima aplicándola a diferentes sectores del personal sanitario del Hospital Clínico Universitario de Valladolid entre enero y Junio del 2010, los cuales fueron médicos facultativos especialistas, médicos residentes (MIR), fisioterapeutas, enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos sanitarios de grado superior de los Servicios de Radiología, Análisis Clínicos, Rehabilitación, Reanimación, Unidad de Cuidados Intensivos, Área Quirúrgica, Ginecología, Pediatría, Medicina Interna y Psiquiatría.

Resultados

Se recogieron un total de 160 encuestas (80%) que correspondieron a: Técnicos sanitarios de Laboratorio (3,7%), Técnicos sanitarios de Radiología (6,4%), Auxiliares de Enfermería (13,3%), Fisioterapeutas (7,4%), Enfermeras



Gráfico 1



Gráfico 2

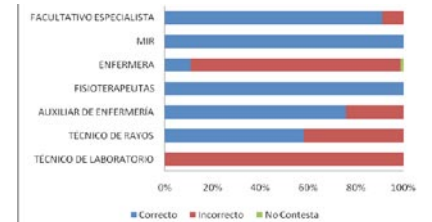


Gráfico 5



Gráfico 6

(39,9%), MIR (11,2 %) y Facultativo Especialista (18,1%). El concepto de Bioética es correctamente conocido por el 92.56% de los encuestados (gráfico 1), sin embargo los conocimientos sobre las características y los principios (preguntas 2, 3, 4 y 5) fueron correctamente contestadas por el 57.67% de los encuestados (gráficos 2 y 5). El 94.8% de los encuestados coinciden en que el Comité de Ética Asistencial es el mejor órgano para resolver un dilema ético, que los avances tecnológicos deben ajustarse a los principios de la bioética y que los conocimientos de bioética mejoran y humanizan la relación asistencial (gráfico 6).

La relación profesional sanitario-paciente fue correctamente contestada por el 96.84% de los encuestados. Los ítems 8 y 9 fueron correctamente contestados por el 74% y el 59% de los encuestados (gráficos 8 y 9). La ausencia de información y consentimientos fue el problema bioético más importante para los técnicos de laboratorio, técnicos de radiología, fisioterapeutas y médicos residentes. Sin embargo, los facultativos especialistas, equipo de enfermería y auxiliares clínicos consideran que el problema ético más importante en el ámbito sanitario es

la falta de confidencialidad y respeto a la intimidad del paciente. El problema menos importante en todos los grupos fue la eutanasia (gráfico 10).

El conocimiento acerca de los Comités de Ética Asistencia fue correctamente contestado por el 73.59% de los sanitarios (gráfico 11). En cuanto al grado de conocimiento, el grupo con mejor resultado fueron los residentes (87.66%), seguido por los facultativos especialistas (81.32%), fisioterapeutas (78.89%), enfermeras (71.48%), auxiliares de enfermería (68.68%), técnicos de radiología (68.58%) y técnicos de análisis clínicos (58.43%) (Gráfico 12). El concepto de Bioética es conocido por la generalidad de los encuestados, pero los conocimientos sobre las características y los principios de la misma son confusos. La falta de intimidad y confidencialidad es el problema ético más frecuente, seguida de la falta de información y consentimiento, actitudes que atentan contra el principio de no-maleficencia cuando se realizan intervenciones que lesionan la intimidad, quebrantan la confidencialidad y la información es deficitaria para la toma de decisiones.

La conclusión a la que llegamos es que el nivel de formación en bioética del personal sanitario ha de considerarse, en general, moderado obteniéndose mejores resultados en los grupos que reciben formación bioética específica, por lo que consideramos la necesidad de formación continuada en todos los trabajadores.



Gráfico 9

Problema ético más frecuente en la práctica clínica

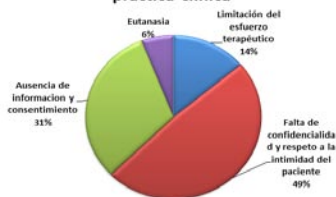


Gráfico 10



Gráfico 11

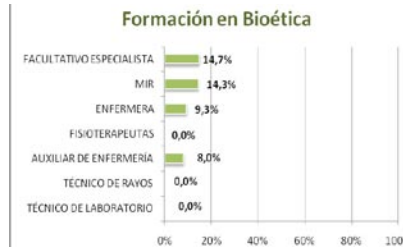


Gráfico 12

Anexo I.

1ª- Cual de las siguientes afirmaciones es la correcta:

- La bioética es la ciencia que regula la conducta humana, en el campo de la vida y la salud, a la luz de valores y principios morales racionales.
- La bioética es la ciencia que impone la conducta humana, en el campo de la vida y la salud, a la luz de los valores y principios morales racionales.
- La bioética es la ciencia que legisla la conducta humana, en el campo de la vida y la salud, a la luz de valores y principios morales racionales

2ª- La bioética establece varios principios de referencia para analizar el carácter moral de una decisión, sabrías cuál de los referidos a continuación No pertenecen a este grupo de principios.

- Autonomía
- No maleficencia.
- Justicia
- Solidaridad
- Beneficencia.

3ª- La capacidad de determinar y elegir uno mismo lo que se le va a realizar con pleno conocimiento de consecuencias, con qué principio de bioética se corresponde.

- Autonomía
- Temeridad
- Justicia
- Beneficencia

4ª- De los cuatro principios de referencia que se establecen en bioética, hay dos que son de primer nivel, mínimos y universalizales.

- Autonomía
- Justicia
- Beneficencia

- No-Maleficencia

5ª- Señala que característica no es propia de la bioética

- Interdisciplinar
- Universal
- Religiosa
- Humana
- Racional

6ª- En caso de conflicto o dilema ético a quien acudirías para pedir ayuda en la resolución del conflicto.

- Colegio profesional
- Dirección del área de salud
- Capellán del hospital
- Comité de ética asistencial

7ª- Respecto a la relación profesional sanitario-paciente ¿Cuál de las siguientes opciones te parece la correcta?

- Relación paternalista
- Relación sanitario- paciente "conspiración del silencio"
- Relación sanitario-paciente, aplicando el principio de autonomía

8ª- En la actualidad se han tecnificado los momentos cruciales de la vida: concepción y muerte, te parece que:

- Los avances deben seguir principios técnicos y científicos
- Los avances se deben ajustar a los principios de la bioética.
- Los avances deben ser independientes de los principios bioéticos.

9ª- Consideras que la formación en bioética mejora:

- Los cuidados y atención a los pacientes
- Mejora la comunicación con pacientes
- A desarrollar habilidades emocionales

10ª- De los siguientes problemas éticos, ¿cuál crees en tu opinión que es el más frecuente en la práctica clínica?

- La limitación del esfuerzo terapéutico
- La falta de confidencialidad y respeto a la intimidad del paciente
- Ausencia de información
- La eutanasia

11ª- Los Comités de Ética Asistencial se crearon para:

- Realizar un juicio sobre la conducta ética de los profesionales de un centro sanitario
- Sustituir los comités de ensayos clínicos
- Analizar y asesorar sobre cuestiones de carácter ético que surjan en el ámbito asistencial.

12ª- Formación en bioética



La atención primaria en la España de Carlos IV

Tanis Cardillo, de la Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas (ASEMEYA)

En el siglo XVIII la mayoría de la población española residía en núcleos rurales con escaso número de habitantes lo que provocaba serios problemas en la organización sanitaria ya que era difícil que un profesional sanitario pudiera mantenerse ejerciendo libremente la medicina en pueblos pequeños¹. En la *Gaceta de Madrid* se publicaron numerosas noticias anunciando plazas vacantes de profesionales sanitarios. En noviembre de 1795 aparece publicada por primera vez una noticia en la que se anunciaba una plaza libre de cirujano:

“La ciudad de Tafalla, reyno de Navarra, ha determinado adquirir y mantener un Cirujano de estuche con la dotación anual de 600 pesos, moneda de aquel país; y deseando que la elección recaiga en facultativo hábil, y de las circunstancias que se apetecen para la mejor asistencia del vecindario, se comunica esta noticia a fin de que los aspirantes puedan dirigir sus instancias al mismo Ayuntamiento con expresión de sus qualidades de suficiencia, y demás que les haga acreedores a la preferencia”

G.M. 27-XI-1795

Por otro lado, los enfermos de esos núcleos reducidos de población tenían serias dificultades para trasladarse a la ciudad o a núcleos de población mayores en busca de cuidados médicos. La solución para muchos municipios rurales fue la contratación de médico, cirujano, boticario y veterinario a cambio de un sueldo, la “conducta” o “conducción”, equivalente a “ajuste y concierto hecho por precio y salario”:

“Se halla vacante la plaza de segundo Médico de la ciudad de Cuenca: tiene de dotación anual 300 ducados, pagados de Propios, por solo las visitas que hace a los pobres de solemnidad de la mitad de la ciudad, pagándole los demás vecinos, comunidades y cuerpos por quien sea llamado o conductado para su asistencia. El profesor que quiera pretenderla remitirá memorial al Ayuntamiento de dicha ciudad”

G.M. 12-IX-1806



En el reino de Castilla se denominó “*medicatura*”, equivalente a contrato o salario y correspondía a la cantidad que el municipio entregaba al médico y a otros profesionales a cambio de sus actuaciones, como se recoge en la siguiente noticia de septiembre de 1804:

“Se halla vacante el partido de Médico de la villa de Olmedo, provincia de Valladolid, carrera de Madrid: su dotación 300 ducados de villa, con obligación de hacer una visita diaria, pagándose por los enfermos, y según la calidad de estos, las demás que se hagan; tiene 90 fanegas de trigo y 300 rs por la asistencia a 6 comunidades, sin contar con los ajustes de los Curas, otras personas de distinción y apelaciones”

G.M. 28-IX-1804

Esta idea proviene posiblemente de Italia, donde ya en la Edad Media las grandes ciudades concibieron la idea de este tipo de contratación con el fin de garantizar la asistencia médica. Con ello se garantizaba la permanencia de un profesional sanitario en un núcleo de población pequeño, porque la seguridad del sueldo generaba estabilidad, aunque ocasionaba problemas en muchos pueblos en los que la economía municipal no permitía realizar aquel desembolso. Para solucionarlo algunos pueblos abonaban todo el salario o una parte del mismo en especies como se muestra en esta noticia de febrero de 1805:

“La villa de Tricio, en la Rioja, inmediata a la ciudad de Nájera, terreno el más fértil de la provincia, ha erigido un nuevo partido de Médico, con las villas de Sta. Coloma Manjarrés y Aleson, comprendidas en

la corta distancia de una legua, por lo que su visita se puede hacer cómodamente en 2 horas: componen 300 vecinos poco más o menos: se ha asignado de salario, por ahora, 100 fanegas de trigo y 110 de cebada, cobradas por la Justicia, y puestas en su granero; será libre de todas pahijas y derechos Reales, de sisas y contribuciones, y se le da casa pagada; se aumentará el salario dentro de breve tiempo, vencidas que sean las dificultades que existen en el día con otros pueblos inmediatos”

G.M. 26-II-1805

Para sufragar el salario de los profesionales sanitarios, médicos o cirujanos titulares, los Ayuntamientos tenían que conseguir financiación. Si el Ayuntamiento disponía de suficientes ingresos propios, no recurría a los vecinos, pero en caso contrario y previa autorización del consejo de Castilla, se creaban arbitrios o tributos específicos e incluso se repartía su pago entre los vecinos como podemos apreciar en la siguiente noticia:

“La plaza de Médico titular de la villa de Mayrena del Alcor, compuesta de 800 vecinos, distante 4 leguas de la ciudad de Sevilla, dotada con 1.000 ducados de renta anual, pagados por la Justicia, y exigidos por repartimiento entre su vecindario, se halla vacante”

G.M. 13-VII-1804

Cuando el municipio no podía conseguir la financiación, ya porque su tamaño fuera demasiado pequeño o porque no dispusiera de suficientes riquezas, se asociaban varios municipios para la contratación de los profesionales

sanitarios, creándose los llamados "partidos médicos", concepto que se ha mantenido vigente hasta hace muy pocos años. Un partido médico era el territorio o término en que el médico o cirujano tenían obligación de asistir y curar a sus habitantes por el salario que se les hubiera asignado. Este sistema también fue adoptado por algunos barrios rurales de las ciudades. En la siguiente noticia se especifican las características del partido médico que se oferta.

"El partido del Real Valle de Mena, obispado de Santander, está vacante de Médico. Se compone de 1.000 vecinos en 52 poblaciones, que la más distante está legua y media de la habitación señalada para el facultativo, a quien dará el Ayuntamiento 5.000 rs. anuales, y llevará por cada visita 2 rs.; gozará igualmente el salario de la villa de Villasana y su monasterio de Religiosas, que se hallan en el comedio del partido. Los pretendientes deberán entenderse con el Ayuntamiento del citado Valle"

G.M. 12-VI-1798

Esta práctica asalariada no era impedimento para el ejercicio libre de la profesión, que estuvo totalmente salvaguardado por las diferentes normativas legales. Un ejemplo de este tipo de contrataciones, en este caso de médico y cirujano, se recoge en la siguiente noticia:

"En la villa y puerto habilitado de Gijón, Principado de Asturias, se halla vacante la plaza de Médico: tiene de dotación 5.500 rs. anuales, y medio real por visita de cada enfermo en las horas regulares, quedando sin restricción las que se hiciesen a los forasteros y extranjeros. El pueblo se compone de 1.100 vecinos, sin los de 25 parroquias circunvecinas, o a legua y media de la capital, y los que cuando llaman para

asistir alguno, pagan por separado. Es sano, de mucha concurrencia de mar y tierra, y nada caro"

G.M. 20-XI-1801

La normativa que regulaba la contratación de los profesionales sanitarios provenía de dos poderes diferentes: el municipal y el estatal. Las ordenanzas municipales eran específicas para cada pueblo y en muchas de ellas aparecía la obligación de contratar por parte de los municipios el personal sanitario necesario para la asistencia a la comunidad así como otros servidores públicos como los maestros de primeras letras, los organistas, etc., indicando en la noticia las diferentes ventajas de la plaza ofertada, como se aprecia en la siguiente:

"En la villa de Dueñas, a 6 leguas de Valladolid y 2 de Palencia, se halla vacante la plaza de Médico titular, dotada en 500 ducados, pagados mensualmente de los propios de villa: el convento de S. Agustín, situado dentro del mismo pueblo, ha pagado hasta ahora por convenio 12 fanegas de trigo: 16 de cebada y otras tantas de trigo el monasterio de Benedictinos de S. Isidro, distante un cuarto de legua de la villa, cuyos granos todos se pagan anualmente: el vecindario es de 750 vecinos sin anexo alguno: es carrera de Francia y pueblo de descanso, con 10 mesones bien provistos, cuya comodidad atrae a muchos pasajeros, y proporciona al Médico no poca utilidad"

G.M. 14-II-1804

En estas ordenanzas se solía especificar cómo se debía realizar la elección de los sanitarios, el tiempo de duración del contrato, cómo se recaudaban los fondos para el pago de las cuotas y cómo debía procederse en caso de impago de las mismas. También se especificaban las incompatibilidades que estos contratos



suponían así como las enfermedades que no estaban obligados a atender por ese salario y otras obligaciones:

"En la villa de Briviesca se halla vacante el partido de médico [...]. Se desea un médico práctico, que se haya ejercitado bastante tiempo en la asistencia y curación de enfermos, observando los síntomas de las dolencias y los progresos de la naturaleza, y remedio único y esencial objeto de la clínica"

G.M. 4-XI-1800

"Se halla vacante la plaza de Cirujano titular de la villa de Tembleque, provincia de la Mancha, y tiene de dotación 600 ducados anuales, cobrados por la Justicia, de los cuales hay que descontar 100 que por vía de jubilación se le han consignado al Cirujano actual que se halla de 75 años. Los pretendientes dirigirán sus memoriales a la Justicia y Ayuntamiento de dicha villa, haciendo contar que son de buenas costumbres, Cirujanos latinos, los años que llevan de práctica, y en donde la han hecho"

G.M. 6-I-1804

Incluso en algunas noticias se exigían determinadas condiciones peculiares:

"En la villa de Valmojado, distante 7 leguas de Madrid, y situada en el camino real de Extremadura, se halla vacante el partido de cirujano [...]. Los pretendientes han de ser casado"

G.M. 26-II-1802

"Se halla vacante la plaza de Médico de la Anteiglesia de Mundaca, compuesta de 300 vecinos, en el señorío de Vizcaya, a distancia de un cuarto de legua de la villa de Bermeo [...]. Se previene deberán entender el vascuence"

G.M. 21-X-1806

1.- Fernández Doctor A, Arcarazo García LA. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus. 2002; 22: 189-208.



El Valladolid de mi memoria. II Parte

Dr. Santiago Gómez Morán

Una de las cátedras de cirugía la llevaba Don Leopoldo Morales. El profesor Morales era un hombre de corta estatura, prematuramente calvo, muy irónico, que vivía en el 20 de la calle de Santiago y estaba casado con una mujer joven y distinguida con nombre evocador de historias medievales de caballeros andantes: Leonor. Cuando se quedó viuda puso un restaurante muy elegante en la orilla del Pisuerga, cerca de la Plaza de Tenerías, donde se comía bien, con cubiertos de plata, servilletas almidonadas, mesitas auxiliares y camareros que servían por la izquierda. Más tarde, Leonor Mengotti se fue a vivir a Madrid, se casó de nuevo -creo que con un señor que se llamaba Segurado- y escribió un libro sobre sus recuerdos de juventud que se titulaba 'Rosas, carne y florete'. Yo la ví entonces, pues era vecina de unos amigos míos, los Bárcena, que vivían en el mismo inmueble que ella en el barrio de Puerta de Hierro y si entonces ya no conservaba la lozanía de su *giovinezza*, sí guardaba la elegancia y la distinción que había tenido siempre.

Don Leopoldo tenía la costumbre de sentar a su lado y hacerle preguntas "capciosas" al que entraba el último en el aula, así que había empujones para no verse en ese trance. Operaba en un pequeño anfiteatro a la vista de los alumnos y anestesiaba con un viejo Ombredanne de los de vejiga de cerdo bajo el que tosía y pataleaba el paciente. Yo anestesié allí alguna vez, pero entonces ya inducíamos con cloruro de etilo y mascarilla de gasa. Cuando terminé la carrera llegó el Profesor Vara. Yo deseaba quedarme de Auxiliar de clases prácticas en la Cátedra, donde se ganaban 150 pesetas al mes, pero me fui con él a Burgos de médico de guardia en el Provincial porque ganaba 300 y un hermano de mi padre era Presidente de la Audiencia.

La Facultad que yo conocí era vieja, quizás un poco destartada. Hacía frío, los waters estaban sucios, olían mal, no tenían tapa, no había jamás papel higiénico y estaban llenos de grafitis obscenos. Los asientos de las aulas eran duros, incómodos y estrechos. Los bedeles anunciaban la hora de comenzar la clase y no nos dejaban entrar si llegábamos

cinco minutos tarde. Pero a pesar de todo, a pesar de la escasez de medios, del frío, de la cartilla de racionamiento que había que entregar a la "patrona", del poco caso que nos hacían las chicas a los que comenzábamos la carrera y del tufo de los braseros en las "Pensiones", yo recuerdo a mi vieja Universidad con la misma emoción que puede recordar la suya un antiguo alumno de Eton, de Oxford o de Cambridge.

Cuando se acercaban los exámenes nos solíamos hacer más fervorosos y frecuentábamos más la Iglesia -yo la de San Felipe Neri- para que nos preguntaran la lección que mejor supiéramos. Todos esperábamos que si la Fe movía montañas también debía de mover el corazón del catedrático para que nos aprobara. Pasado ese momento y con la papeleta en la mano nuestra piedad se difuminaba un poco y había compañeros que bebían vermús con ginebra y pecaban alegremente contra el sexto en Villa Nati. Los exámenes eran tan variados como lo eran los catedráticos. Unos, como don Ramón, los hacían por escrito entregando una lista de 50 preguntas de Anatomía:

-¿Qué pasa por el agujero rasgado anterior?... ¿Por donde entra en la diáfisis de la tibia la arteria tibial anterior?... ¿Donde se inserta el periostafilino externo?

Otros, como el Profesor Villa, que era catedrático de Obstetricia y Ginecología, te hacían preguntas para confundirte y te enseñaba una bandeja de instrumentos para que dijeras para que se usaban. Después de examinarme y darme una nota baja por no saber para que servía una pinza protesté en Rectoría por lo de los instrumentos, diciendo que eso no figuraba en el programa ni en el libro que nos había recomendado el catedrático ni tampoco nos lo habían enseñado en ninguna lección práctica. Pero, como es natural, no me hicieron ningún caso y me quedé con un Notable.

Había un libro de Obstetricia de un profesor catalán que se llamaba "Conill", y como en catalán "conill" significa conejo, los estudiantes hacíamos bromas subidas de tono a costa de su apellido. Algún catedrático, apegado a sus costumbres, aún conservaba el "bombo" con los números. Le dabas vueltas temblorosamente a una manivela, abrías una trampilla y sacabas una bola con la lección que te tocaba. Creo que había gente que se pasaba de lista y llevaba una bola entre los dedos con el número de la única lección que se sabía. Pero en general tenías que enseñar la mano con la palma y los dedos boca arriba antes de meterla para sacar la bola.

En los exámenes escritos todo el mundo intentaba llevar "chuletas"





escondidas en la bocamanga, y los que no sabían pretendían sentarse al lado de los que sabían para intentar copiar o hacer preguntas cuando los auxiliares o los internos relajaban la vigilancia. El tener el programa “iluminado” estaba bastante tolerado.

Después de la guerra la comida escaseaba, y cuando podíamos nos íbamos a Casa Suazo a beber una frasca de clarete con un plato de lentejas “viudas” o a tomar un par de huevos fritos con “puntilla” que preparaba su mujer, Piedad, en la cocina del piso de arriba. Hilario creo que había nacido en Cuba. No estoy seguro, lo que si recuerdo es que me dijeron que estuvo de “furriel” en mi Batallón antes de mi llegada. Cuando me incorporé en Brunete al 4º de las Navas me parece que estaba de cocinero en la Media Brigada de la 16 División que mandaba el coronel Llosas.

Otro sitio que frecuentábamos era “Casa Ciriaco”. Ciriaco tenía la mano izquierda engarabada. No sé si era por una lesión del cubital o por una retracción isquémica de Volkmann. Lo que si hacía era una ensaladilla rusa -que entonces se llamaba nacional-riquísima, con patatas, guisantes, zanahoria cocida, bonito en escabeche, aceitunas, alcaparras, huevo cocido y mayonesa. Tenía el bar en una bocacalle de la Plaza Mayor en un local muy pequeño con suelo de baldosas blancas con grecas grises y un pisito de techo bajo en la parte de arriba donde

solo cabían unas cuantas banquetas con un agujero en el asiento y dos mesas de madera desgastadas de tanto fregarlas. Ciriaco nos fiaba a fin de mes y siempre le pagábamos religiosamente. Años después se trasladó a la calle de María de Molina a un local mucho más grande que estaba pegado al teatro Lope de Vega, pero allí había perdido mucho del encanto que tenía antes... y además había subido el precio de la ensaladilla.

León Salvador tenía un ayudante que había sido banderillero. Se llamaba Enrique Perna, pero todo el mundo lo llamaba “El Perna”. Era un hombre delgado y cetrino, tenía una cicatriz de toro en la mejilla izquierda, se movía con agilidad y era natural de Zaragoza. Era el que distribuía entre la gente las plumas estilográficas, los relojes y los paquetes de hojas de afeitar. Don León, como lo llamaba todo el mundo, tenía una facilidad para convencer increíble y era capaz de vender bloques de hielo a los esquimales en pleno invierno... en Groenlandia. Creo que León Salvador se murió pobre por su afición al juego y a la buena vida. En el trato era un señor agradable y educado.

Las gentes de Valladolid tenían por aquella época mucha afición al flamenco y había un cine en la calle Manterías, el “Cine Lafuente”, en el yo oí cantar por primera vez “Los Campanilleros, por la madrugada” a una señora ciega que salía al escenario con un traje negro y se sentaba en una silla con asiento de paja y respaldo de barrotes de madera. La

cantante se llamaba Dolores Jiménez, pero su nombre de teatro era “La niña de la Puebla”, porque había nacido en la Puebla de Cazalla, en Sevilla, y decían que había perdido la vista por haberle puesto una comadrona un colirio equivocado de recién nacida.

Mariemma era una artista de clase, creo que era natural de Íscar y educada en Francia. Yo la vi en el teatro Lope de Vega en un recital de danza acompañada de un pianista que se apellidaba Quirós. Mariemma era amiga de un escritor que venía algunas veces a la tertulia del Salón Rojo del Cantábrico, que se llamaba Luís Maté y había escrito una obra de teatro titulada “Familia honorable no encuentra piso”. Años más tarde, cuando la volví a leer, me recordó un poco el estilo de Mario Benedetti. En el Lope de Vega también oí a Concha Piquer, doña Concha, cantar “Ojos verdes” y en el Calderón pusieron “Tiempos modernos” de Charlot.

Creo que por esa época fue cuando hice una cierta amistad con el Director del Dispensario Antituberculoso, que estaba en un chalet con una torrecilla, un diminuto jardín y una verja de entrada en la esquina de la calle de Muro. Íbamos allí a que nos enseñara a diferenciar el chancro de Ghon, la adenopatía satélite, el infiltrado subclavio y el complejo bipolar de Ranke. Yo tenía el libro del Bifulor Tapia, “Formas Anatomoclinicas de la Tuberculosis pulmonar” que conservo todavía en la biblioteca. Luis Castro, el Director del Ambulatorio, era gallego, un personaje inquieto, inteligente y con un espíritu ligeramente sarcástico. Me acuerdo de él porque publicó “Un medico en el Museo”, libro en el que llegaba a la conclusión de que muchas de las estatuas del San Gregorio tenían posturas de baile flamenco que recordaban un poco a las figuras estáticas y algo rígidas de los bailes de Escudero.

Una persona a la que conocí cuando terminé la carrera fue el Dr. Uña. Tenía una fábrica de bombones muy famosos. Era un hombre menudo, bien educado y amable. Había estudiado medicina y no la ejercía. Fue condiscípulo de mi suegro y le regaló a mi novia las trece monedas de las arras de esponsales con las que nos casamos. Vivía solo en una casa antigua que estaba detrás del mercado del Val y se entretenía haciendo cajas de música con bailarinas que giraban, con muñecos que se balanceaban y con monos que movían la cabeza y abrían y cerraban los ojos. Las hacía

clavando unos clavitos sin cabeza sobre un cilindro que movía un aparato de relojería. Al girar el tambor los clavitos tropezaban con unas púas metálicas como un peine que al vibrar sonaban. Yo quise aprender a hacer las cajas de música a su lado, pero me preguntó:

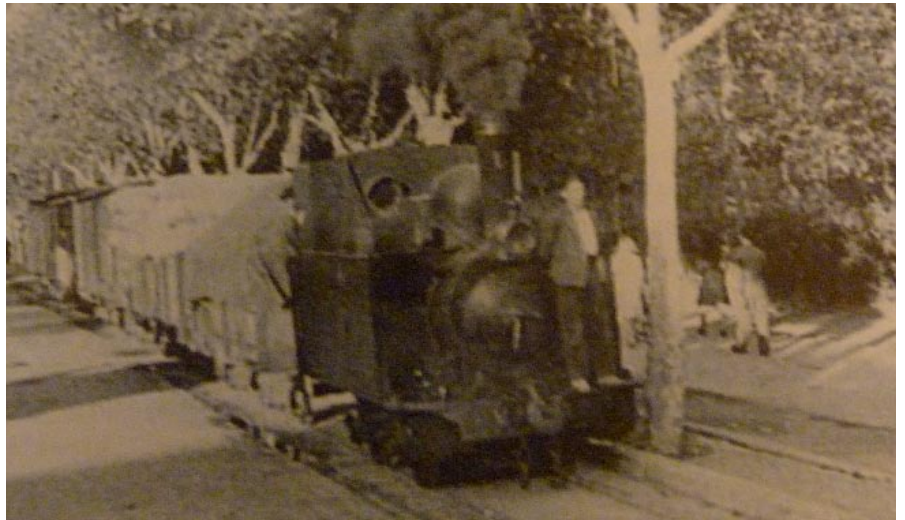
- ¿Sabe usted música?

- No -le contesté- no tengo oído musical, pero tengo habilidad manual.

- No basta -me dijo- hay que saber música y, sobre todo, tener buen oído.

Don José Gómez, Fray Gafitas, me presentó al matador de toros Fernando Domínguez. Era famoso porque toreaba muy bien por "verónicas". Se solía sentar a tomar café por la tarde en el número 4 la calle del Duque de la Victoria en la terraza de la acera del Café "Madrid", donde ponían unos veladores de mármol y unos silloncitos de mimbre. En aquella época el edificio pertenecía al abuelo de mi novia, que vivía con sus padres en el 2º derecha. Fernando Domínguez era el típico torero elegante y marchoso que andaba por la calle como si fuera a dar el "paseillo" en la "Monumental". En un periódico local recuerdo haber visto una fotografía suya con el anuncio de una crema facial femenina que entonces estaba muy de moda, y que decía: Fernando Domínguez, el fino torero vallisoletano, recomienda a las señoras usar crema Tokalón.

Cuando terminé la carrera iba en tren desde Burgos a Valladolid a ver a mi novia y algunas veces cogíamos el autobús de los "Carriones" en la línea que iba al Cementerio para seguir dando un paseo hasta cerca de Santovenia donde el señor Marchena había abierto un merendero en el que tomábamos unas gambas en gabardina o unos niscalos al ajillo. El señor Marchena era un calé fino con afición al "cante hondo" y a la caza de ratas de río ayudado por el Sultán, un perro de aguas valiente y decidido que no dejaba una perra sana en los alrededores ni dejaba vivir un gato en un kilómetro a la redonda. Si no andaba a lo que le gustaba, que era comer, cazar ratas, gatos o perras, sesteaba debajo de un árbol sin hacerle caso a nadie. Tampoco era demasiado aficionado al folklore andaluz, y cuando la tarde se arrancaba por flamenco aullaba dolorosamente y el señor Marchena le tenía que atar lejos del patio para que no molestase. La Señora Marchena se ocupaba de la cocina, era muy simpática, y algunas tardes preparaba un guiso de ratas con pimientos rojos que decía que era



muy sabroso. Yo no las comí nunca, me daban aprensión, Delibes escribió un libro que se titulaba "Las ratas", pero creo que tampoco las probó.

Años después, ya con coche propio -un Simca Aronde que me había vendido un príncipe árabe- volvimos a Casa del señor Marchena con la ilusión de revivir aquella época de noviazgo, de esperanzas y de ilusiones. El merendero ya no existía, el paisaje había cambiado, el Sultán se había muerto, las urbanizaciones invadían el horizonte y los densos álamos de la orilla del río habían desaparecido. Fue entonces cuando los dos, mi mujer y yo, nos dimos cuenta de que aquellos bellos tiempos de nuestra juventud también habían desaparecido. Teníamos un coche descapotable tapizado en cuero, vivíamos fuera de España, las cosas nos iban bien.....pero ya no teníamos ni al Sultán, ni al río Pisuerga, ni al merendero del señor Marchena.

A Delibes lo conocí, pero no lo traté. Me gustó entonces mucho "La sombra del Ciprés es alargada", que creo que fue Premio Planeta. A las que traté fue a dos de sus hermanas. Una de ellas ha muerto hace poco, vivía en Madrid y se había casado con un Montenegro. Tengo un libro suyo dedicado, "El Hereje", pero me llegó a través de una amiga de toda la vida que está emparentada con una de sus hermanas. Cuando voy a Valladolid y paso por Tenerías y por la vieja judería, recuerdo el libro de Miguel y al grupo de "Protestantes" que no quisieron abdicar de su fe.

En la Plaza Mayor, bajo los soportales que iban desde la calle de Santiago hasta la Fuente Dorada, había una nube de limpiabotas con unas cajas de madera

que tenían encima un pequeño pedestal para apoyar los pies. A las gentes de Valladolid les gustaba mucho que los zapatos estuviesen brillantes, cosa que en mi ciudad no pasaba. Llovía mucho y lo único que preocupaba era que las suelas no "calaran". En la esquina de la calle de María de Molina, al lado de un kiosko de periódicos, está la estatua de un guardia de la circulación sobre un pedestal con un pito en la boca. Cada vez que lo veo me acuerdo de un sargento que tuve en el Cuartel de Sanidad de la plaza del Poniente cuando me movilizaron en el 42 porque las "Panzer" alemanas querían tomar Gibraltar.

Se llamaba Jeremías Carrión y era un personaje muy nervioso que difícilmente mantenía a raya a unos veteranos que habíamos hecho la guerra. Ana Hernando, la escultora que lo hizo y que vive en Miraflores de la Sierra, se inspiró en unas fotografías de él para hacer la estatua. Siempre que lo veo me acuerdo de los meses que pasé en aquel cuartel donde nada más entrar me raparon el pelo. Años después, cuando el sargento Carrión ya era "guardia de la porra" y dirigía con gesto enérgico la circulación y yo ya era médico y comenzaba a operar, tomamos algún vino juntos.

Todo ello... El Valladolid de esos años cuarenta, la Vieja Facultad de Medicina, mis amores juveniles, el paseo de las Moreras, la piscina Samoa, los cisnes del Campo Grande, los lunes de San Nicolás, las tertulias del "Ideal Nacional", los vermuts del "Piquio" y todas esas añoranzas, ilusiones y desilusiones que la vida me ha ido dando, han vuelto hoy a revivir en mi memoria como si fueran aquellos viejos y descoloridos daguerrotipos que retrataron mi juventud.

porque lo importante es su seguridad



25%

de descuento al contratar su póliza del 1 de enero al 30 de marzo de 2012



En A.M.A. nos preocupamos por su seguridad y la de los suyos, por ello ponemos a su disposición una gama de garantías optativas, para que elija usted las que más le interesan.

SERVICIO DE GARANTÍA BÁSICA

Disfrute de los servicios de:

- Teleasistencia
- Copia de seguridad
- Asistencia in situ
- Recuperación de datos



- A.M.A. Valladolid 983 35 78 33
- Doctrinos, 18 ; Bajo C.P. 47001
- valladolid@amaseguros.com



Ortopedia Pérez Galdós

Valladolid

Avda. Ramón y Cajal. 16 (frente a la Facultad de Medicina) - Tel: 983 301 340

C/ Balarín Vicente Escudero, 6 - Tel: 983 303 333



Nos importa
tu bienestar