



Febrero 2016

axis

Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid



D. Alberto Bustos, D. Óscar Puente, la Dra. Alicia Córdoba, y el Dr. Antonio Otero la campaña 'Sólo con tus manos', que pretende ofrecer formación a niños y monitores deportivos en técnicas de reanimación cardiorrespiratoria para lograr evitar las muertes súbitas en el deporte

A la vanguardia de la técnica



Bienvenido a Wanderlust.

Bienvenido a un lugar que crece con tu curiosidad, tus inquietudes, tu inconformismo. Con tu irresistible deseo de experimentar, de explorar, de descubrir nuevas e intensas experiencias. Un lugar que ahora puedes seguir ampliando, sin límites, con el nuevo Audi Q3 con tracción quattro®. Un automóvil para descubrirete que ahí fuera siempre hay algo nuevo y emocionante esperándote. ¿Quieres encontrarlo? www.tieneswanderlust.es

Nuevo Audi Q3.

Audi Q3 de 150 CV (110 kW). Emisión CO₂ (g/km): de 119 a 144.
Consumo medio (l/km) de 4,6 a 6,2.



Valladolid Wagen

Avda. de Burgos, 54
47009 Valladolid
Tel. 983 36 09 91

#tieneswonderlust



/audispain

Hace un año en el Colegio recibíamos a la Plataforma de afectados por el virus de la hepatitis C. Querían información y nos llenó de orgullo que nos la solicitaran, por considerarnos una fuente fiable en tiempos confusos derivados de la aparición de nuevos tratamientos para su enfermedad.

El Profesor Caro Patón se prestó con ilusión a mantener una reunión con muchos de los afectados, que se mostraron muy agradecidos por aquel seminario de divulgación del estado actual de los conocimientos.

Pocos días después en el mismo Colegio, la Dra. Abad Lecha y el Dr. García Pajares acompañados por D. Agustín, informaban a los médicos de las indicaciones y características de los nuevos medicamentos.

Los asistentes obtuvieron información de primera mano, la más independiente y la más actualizada. La Junta Directiva también nos sentimos muy satisfechos ese día por entender que el Colegio estaba dando buena respuesta a una necesidad de pacientes y médicos.

Cumplido este tiempo, con mucho recorrido andado en la atención a estos pacientes, nos solicitan de nuevo información acerca del estado actual de la situación y sigue siendo para nosotros un motivo de satisfacción que nos tengan en cuenta.



Dr. Antonio Otero Rodríguez
Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid

El Colegio al Día 6

- ° Aprobación de los Presupuestos Generales de 2016 del Colegio
- ° Curso de cocina para Navidades
- ° Acuerdo con Laboratorios Esteve
- ° Celebración de la Fiesta de los Reyes Magos para los más pequeños de la casa
- ° Sesión Clínica sobre la diabetes impartida por el Dr. Daniel de Luis
- ° IV Jornadas Nacionales sobre Enfermedades Profesionales
- ° II Jornadas sobre Actualización en Endocrinología, Diabetes y Nutrición
- ° Convenio con el Ayuntamiento para fomentar la formación en RCP entre todos los niños y monitores deportivos de equipos de fútbol que quieran recibirla

Arte 23

- ° Crucifijos de Juan de Juni y de Gregorio Fernández. Dr. Ciriaco Casquete

Historia 26

- ° Evolución histórica de nuestra sociedad. Segunda parte. Dr. José de Castro

Estudios 29

- ° Relación de la especialidad de alergia con otras especialidades. Dra. Alicia Armentia

Estudios 32

- ° El tratamiento por las tierras medicinales o Geoterapia. Dr. Andrés J. Ursa
- ° El Cirujano. Dr. Miguel García Sánchez

CONSEJO EDITORIAL

Presidente: José Antonio Otero Rodríguez
Vicepresidente 1º: Juan del Río-Hortega Bereciartu
Vicepresidente 2º: José Manuel Marugán de Miguelsanz
Secretario General: José Luis Almudí Alegre
Vicesecretario: Alberto Verrier Hernández
Tesorero: Luis Quintero González
Vocales: Félix del Campo Matías
Miguel Ángel Díez García
Roberto García Barbadillo
María Eugenia Fernández Rodríguez
Rosa María Pérez Nava
Adela López Tabera
Fernando Rescalvo Santiago
Ramiro Cerdá Gómez
María Dolores Tremiño San Emeterio
Alicia Córdoba Romero
Raúl de la Cruz Marcos

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: Alcañiz Fresnos S.A.
C/ Cromo, nº 18-20. Polígono San Cristóbal
983.206.928

Centro Sociosanitario,
Hogar Residencia y Centro de Día

VALLADOLID PLAZA REAL

c/ Cañadón, 50
47610 Zaratán (Valladolid)

Tel. 983 074 074

Rehabilitador
Multisensorial
Específico de Manos

ESTANCIAS INDEFINIDAS Y TEMPORALES

Plaza Real ofrece este servicio para personas que tras recibir el alta hospitalaria, aún requieren cuidados profesionales. Esta alternativa en nuestra Residencia y Centro de Día permite una asistencia del cuadro médico propio hasta la recuperación total del paciente.



Acreditado para Servicio de Promoción,
Mantenimiento y Recuperación
de la Autonomía Funcional
Números 47.1290S, 47.1291S Y 47.1292S

Ecógrafo y Sonda Ecocardio.
Diagnóstico de
cualquier patología
musculoesquelética.

**ZONA
CARDIOPROTEGIDA**

Desfibrilador
Personal formado



CEDA

Centro Especializado en
Daño Cerebral Adquirido

TERAPIA ACUÁTICA
HALLIWICK®

Especializada en Daño
Cerebral

REHABILITACIÓN

Servicio de fisioterapia con la maquinaria
más especializada.

2 Fisioterapeutas.

- ✓ **Ictus** (Accidente Cerebrovascular).
- ✓ **Fractura de cadera, pelvis y rodilla.**
- ✓ **Artrosis, artritis, etc.**
- ✓ **Terapia Therasuit,** Rehabilitación Neuromuscular (Daño Cerebral)
- ✓ **Terapia Rehabilitación Disfagias,** basada en la electro estimulación.

TERAPIA OCUPACIONAL

- ✓ **Terapia ocupacional separada en 3 grupos por grados:**
 - Válidos.
 - Asistidos moderados.
 - Grandes asistidos.

- ✓ **Terapias personalizadas.**

- ✓ **Servicio Logopedia.**

- ✓ **Programa Neuronup.**

Es un programa digital para Neurorehabilitación y Estimulación Cognitiva.



SERVICIO MÉDICO PROPIO DE ESPECIALISTAS

- ✓ **Médico Propio:** Dr. Pedro Antona del Val.
Dr. Antonio Aragón
- ✓ **Cardiólogo,** Dr. Alberto San Roman.
- ✓ **Traumatólogo,** Dr. Roberto Escudero.
- ✓ **Neuróloga,** Dra. Olga Fernandez Arconada.
- ✓ **Psiquiatra,** Dr. Fernando de Uribe.
- ✓ **Anestesiista,** Dr. Alfredo Carrera.
- ✓ **Psicólogo Sanitario (Apoyo Familiar),** D. Jaime Gutiérrez.
- ✓ **Logopeda,** Dña. Raquel Mayo



ENFERMERÍA

- ✓ **Enfermería 24 horas.**
- ✓ **Control de la medicación** por el servicio de enfermería propio.
- ✓ **Servicio de podología.**
- ✓ **Ecógrafo.**
- ✓ **Análisis clínicos propios.**

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ENERO Y FEBRERO DE 2016

Fecha	Descripción	Asistentes
11 / 01	Reunión CEIS Hospital Medina del Campo	Dr. Fernando Rescalvo. Representante Junta Directiva
11 / 01	Reunión CEIS Hospital Clínico Universitario	Dr. José Antonio Otero. Presidente
12 / 01	Reunión CEIS Hospital Clínico Universitario	Dr. José Manuel Marugán. Vicepresidente Segundo
12 / 01	Reunión CEIS Emergencias	Dr. Juan del Río-Hortega. Vicepresidente Primero
12 / 01	Reunión Com. Med. Tit. Interinos	Dra. Mª Eugenia Fernández y Dr. Raúl de la Cruz. Representantes Junta Directiva
13 / 01	Reunión Laboratorios Esteve	Dres. José Antonio Otero y José Luis Almudí. Presidente y Secretario General
13 / 01	Reunión CEIS Hospital Clínico Universitario	Dr. José Manuel Marugán. Vicepresidente Segundo
14 / 01	Reunión con ASISA	Dr. Otero y Dras. Adela López y Rosa Mª Pérez. Presidente y Representantes Junta Directiva
14 / 01	Reunión Pleno Junta Directiva	Miembros Junta Directiva
14 / 01	Asamblea Atención Primaria Urbana. Madrid	Dr. Miguel Ángel Díez. Representante Junta Directiva
19 / 01	Reunión Validación Periódica Colegiación. Madrid	Dr. José Luis Almudí. Secretario General
22 / 01	Premios Real Academia Medicina y Cirugía	Dr. José Antonio Otero. Presidente
23 / 01	Asamblea Médicos en For. y/o Postgrado. Madrid	Dra. Alicia Córdoba. Representante Junta Directiva

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ENERO Y FEBRERO DE 2016

Fecha	Descripción	Asistentes
26 / 01	Reunión Validación Periódica Colegiación. Madrid	Dr. José Antonio Otero. Presidente
02 / 02	Reunión Laboratorios <u>Grünenthal</u>	Dres. José Antonio Otero y José Luis Almudí. Presidente y Secretario General
04 / 02	Reunión Pleno junta Directiva	Miembros Junta Directiva
04 / 02	Conferencia Dr. <u>Sendín</u> , Siglo XXI. Madrid	Dr. José Antonio Otero. Presidente
04 / 02	Rueda de prensa Convenio ayuntamiento RCP	Dra. Córdoba, representante Junta, y Dr. Otero, Presidente
04 / 02	Asamblea Jubilados. Madrid	Dr. Ramiro <u>Cerdá</u> . Representante Junta Directiva
05 / 02	Reunión Laboratorios <u>Janssen</u>	Dr. José Luis Almudí. Secretario General
05 / 02	Asamblea Consejo Autonómico. Madrid	Dr. José Antonio Otero. Presidente
05 y 06 / 02	Asamblea Consejo General. Madrid	Dr. José Antonio Otero. Presidente
08 / 02	Reunión NDS informáticos	Dr. José Luis Almudí. Secretario General
09 / 02	Reunión Com. Med. <u>Tjt.</u> Interinos	Dra. M ^a Eugenia Fernández y Dr. Raúl de la Cruz. Representantes Junta Directiva
09 / 02	Reunión Dr. José Castro Lorenzo	Dr. José Antonio Otero. Presidente
09 / 02	Reunión Alumnos Facultad de Medicina	Dr. José Antonio Otero. Presidente

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ENERO Y FEBRERO DE 2016

Fecha	Descripción	Asistentes
09 / 02	Reunión Validación Periódica Colegiación. Madrid	Dr. José Luis Almudí. Secretario General
10 / 02	Reunión Dr. José de Castro y Julio Martínez	Dr. José Antonio Otero. Presidente
10 / 02	Reunión Abante Asesores	Dr. José Antonio Otero. Presidente
12 y 13 / 02	Jornadas Castellano-leonesas y Andaluzas de Colegios de Médicos. León	Dr. José Antonio Otero. Presidente
13 / 02	Patrona Colegio de Odontólogos	Dr. José Luis Almudí. Secretario General
15 / 02	Reunión con Medical Economics	Dr. José Antonio Otero. Presidente
16 / 02	Reunión afectados hepatitis C	Dr. José Antonio Otero. Presidente
16 / 02	Reunión YRG Comunicación	Dr. José Antonio Otero. Presidente
16 / 02	Reunión Validación Periódica Colegiación. Madrid	Dr. José Luis Almudí. Secretario General
17 / 02	Reunión Dres. Juan José Rodríguez Sendín y José María Eiros Bouza. Madrid	Dr. José Antonio Otero. Presidente
19 / 02	Asamblea Médicos Hospitales. Madrid	Dr. Félix del Campo. Representante Junta Directiva
23 / 02	Reunión Validación Periódica Colegiación. Madrid	Dr. José Luis Almudí. Secretario General

PRÓXIMAS ACTIVIDADES DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE VALLADOLID

DEMOSTRACIONES EXCLUSIVAS BRICOLAJE LEROY MERLIN

- Horarios: 19:30 a 21 horas.
- Fechas:
 - 11 marzo. Cómo cambiar el mecanismo de una cisterna, cómo cambiar la grifería y reparaciones usuales de grifos e inodoros.
 - 2 abril. Ahorro de agua y calefacción.
 - 28 abril. Huerto urbano y riego.
 - 18 mayo. Restauración de muebles y Chalk Paint.
- Lugar: Sala de demostraciones de Leroy Merlin, en Río Shopping.
- Inscripciones gratuitas, una semana antes de cada taller. Plazas limitadas.

CURSO DE REDES SOCIALES PARA MÉDICOS destinado a todos los interesados en tener presencia en las redes sociales, entender el funcionamiento de los buscadores y posicionamiento SEO, conocer la importancia del uso de cada red social como empresa (Facebook, Twitter, Google+, LinkedIn, Instagram, Youtube, Flickr, Pinterest...), marketing online, etc.

- Fechas: Lunes y Miércoles, del 4 de abril al 4 de mayo (8 días), de 19:30 a 21:30 horas.
- Lugar: Club Social del Médico. C/ Santuario, 3 – Bajo.
- Precio: 30 €. Imprescindible aportar el ordenador portátil personal.
- Inscripciones hasta el 15/03/16 (grupo 8 – 10 alumnos).

CURSO INFORMÁTICA BÁSICA orientado para aprender a manejar el ordenador, archivos y carpetas, configuración, descargar e instalar programas, internet y páginas web.

- Fechas: Martes y jueves, del 3 al 26 de mayo (8 días), de 11 a 13:30 horas.
- Lugar: CYL Digital, C/ Enrique IV, s/n.
- Precio: 20 €. (No hay que aportar ordenador).
- Inscripciones hasta el 15/03/16 (grupo 8 – 12 alumnos).

CURSO BRIDGE INICIAL

- Fecha: Viernes, a partir del 11 de marzo, de 16:30 a 18:30 horas.
- Lugar: Club Social del Médico. C/ Santuario, 3 – Bajo.
- Precio: 40 € mensuales.
- Inscripciones hasta el 10/03/16 (grupo mín. 4 alumnos).

TALLER DE FLORES, preparación de la flor para que su duración sea máxima y apertura perfecta, composición de un centro de flores con armonía, dando una pincelada al tema de colores y formas.

- Fecha: Sábado 16 de abril, de 11 a 13 horas.
- Lugar: Flores La Jara, C/ Platerías, 2.
- Precio: 40 €, incluye el centro de flores para llevar a casa.
- Inscripciones hasta el 15/03/16 (grupo mínimo y máximo 5- 8 personas).

CURSO DE NORDIC WALKING, aprendizaje de la técnica de caminar con bastones y sus beneficios.

- Fechas: martes 5, 12 y 19 de abril, de 18 a 20 horas; y miércoles 6, 13 y 20 de abril, de 17 a 19 horas.
- Lugar: Sede colegial y ribera río Pisuerga.
- Precio: 35 €, incluye bastones.
- Inscripciones hasta el 15/03/16 (grupo mínimo y máximo 6-12 alumnos).

MADRID: EXPOSICIÓN REALISTAS DE MADRID

- Fecha: Sábado 9 de abril, salida a las 9 horas.
- Precio: 24 €, incluye viaje y entrada Museo Thyssen para exposición temporal y permanente.
- Inscripciones hasta el 15/03/16. Plazas limitadas.

CAMPUS NÁUTICA. PLAYA y AVENTURA

- Fechas: del 11 al 21 de julio.
- Edades: 12 – 15 años (5º y 6º Primaria + ESO).
- Lugar: Santoña (Cantabria).
- Precio: 475 € (Viaje opcional desde Valladolid + 50 €).

PRÓXIMAS ACTIVIDADES DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE VALLADOLID

CAMINO DE SANTIAGO: SARRIA-SANTIAGO DE COMPOSTELA

- Fechas: del 7 al 15 de mayo.
 - Precio: 790 €, incluye viaje en autocar desde Valladolid y durante todo el recorrido; hoteles 4*/casas rurales con encanto con desayunos y cenas, Guía de apoyo especializado durante todo el Camino de Santiago, información detallada de cada etapa, kit de peregrino.
- Inscripciones hasta el 15/03/16. Plazas limitadas.

ALICANTE: COMPLEJO SAN JUAN, GRUPO PSN

- Fechas: del 31 de mayo al 11 de junio.
 - Precio: 573 €, incluye 11 noches en régimen de media pensión, viaje en autocar desde Valladolid y durante toda la estancia, Guía acompañante, traslados a la playa y 3 excursiones.
- Inscripciones hasta el 31/03/16. Plazas limitadas.

OTROS VIAJES PREVISTOS: Exposición Las Edades del Hombre en TORO (Zamora) para el mes de mayo o junio. Interesados solicitar información en el mes de abril.

Desde la sección colegial Nuestra Señora del perpetuo Socorro, perteneciente al Colegio de Médicos de Valladolid queremos felicitar a tres mujeres en las últimas semanas han cumplido 100 años. En su día quisimos estar acompañándolas y obsequiándolas con un ramo como muestra de cariño hacia ellas y hacia toda su familia, que es parte también de la de este Colegio.

Felicidades D^a Amparo Rubio Alberola, viuda del Dr. Nicolás Belmonte Góñez (25 de noviembre); D^a Francisca Macías Espinosa, viuda del Dr. Luis A. Mingo González (6 de enero); y D^a Purificación Fernández Quevedo, viuda del Dr. Laurentino Velasco Matesanz (2 de febrero).

Cena Solidaria

a favor del orfanato San Roque - Mozambique

Sábado 2 de abril

A las 20:30h

En el Comedor Social de
la Parroquia de la Milagrosa
C/ Huelva 7 Valladolid

FILA CERO:

Nº de cuenta: ES82 0049 1866 25 2410386133 del BSCH



www.gamtepeyac.com
gam@uvn.es

Donativo 25 €



Estimados compañeros, el Colegio de Médicos de Valladolid pertenece a la Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional de España, pero cuando llega la memoria anual de la misma vemos que nuestro colegio participa en pocas actividades solidarias. En la Sección Colegial N^a S^a del Perpetuo Socorro surgió la idea de organizar una cena solidaria que fue consensuada por la Junta Directiva del Colegio proponiendo que la recaudación de fondos de la misma fuese destinada a uno de los proyectos que la ONG GAM TEPEYAC apoya en Mozambique. De dicha ONG formamos parte varios colegiados

El Orfanato de S. Roque acoge a 50 niños y niñas huérfanos dándoles una educación, alimentación y cariño, para que el día de mañana sean personas de provecho y tengan la oportunidad de una vida mejor. Es por esto que os animamos a ser solidarios con aquellos que lo necesitan. Muchas gracias por vuestra atención, contamos con vuestra asistencia.

M^a. Luisa Manrique. Presidenta de GAM Tepeyac



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



Queen's Gate School

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

SERVICIO DE ATENCIÓN SOCIAL

Información, valoración orientación y seguimiento social sobre diversas temáticas. Implementación en todo el territorio del estado de forma gradual a lo largo del año. Servicio prestado directamente desde la Fundación.

ASISTENCIALES

Médicos Jubilados	Hasta 1.184 €/mes Tope de ingresos 14.213 €/año
Médicos discapacitados	Hasta 1.184 €/mes Tope de ingresos 14.213 €/año
Viudos o pareja de hecho	Hasta 711 €/mes Tope de ingresos 10.675 €/año <i>(incrementado el tope)</i>
Huérfanos > 60 años	Hasta 711 €/mes Tope de ingresos 10.675 €/año <i>(incrementado el tope).</i>
Huérfanos discapacitados <i>*H. Discapacitados absolutos</i>	475* €/mes <i>(incremento de la cantidad).</i> Tope de ingresos 18.117 €/año Tope de ingresos 40.352 €/año*
Atención Temprana de 0 a 16* años	Cobertura del 50% del tratamiento hasta un máximo de 500€ mensuales. <i>(Incrementada la edad de cobertura).</i>

EDUCACIONALES

Huérfanos < 21 años	343 €/mes
Huérfanos absolutos < 21 años o con beca	469 €/mes
Huérfanos absolutos ambos progenitores médicos < 21 años o con beca	937 €/mes
Becas 2015-2016 - Licenciados e Ingenieros Superiores (Grado)	3.629 €/curso
Becas 2015-2016 - Diplomados (Ing. Técnicos y F.P.2)	3.221 €/curso
Becas 2015-2016 - Otros estudios oficiales (Bachiller, F.P.1, etc.)	2.822 €/curso
Títulos - Siempre que sean de estudios Oficiales	Reintegro gastos expedición

PRESTACIONES PARA LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y PROFESIONAL

Servicio de Teleasistencia Domiciliaria	Hasta 26 €/mes. Ingresos menores a la pensión máxima del Estado (35.938 €/año + 10%).
Servicio de Atención en el Domicilio	Hasta un 35 % de incremento sobre las horas de atención a domicilio indicadas en el PIA + 10% incremento en el cómputo del tope ingresos económicos.
Servicios de Respirio	Máximo 500 €/mes en horas de ayudas a domicilio o ayuda a ingreso temporal en residencia. + 10% incremento en el cómputo del tope ingresos económicos.
Residencia de mayores	- Médicos, cónyuges (pareja de hecho) y viudas: 484 €/mes = Ingresos hasta pensión máxima del Estado (35.938 €/año + 10% incremento en el cómputo del tope ingresos económicos). - Padres: 484 €/mes = Ingresos hasta 10.929 €/año 430 €/mes = Ingresos hasta 15.074 €/año 324 €/mes = Ingresos hasta 22.610 €/año 161 €/mes = Ingresos hasta 30.146 €/año 108 €/mes = Ingresos hasta pensión máxima del Estado (35.938€/año).
Ingresos de Emergencia en Residencia Siglo XXI	484 €/mes = Ingresos hasta pensión máxima del Estado (35.938 €/año + 10% incremento en el cómputo del tope ingresos económicos).

Prestaciones para la Protección, Promoción y Prevención de la Salud del Médico

PAIME	% del total por ingreso en el Programa que no abone la Comunidad Autónoma correspondiente mediante Convenio existente.
Tratamiento y Rehabilitación de las adicciones	Abono hasta el 50% de los gastos originados durante el tratamiento en régimen de ingreso en un Centro Terapéutico legalmente autorizado.

Aprobados los Presupuestos Generales para 2016

En la asamblea en la que se estudiaron estos datos el pasado mes de diciembre, se trataron además temas de gran relevancia en la Medicina de Valladolid, como la VPC y la formación continuada entre los médicos de la provincia



La Junta Directiva del Colegio de Médicos al completo

La Asamblea General del Colegio de Médicos de Valladolid aprobó, el pasado diciembre, los Presupuestos Generales para el año 2016. Durante esta reunión, resaltó la importancia de que, como representantes de la Profesión, sigamos poniendo en valor el trabajo de nuestros compañeros, así como dotándolos de las herramientas para que puedan continuar con su formación y su preparación para ofrecer, como lo hemos hecho hasta ahora, la mejor asistencia sanitaria a nuestros pacientes. A su vez, se recalcó la acogida que están mostrando los médicos de la Comunidad ante la Validación Periódica de la Colegiación, que desde el Colegio de Médicos se lleva promoviendo desde hace más de un año.



Nuevo Clase A por 220€/mes*. Conéctate a la nueva generación.

Llega un coche que se adapta perfectamente al estilo de vida de toda una nueva generación. Llega el nuevo Clase A de Mercedes-Benz, con sistema de conducción DYNAMIC SELECT, COLLISION PREVENTION ASSIST PLUS, y Faros LED High Performance. Llévatelo por 220€* al mes en 48 cuotas (entrada 3.955,35€, cuota final 15.097,81€**, TIN 7,95%, TAE 9,31%).

Consumo medio 3,7 - 3,9 l/100 Km y emisiones de CO₂ 98 - 104 g/km.

*Ejemplo de Financiación para un Clase A 180 d PVP 23.900€ (Impuestos, Plan PIVE 8 y transporte incluidos. Gastos de preentrega no incluidos) con las facilidades del programa Alternativo de Mercedes-Benz Financial Services España, E.F.C., S.A. -Avda. Bruselas 30- 28108 Madrid. Válido para solicitudes aprobadas hasta el 31/12/2015 con contratos activados y vehículos matriculados hasta el 29/02/2016 o hasta finalización de Plan PIVE 8. Importe a financiar 19.944,65€. Por 220€ al mes en 48 cuotas y una cuota final de 15.097,81€, entrada 3.955,35€, TIN 7,95%, comisión de apertura 596,34€ (2,99%). TAE 9,31%. Importe total adeudado 26.254,15€. Precio total a plazos 30.209,50€. Oferta válida para 15.000 kms/año. **Existen 3 posibilidades para la última cuota: cambiar el vehículo, devolverlo (siempre que se cumplan las condiciones del contrato), o adquirirlo pagando la última cuota. Modelo visualizado no corresponde con modelo ofertado. Más información en www.mercedes-benz.es

Mercedes-Benz



ADARSA

Concesionario Oficial Mercedes-Benz. Avda. de Burgos N° 57, 47009 Valladolid Tfno: 983-336122. www.grupoadarsa.com

Unas navidades de cinco tenedores para los colegiados

Lolo Astorga, del Restaurante 'María', enseñó cómo preparar cinco deliciosos platos para sorprender a todos nuestros invitados en fechas señaladas en las que compartir la mesa



El 14 de diciembre el Colegio Oficial de Médicos de Valladolid invitó a sus colegiados, como es tradición desde hace años, a unirse a Lolo Astorga Muñoz, del Restaurante 'María', para aprender cómo hacer unos deliciosos platos con los que sorprender a sus invitados.

Así, los asistentes pudieron comprobar cómo hacer un delicioso queso de cabra con sardina ahumada, con mayonesa de aguacate y huevas de trucha; una riquísima ensalada de cecina con foie, manzana verde y tomate; un maravilloso rape relleno de marisco con salsa de almejas; un solomillo relleno de boletus con patatas adobadas y un dulce sorpresa de plátano y orejones; platos que todos degustaron cuando terminó la presentación del cocinero, para gusto de los comensales.

El Colegio de Médicos y los Laboratorios Esteve firman un acuerdo para promover la formación en el campo de la salud



D. Eugeni Sedano y el Dr. Otero Rodríguez

El pasado 13 de enero el Colegio Oficial de Médicos de Valladolid y los Laboratorios Esteve firmaron un Convenio Marco para promover diversas actuaciones en los ámbitos de investigación y la formación científica orientadas al campo de la salud. El objeto del presente Convenio es establecer el marco de relación entre el Colegio Oficial de Médicos de Valladolid y Esteve, en el desarrollo de actividades en los ámbitos de investigación, la formación científica y la educación sanitaria dirigidas a la mejora de la salud.

El acuerdo fue rubricado por el Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid, el Dr. José Antonio Otero Rodríguez, y el Director de Relaciones Institucionales en Esteve, D. Eugeni Sedano Monasterio.

La solidaridad de los colegiados consigue 100 kilos de alimentos para las personas más necesitadas de la ciudad

El 5 de enero, la Fundación Banco de Alimentos de Valladolid y el Colegio de Médicos de Valladolid intentaron que las familias menos afortunadas de la ciudad pudiesen disfrutar del día de Reyes de la mejor manera posible. Por ello, organizaron una recogida de alimentos en la que apelaron a la generosidad de todos los ciudadanos.

El resultado de esta acción fueron 100 kilos de alimentos que fueron destinados a las personas más necesitadas de nuestra ciudad, lo que nos anima para seguir trabajando en esta dirección apoyados por la SOLIDARIDAD de todos los que colaboran con nosotros. Gracias a todos de corazón.



Los voluntarios del Banco de Alimentos posan junto a las cajas que se fueron llenando a lo largo del día



Tratamientos de Última Generación en caída del cabello y enfermedades capilares en general

Especialistas en Microinjertos
Micropiel, Prótesis,
Pelucas y Postizos

Estética Oncológica Integral
Tratamientos Especiales
para Cejas y Pestañas

**ESPECIALISTAS EN SALUD
CAPILAR DE VANGUARDIA**



RESTAURAMOS TU SALUD E IMAGEN CAPILAR CON LOS TRATAMIENTOS Y SISTEMAS MÁS EFICACES DEL MERCADO. PRIMERA CONSULTA DIAGNOSTICA GRATUITA SIN COMPROMISO

C/ CÁNOVAS DEL CASTILLO, nº 11, 1º - VALLADOLID - 983 29 69 69 - WWW.RUEBERVITAL.COM

La tarde más mágica para los más pequeños del Colegio

Los hijos de los colegiados disfrutaron de la visita de sus Majestades los Reyes Magos unas horas antes de que estos tuvieran que comenzar su compromiso anual en la cabalgata

Que la noche del 5 de enero es la más mágica de todo el año, bien lo saben los benjamines de las casas de nuestros colegiados. Pero unas horas antes de que Sus Majestades de Oriente tengan que abandonar la cabalgata anual de los Reyes Magos para comenzar su arduo trabajo, más de un centenar de niños pudieron disfrutar de su presencia en la fiesta que cada año celebra el Colegio de Médicos.

Entre regalos, nervios, meriendas y globos, todos los pequeños disfrutaron y rieron con Melchor, Gaspar y Baltasar antes de despedirlos hasta esa misma noche.



Los niños estuvieron acompañados por monitores que hicieron las delicias de todos





Alonso Montes Rebollo, ganador del XVIII Concurso Infantil de Dibujos Navideños en la categoría de 4 años



Pablo Pérez Villa, ganador del XVIII Concurso Infantil de Dibujos Navideños en la categoría de 7 años



Irene de Arribas Vivar, ganadora del XVIII Concurso Infantil de Dibujos Navideños en la categoría de 8 años



Natalia García Mediavilla, ganadora del accésit del XVIII Concurso Infantil de Dibujos Navideños

El Dr. Daniel de Luis repasa las opciones farmacológicas para el tratamiento personalizado de la diabetes tipo 2

El Jefe del Servicio de Endocrinología del Hospital Clínico de Valladolid explicó en su ponencia acerca de esta enfermedad, el posible uso de los análogos del GLP-1



El Dr. de Luis antes de la ponencia

El Colegio de Médicos de Valladolid celebró el 26 de enero una sesión clínica sobre Diabetes tipo 2 en la que el Dr. Daniel de Luis Román, Jefe del Servicio de Endocrinología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, ofreció una ponencia titulada 'Avanzando en la intensificación de la insulina basal con análogos de GLP-1. Evaluación de Riesgo cardiovascular con un análogo prandial de GLP-1 (Lixisenatide)'.

Durante la misma, el Dr. de Luis explicó que la diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en nuestro medio alcanzado hasta un 13,8% de prevalencia en España. "En estos momentos las opciones farmacológicas para su tratamiento son muy variadas y cada vez más, se individualiza la terapia en cada caso particular", apuntó.

¿Qué son los análogos del GLP-1?

Los análogos del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1, por sus siglas en inglés) son un tipo de medicamentos utilizados para tratar la diabetes tipo 2.

Se administran por medio de una inyección utilizando una pluma de dosificación precargada. Funciona con otros medicamentos para la diabetes (píldoras, no la insulina) para ayudar con el control de la glucosa en la sangre.

Como otros medicamentos para la diabetes, los análogos del GLP-1 actúan mejor cuando sigue el resto de su plan de tratamiento. Esto significa que cada paciente debe medir su glucosa en la sangre periódicamente, seguir su plan de alimentación y ejercitarse todos los días.

En relación con el uso de insulina, existen dos conceptos que han venido apareciendo repetidamente en las recomendaciones de la Asociación Americana de diabetes (ADA) y de la Sociedad Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD), el primero la posibilidad de uso de las diferentes insulinas basales de las que disponemos en el mercado en el segundo escalón de tratamiento farmacológico del paciente diabético, junto a otras terapias orales.

Y en segundo lugar el concepto de intensificación de ese tratamiento, que puede ir de la mano de análogos de insulina rápida con dos estrategias (basal-plus) y basal – bolo.

Dentro de este concepto de intensificación, las guías previamente mencionadas indican que podemos intensificar la terapia con un análogo de GLP-1. En esta ponencia se revisó el Estudio GetGoal Duo2, donde se muestra como la intensificación con pauta basal-plus (glulisina 1 dosis), basal bolo (glulisina 3 dosis) o lixisenatida (1 dosis) tienen el mismo efecto sobre la HbA1c, abriendo un nuevo abanico de posibilidades en nuestros pacientes diabéticos.

En la última parte de la ponencia se revisó la obligatoriedad del promotor del diseño de estudios para demostrar que las nuevas terapias para la diabetes mellitus no aumentan el riesgo cardiovascular. En este caso el estudio Elixha ha demostrado en 6000 pacientes con diabetes mellitus y un síndrome coronario agudo (<180 días) no aumentar el riesgo cardiovascular. Lixisenatida cumplió el criterio pre-especificado de la NO INFERIORIDAD frente a placebo de muerte CV, infarto de miocardio no mortal, ictus no mortal y hospitalización por angina inestable (HR: 1,017 [0,886 a 1,168]).

Las IV Jornadas Nacionales sobre Enfermedades Profesionales repasan la situación actual de estas patologías

Estos cursos se estructuraron en cinco mesas redondas que se expusieron a la largo de dos días y fueron inauguradas por el Gerente Regional de Salud de CyL, D. Rafael López Iglesias

El 28 de enero dieron comienzo en el Colegio de Médicos de Valladolid las IV Jornadas Nacionales sobre Enfermedades Profesionales, organizadas por la Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina del Trabajo en colaboración con este Colegio.

La Inauguración de dichas Jornadas contaron con la presencia de D. Rafael López Iglesias, Gerente Regional de Salud de Castilla y León; el Dr. Fernando Rescalvo Santiago, Presidente de la Sociedad castellana y leonesa de Medicina del Trabajo y Coordinador de las Jornadas; y el Dr. José Luis Almudí Alegre, Secretario General del Colegio de Médicos de Valladolid.

A lo largo de dos días, se celebraron cinco mesas redondas en las que se trataron temas como la situación actual de las enfermedades profesionales, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades emergente, las herramientas de gestión de los servicios de salud en el trabajo, la gestión de la incapacidad laboral o el riesgo de la mujer trabajadora durante el embarazo y la lactancia.

Así, de la mano de profesionales en el campo de la Sanidad tales como las Dras. Paloma Burgos Díez, Belén de Andrés Manzano; los Dres. Julio Vadillo Ruiz, Juan José Díaz Franco, Jerónimo Maqueda Blasco, José Bravo Grande, Carlos Disdier Vicente, Miguel de Paula Ortiz, José Segoviano Astaburuaga, el mismo Dr. Fernando Rescalvo Santiago (organizador de las jornadas); o los profesionales sanitarios D. Miguel López Gobernado y Dña. Francisca Colantes Sampedro se repasaron los temas más importantes que pueden afectar a los profesionales de la salud que participan en el diagnóstico, notificación y comunicación de las enfermedades profesionales.



El Dr. Almudí, D. Rafael López y el Dr. Rescalvo durante la inauguración de estas jornadas



Un momento de la ponencia del Dr. Maqueda en el primer día de celebración de estas mesas redondas

Un recorrido por el manejo de las patologías predominantes en la Endocrinología, la Diabetes y la Nutrición

Las jornadas se compusieron de seis ponencias ofrecidas por diferentes profesionales del Servicio de Endocrinología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

El 4 de febrero se inauguraron, en el Colegio de Médicos de Valladolid, las 'II Jornadas de Actualización en Endocrinología, Diabetes y Nutrición de Valladolid', organizadas por el Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico Universitario y el Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición de la Facultad de Medicina.

A lo largo de seis exposiciones, celebradas en dos días, varios profesionales hicieron un repaso de los aspectos más importantes de esta especialidad.

La ponencia inaugural, titulada 'Manejo Hipertiroidismo hipotiroidismo y nódulo tiroideo con una Guía Asistencial pactada con Atención Primaria', fue expuesta de la mano de la Dra. Beatriz Torres Torres, del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Cuando finalizó esta intervención, se hizo un análisis en profundidad del



El Dr. Díaz Soto, la Dra. Torres Torres y el Dr. de Luis Román

'Tratamiento de la diabetes gestacional', que corrió a cargo del Dr. Gonzalo Díaz Soto, compañero de Servicio de la Dra. Torres.

Por su parte, el Dr. Daniel de Luis Román, Jefe de este Servicio, Profesor Titular de endocrinología y nutrición en la Facultad de Medicina, y Director del IEN (Instituto de Endocrinología y Nutrición), abordó el 'Manejo del paciente con obesidad -dieta, fármacos y cirugía bariátrica-'.

Durante la segunda jornada de este curso, celebrada el 11 de febrero, se habló acerca de la 'Actualización en manejo y diagnóstico hiperprolactinemia', analizado por la Dra. Emilia Gómez Hoyos, compañera de Servicio Endocrinología de los protagonistas de las mesas expuestas la semana anterior.

El 'Manejo de las dislipemias en Atención Primaria' fue estructurado por el Dr. Juan José López Gómez y la 'Interpretación de las hormonas gonadales en una analítica de Atención Primaria' estuvo tutelada por la Dra. Aurelia Villar Bonet.



La jornada inaugural fue seguida por más de un centenar de colegiados

La importancia de saber qué hacer ante una parada cardíaca

Más de un 70% de los testigos de un paro no sabe cómo reaccionar o ayudar, y cada minuto que el corazón pasa parado, la esperanza de supervivencia disminuye un 10%



D. Alberto Bustos, la Dra. Alicia Córdoba, D. Óscar Puente y el Dr. Antonio Otero

Alrededor del 70% de las personas que presencian una parada cardíaca asegura que no interviene ni ayuda a quien la sufre debido a que no sabe cómo hacerlo. Un dato preocupante si tenemos en cuenta que realizar este tipo de maniobras dentro de los tres o cuatro primeros minutos, aumenta las posibilidades de supervivencia en más de un 50%. Este dato indica que si aumentara el porcentaje de personas que aprenden e inician las medidas de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) y la Desfibrilación Automática (DEA), se podrían salvar 100.000 vidas en Europa cada año.

Tratando de conseguir que esta idea sea una realidad en un futuro próximo, el Ayuntamiento de Valladolid, a través de su Fundación Municipal de Deportes, y el Colegio de Médicos de Valladolid han firmado un convenio de colaboración para prestar formación a niños y monitores deportivos en técnicas de reanimación cardiorrespiratoria de todos los equipos infantiles de fútbol que los soliciten.

En países como Noruega, Finlandia, Reino Unido o Estados Unidos, la

cobertura de población que saben cómo realizar correctamente una RCP, estando en el instituto, es superior al 90%, y este tipo de maniobras se encuentran normalizadas dentro del diseño curricular de las asignaturas del plan de estudios. Con ejemplos como estos en mente, en el acuerdo suscrito entre ambas instituciones se contempla que sean los médicos de familia y pediatras, a través del Colegio, quienes impartan la formación a escolares y monitores, mientras que el Ayuntamiento facilitará los muñecos necesarios para las prácticas en reanimación, así como las instalaciones (centros escolares, centros cívicos o instalaciones deportivas, de ser necesario) y se hará cargo de la intermediación para ofrecer estos cursillos a los equipos.

A la presentación de la campaña "Sólo con tus manos", acudieron el alcalde de la ciudad, D. Óscar Puente; el Presidente del Colegio de Médicos, el Dr. José Antonio Otero; la representante de la entidad colegial de los médicos en formación y de postgrado, la Dra. Alicia Córdoba; y el concejal de Juventud, Participación Ciudadana y Deporte del

Ayuntamiento, D. Alberto Bustos. El edil vallisoletano apuntó en este acto que no hay estadísticas en España de casos de muerte súbita durante la práctica deportiva, pero ha apuntado que existen estudios en Europa que hablan de entre uno y seis fallecimientos por cada 100.000 habitantes, lo que, en relación a la población vallisoletana, podría traducirse a cifras de entre 3 y 18 casos.

Si tenemos en cuenta que si el índice de supervivencia baja en un 10% por cada minuto que un corazón pasa parado, una rápida reacción ante un infarto aumenta las posibilidades de que la persona que lo sufre sobreviva exponencialmente; de igual forma que la reacción precoz de las personas que presencian la parada cardíaca puede evitar secuelas las funciones básicas del infartado. Es por todo ello por lo que resulta fundamental que se aumente el porcentaje de personas que aprenden a iniciar medidas de Reanimación Cardiopulmonar y Desfibrilación Automática. Por su parte, la Dra. Córdoba explicó que en este proceso de aprendizaje habrá una parte teórica y otra práctica, destinada a que las personas que tengan que realizar una RCP "pierdan el miedo" y comprendan que "si no hacen nada por miedo a romper una costilla, una persona puede morir". Principalmente se formará sobre las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP), necesarias para atender casos de desvanecimientos, paros cardíacos o muertes súbitas que en ocasiones pueden producirse durante la práctica deportiva.

El concejal de Deportes explicó que la idea inicial es comenzar en 2016 con los equipos de fútbol federados para extenderlo, después, al resto de equipos de fútbol del deporte escolar, una disciplina que practican unos 11.000 niños en total. Por esa gran cantidad de participantes, se ha elegido este deporte para comenzar con la iniciativa.

MOVIMIENTO COLEGIAL/ Enero - Febrero

ALTAS

D. Miguel Ángel Castaño Blázquez	Traslado de Baleares
D ^a . Beatriz Adalia Martín	Traslado de Zamora
D ^a . Bárbara Gabriela Salas Salas	Traslado de Madrid
D ^a . Rocío Sobejano de Pablo	Reingreso
D. Eliander Antonio Cubillo Durán	Traslado de Las Palmas
D ^a . Lorena C. Bermúdez Barrezuela	Traslado de Valencia
D ^a . Ana Isabel Jiménez del Bianco	Reingreso
D ^a . M ^a Jesús Nevado Luque	Traslado de Baleares
D. Pedro Espino Hurtado	Traslado de Madrid
D ^a . Yara Barreñada Sanz	Traslado de Burgos
D. Nestor Eduardo Rodríguez Valenzuela	Reingreso

FALLECIMIENTOS

D. Julio R. Galindo Alonso

BAJAS

D. Ricardo Casas Fischer	Cese
D. Bazeid Mohamed Ahmed-Salem	Traslado a Vizcaya
D ^a . Ángela Karina Quispe Almandoz	Cese
D. Mario Martínez Galdámez	Traslado a Madrid
D ^a . Elena de Paul Tobajas	Traslado a Guipúzcoa
D ^a . María Vicente Santos	Traslado a Salamanca
D. Dagoberto Bejarano Ugalde	Traslado a Madrid
D ^a . María Anthoanet Palacios Parada	Traslado a Asturias
D ^a . Julia Romo Sánchez	Traslado a Zamora
D. Giorvanni André Duque Chaux	Traslado a Madrid
D. Julián Fernández Tovar	Cese
D ^a . María José Pérez Velesar	Traslado a Zamora
D. Iñigo Álvaro Martínez Gil	Traslado a Madrid
D ^a . Esther Mancha Heredero	Traslado a Navarra
D. Gabriel A. Largaespada Pérez	Cese
D ^a . Carolina Santiago Castillo	Cese
D ^a . Dorka Francisca Santiago Castillo	Cese

Crucifijos de Juan de Juni (1507-1577) y de Gregorio Fernández (1576-1636)

Dr. Ciriaco Casquete Román

Los crucifijos a comentar son dos, uno de cada autor y suelen ser de mediano tamaño, alrededor del metro, con algunas excepciones como de 0,43 de G. Fernández hasta 1,77 de Juan de Juni, y 1,90 de G. Fernández. Son crucificados hechos para crucifijos. Cristo solo en la cruz. No son calvarios.

Sus características comunes son: Cristo está muerto, sus modelos físicos son variados y la figura tiene un solo clavo visible en los pies. La corona suele estar labrada en la madera. Los paños de pureza varían en tamaño, posición y movimiento. Juni representa el dolor teatral, duro, dramático que llega a infundir temor.

A España llega en 1537, y reside en Valladolid en 1541 hasta su muerte; viene formado ya de influencia Borgoñona, después su estilo va evolucionando; estas obras destacan sobre todo en el periodo central, de 1545 a 1560 y en el último periodo de 60 al 77. Cada uno de ellos hace 10 obras de este tipo, repartidos en Valladolid, provincia, Palencia y León.

Gregorio Fernández nace en Galicia y muere también en Valladolid; puede considerársele discípulo de Juni en sus obras y por sus discípulos del taller. Sus obras son realistas y sinceras. Sigue las ideas de la Contrarreforma. Recordemos las procesiones de S. Santa. Es didáctico y religioso.

Sus maestros fueron F. Rincón y Pompeo Leoni, que viven en Valladolid en este siglo XVII. Cobijaba en su casa pobres y enfermos, meditaba y hacía penitencias. Para él esculpir un crucifijo era un auto de Fe y de oración. Esta piedad la tenían también Bernini y Montañés. Contó con grandes mecenas, destacando Felipe III y Felipe IV.



Figura 1



Figura 2

Lo que esculpía tenía que ser real, como hacia Berníni en Roma y Ribera en Nápoles. Por eso su escultura parecía blanda de piel y músculo, buscando el desnudo y la delgadez, pero nunca extrema, sino natural.

Cuida mucho los detalles de las manos y la cabeza. A veces parecen estar vivos a pesar de haber expirado. Hay una excepción en la obra de las carmelitas de Santa Teresa de Valladolid: la cabeza está en máxima extensión mirando al cielo y exclamando: "Padre, ¿por qué me has abandonado?".

La tragedia es tan tremenda que nos recuerda: "Maldito el que pende de un madero", que dice el Deuteronomio. ¡Qué terrible es esta redención!

CRUCIFIJO DE CASTRILLO DE JUAN PALENCIA. Juan de Juni. Ver figura 1. En madera policromada mide 0,85 metros. Perteneció al periodo central, quizás a 1660. Catalina Niño de Portugal y Juan Delgadillo de Avellaneda regalan este Cristo a la Iglesia del pueblo, ya que toman su señorío.

Su modelado es muy blando, recordándonos que Juan de Juni utilizó mucho el barro cuando trabajó en esta obra.

El tórax está en inspiración, el paño de pureza lleva una orilla en oro, es muy voluminoso y horizontal, hecho poco frecuente en él; se sostiene solo, sin cordón y su extremo vuela hacia la izquierda, siendo sus pliegues amplios y duros.

La conservación de la policromía es excelente. Las piernas están torsionadas en flexión y el clavo de los pies queda algo anterior al tarso, en la base de los metatarsianos.

La obra es muy semejante a la adquirida por el M de Escultura de Valladolid en 1981 al escultor vallisoletano Luis de Medina, cuya obra mide 1 por 0,81 metros.

Se trata de un Cristo fuerte que expresa sobre todo sacrificio final, dolor que exclama en sus rodillas tensas pero aun levemente separadas y en sus pies: la

concauidad del derecho encajada en el tarso del pie izquierdo.

El cuerpo gira sobre sí mismo huyendo de la exacta simetría. También el paño parece despegarse solo hacia abajo.

El de Castrillo está algo descolgado pero mantiene su fortaleza inclinando levemente la cabeza hacia la derecha; tiene gran serenidad y elegancia. Es una cabeza genial, quizás lo mejor del cuadro y que se combina con la torsión del cuerpo. Ver figura 2.

El cuadro es muy dramático, el tórax torsionado, ancho y el abdomen duro y musculoso, en volúmenes. El pie izquierdo quiere escaparse hacia arriba lo cual es imposible por la doble perforación del clavo. Son múltiples los puntos de dolor que le llegan a Cristo y la escultura nos los señala con gran maestría.

La cabeza no puede expresar más drama silencioso. Los dedos de las manos están en acentuada flexión por el gran grosor de los clavos. La policromía en las livideces de rodillas, tobillos y pies es muy delicada, sin ninguna estridencia.

No puedo olvidarme de esa cabeza maravillosa de abundante pelo y barba en dos puntas con los ojos semiabiertos como si aún luchara la vida con la muerte. Casi nos quiere decir algo esa cabeza.

CRUCIFIJO DE SAN BENITO. VALLADOLID. Gregorio Fernández. Ver figura 3. Mide 1,26 metros. Llamado Cristo de la Clemencia. Sale en procesión el miércoles Santo a las 12 de la noche en un ambiente íntimo y silencioso. Cuerpo esbelto. Corona labrada en la madera de gran volumen.

El paño es pequeño formando nudo en la cadera derecha. Los pliegues son poco voluminosos por lo que puede ser de la primera época, quizás de 1610.

Es muy académico, tan suaves sus miembros inferiores, puro pulimento en un cuerpo desnudo. El cuerpo delgado equilibra su longitud con el paño de



Figura 3



Figura 4

pureza transversal. La policromía es oscura, violácea.

En el rostro los ojos cerrados con la cabeza en máxima flexión por lo que no se ve el rostro sino se observa muy de cerca.

Rostro violáceo pues con grandes ojeras y nariz algo larga, quizás para destacar la pequeña cabeza. Ver figura 4.

Regueros de sangre en costado y brazos sin exageraciones. Los fieles tenían la tentación de tocar los pies por lo que están muy desgastados viéndose obligados a colocar una verja por delante y así y todo algunos llegan a tocarlo, como yo mismo he presenciado últimamente.

No faltan dedos en las manos, lo parece por su flexión al introducir los grandes clavos, que son de cabeza grande trapezoidal.

Las piernas están fléxas pero no retorcidas, apretadas por el dolor. El cuerpo baja desde los hombros, descolgándose.

Es un cuadro simétrico y equilibrado, pero tiene una imperceptible torsión torácica a la derecha y las piernas juntas hacia la izquierda. Pies verticales en flexión plantar que apuntan al suelo, rígidos, sin ápice de flexión y con un solo clavo.

Es un Cristo delgado de cuerpo tan bello como si no hubiera hombres así, sin exageración muscular. Ello nos recuerda al Cristo del Carmen de Extramuros de Valladolid. La anatomía nos llama por su armonía al equilibrio religioso, extasiándonos.

Este mismo efecto ocurre al ver el Cristo de Luz del Palacio de S. Cruz de nuestra ciudad. Son Cristos vivos, dormidos ya con la lanzada, aunque están terriblemente muertos.

Parece que ante tanta belleza van a moverse y resucitar en la propia cruz. La obra siendo tan real no ha perdido ese hilo finísimo de los académicos que no se ve en Juan de Juni. Es como un ángel, el mayor Ángel.

Evolución histórica de nuestra sociedad. Parte 2

Dr. José de Castro Lorenzo (Asociación Española de Médicos Escritores)

La historia mejor conocida y más reciente por mejor documentada (primero Condado y después Reino) de Castilla, se remonta a mediados del siglo XI (1037) en que Fernando I el Magno (nacido Fernando Sánchez), hijo de Sancho Garcés III de Pamplona y de Mayor (Muniadona) heredera del reino de Castilla, reunió en su persona la corona de Castilla que heredó de su madre (1029) y la de León (1037) al morir sin herederos el Rey de León y heredarlo doña Sancha esposa de Fernando I. Era por tanto rey consorte; de todos modos la toma de posesión del reino de León no fue sencilla ni admitida por todos, puesto que la muerte de su Rey (Vermudo) había ocurrido en el curso de la batalla de Tamarón entre Fernando, todavía conde de Castilla y su cuñado el rey de León.

Las continuas aspiraciones de Fernando de ampliar sus fronteras a costa de los reinos fronterizos de sus hermanos, le llevaron a protagonizar las guerras fraticidas con el reino de León, ya citado y con el reino de Navarra que había heredado su hermano García a la muerte del padre de ambos. Hasta la muerte de Sancho el Mayor de Navarra (1035) su reino se había expandido sobre todo por alianzas matrimoniales. Su decisión de en su testamento repartir el reino entre sus hijos, dio lugar a las guerras fraticidas entre ellos y en las que murieron Vermudo de León como hemos dicho y García de Navarra del mismo modo y contra el mismo enemigo, su hermano Fernando, en la batalla de Atapuerca (1054).

De modo que en este año Fernando reunió las tres coronas bajo su mando que fue incrementando, no solo de forma violenta sino también con todo tipo de alianzas y pactos, especialmente con el estrato clerical, de quien obtuvo toda clase de beneficios y distinciones como la convocatoria del concilio de Coyanza (1055) reuniendo a Obispos y Abades con el fin de reorganizar algunos aspectos de

las leyes eclesiásticas. Sus excelentes relaciones con el alto clero y con algunos reyezuelos de taifas en Al-Andalus, le permitieron, por ejemplo, trasladar desde Sevilla las reliquias de San Isidoro y enterrarlas en una iglesia por él reformada y enriquecida y en la que él mismo sería enterrado a su muerte (San Isidoro de León).

Es a hacia mediados del siglo XI, unidos los tres reinos más importantes de España, estabilizadas sus fronteras y siendo las condiciones políticas más favorables, cuando se ponen en evidencia la capacidad diplomática y estrategia militar de Fernando.

Desde el punto de vista político, él tan religioso, y para hacer posible una reforma religiosa para todo el clero, pero especialmente dirigida al clero regular (Monasterios y Abadías), permite la llegada a España de miembros de la Orden Cluniacense y con ellos numerosos nobles de la dinastía de Borgoña tan relacionados entre sí. Dos de los cuales Raimundo y Enrique, primos entre ellos) casarían con sus dos nietas Urraca y Teresa, hijas de Alfonso.

En el orden cultural los de Cluny importaron y difundieron por Castilla las trazas del arte románico y de esa época datan la Catedral de Santiago de Compostela, San Isidoro de León y el Monasterio de Silos, por ejemplo, y otras iglesias que se diseminaron a la par que se propagaban las nuevas normas religiosas cluniacenses. Su capacidad diplomática y estratégica la aprovechó Fernando I en los últimos años de su largo reinado para reactivar la Reconquista, paralizada bastantes años por las guerras internas.

La desaparición del Califato de Córdoba y su dispersión en los distintos reinos de Taifas, era una de las razones que le animaron a reemprender la lucha contra los moros, que le llevó al frente de su



Fernando I el Magno

ejército hasta las puertas de Valencia. A su regreso, enfermó y murió en León a los 55 años, donde fue enterrado, como ya hemos dicho.

A su muerte (1065) en su testamento, seguramente interpretando que sus posesiones eran personales, siguiendo el ejemplo de su padre y sin tener en cuenta el derecho visigodo que él mismo había modificado, dividió su patrimonio entre sus hijos, con lo que la unión lograda a lo largo de su reinado, volvía a disgregarse, con el riesgo de nuevas guerras fraticidas por el poder.

La historia volvió a repetirse. Su primogénito varón, Sancho, recibió el reino de Castilla con título real (hasta entonces no estaba documentado que a Castilla se hubiera llamado reino ni a él Rey). A su segundo hijo Alfonso le asignó el reino de León. Y al menor García el reino de Galicia del que pronto fue desalojado y encarcelado hasta su muerte por su hermano Sancho, que como primogénito quería integrar bajo su corona los dominios y reinos de su padre. Con esa finalidad persiguió

a Alfonso, que para librarse de ser apresado o muerto, tuvo que refugiarse en Toledo, cuyo taifa pagaba tributo al rey de León. Pero la trágica muerte de Sancho en el cerco de Zamora, que pertenecía por heredad al Señorío de su hermana Urraca, puso fin a su desmesurada ambición de poder. Aún se conserva en un cerro próximo a Zamora la cruz que señala el lugar donde espiró el rey Sancho.

En aquellas condiciones, descabezada la monarquía en Castilla y León, volvió de inmediato Alfonso, que en buena armonía con su hermana Urraca, se hizo coronar Rey de ambos reinos tras el famoso juramento ante el Cid en Santa Gadea de Burgos. Durante su largo reinado de casi 40 años, el desarrollo en sus reinos fue espectacular en todos los sentidos (cultural, social, religioso e incluso económico). Al equilibrio social y al progreso contribuyó en buena medida, sobre todo después de la ocupación de Toledo (1085), el desbarajuste en el Al-Andalus tras la desaparición del Califato y las guerras entre los distintos reinos de taifas para mantener o aumentar su poder.

Estos reyezuelos, para derrotar a sus enemigos pedían refuerzos a los reinos cristianos a cambio de su vasallaje que pagaban en cuantiosas cantidades dinerarias, las llamadas "parias" con las que se contribuía al mantenimiento de los ejércitos de los reinos cristianos, que por otra parte no tenían que soportar los ingentes gastos y muertes consecutivos a la guerra de Reconquista, que estuvo paralizada hasta la nueva invasión de los almorávides varios años más tarde. También se beneficiaron de esas sustanciosas "parias" monasterios y catedrales beneficiadas o construidas por deseo del propio Rey.

Aunque Alfonso VI exigía e incluso amenazaba para el pago de las parias, sabía que ese vasallaje era más útil que la guerra por victoriosa que pareciera. Comprendió que no podría acabar de golpe con el Islam. Sería preciso convivir y esperar a mejores tiempos. Así se propuso hacerlo después de la conquista de Toledo (1185) en que la mayoría de la población (mudéjares, mozárabes y judíos) iban a ser gobernados por la

minoría de cristianos. Y esto debía ser en paz, sin violencia. Cada religión podría hacer sus ritos en sus propias iglesias, mezquitas o sinagogas. Esa convivencia, sino completamente pacífica, al menos tolerante entre las religiones durante bastante años, permitió a Alfonso VI llamarse "emperador de las dos religiones."

De todos modos es justo admitir, que si durante gran parte del siglo XI (desde que desapareció el califato omeya) su desgobierno fue catastrófico para los musulmanes en el Al-Andalus, desde el punto de vista político, no lo fue desde el punto de vista cultural, en el que brillaron literatos y artistas bajo la protección de algunos de aquellos reyezuelos. La profunda reforma no solo en los aspectos religiosos y políticos (la desaparición del Califa como autoridad máxima en lo religioso y militar, hizo cambiar todas las reglas) permitió brotar una libertad que no se había conocido. Por ejemplo se opinaba libremente sobre la posibilidad de que un Califa no tendría que ser del mismo árbol genealógico que el anterior y sí el mejor preparado para ejercer la autoridad, tanto religiosa como militar.

Hubo algunas brillantes estrellas en su literatura y sobre todo se destacó el gobernador de Sevilla (al-Mutamid) como protector de las artes. Es célebre el rey taifa de Toledo después de Alfonso VI, al-Mamun, por sus gustos literarios y artísticos que protegía. De todos modos el relajamiento de costumbres y del mal uso de las leyes mahometanas, hicieron surgir un movimiento reformista en el norte de África que pretendían restablecer el rigor de las leyes en el Al-Andalus y que habría de afectar a los reinos cristianos peninsulares. Pero esto que se percibía en el norte de África en el último tercio del siglo XI, tardaría unos pocos años en llegar a España.

No obstante, a pesar de los juramentos de Alfonso VI de respetar la coexistencia de las distintas religiones, siendo gobernadas las mayoritarias (musulmana y judía) por los cristianos que eran minoría, pronto fueron cambiando las promesas. Se ocupó la mezquita impidiendo entrar en ella a los musulmanes y se transformó en Catedral, a cuyas actuaciones y en ausencia de



Alfonso VI

Alfonso, no parece que fueran ajenas, la corte del Rey (su esposa Constanza y la nobleza borgoñona). Las continuas trabas a los musulmanes y judíos para realizar sus ritos, favorecieron las conversiones al cristianismo, aunque no siempre fueran sinceras.

Todo ello junto al desgobierno de los reinos de taifas, fueron las causas que dieron lugar a la guerra santa de los almorávides que intentaban imponer la ortodoxia musulmana en Al-Andalus. Con ese objetivo, los almorávides pasaron el Estrecho y en poco más de 25 años habían llegado a Cuenca, sin poder apoderarse de Toledo, que era su primordial objetivo para, abolidos los taifas, restablecer el Califato.

Las cosas, sin embargo, se fueron torciendo para el reino de Castilla y León, desde la derrota en Uclés ante los almorávides en la que perdió la vida el hijo y heredero de Alfonso (1108). Un año más tarde fallecería él mismo. Su sucesora legítima (a título de Reina, no de regente) sería su hija Urraca que unos años antes se había casado con Raymundo de Borgoña, uno de los nobles venidos de aquella región con los cluniacenses. Alfonso VI había concedido a su yerno Raimundo de Borgoña el gobierno de Galicia y determinados poderes en Avila, Segovia y Salamanca y al esposo de su otra hija Teresa (ilegítima) Enrique de Borgoña, el condado portocalense, la parte norte de lo que pocos años más tarde y por



Doña Urraca

voluntad de Teresa, se convertiría en el reino de Portugal. Es decir, se estaban dando los primeros pasos para una nueva segregación de nuestros reinos que se haría realidad por determinación de su nieto Alfonso VII (hijo de Urraca y de Raymundo de Borgoña). Fue el que se hizo llamar Emperador "totius hispaniae".

La historia parecía repetirse con las características de los reinados precedentes. La muerte en Uclés del joven Sancho, hijo y heredero de Alfonso y al año siguiente la del propio Alfonso colocaron a Urraca (viuda desde 1107) como Reina de Castilla, cuyos derechos no quiso ceder a nadie, ni a su segundo esposo Alfonso I el Batallador a quien se le había entregado como dote por su casamiento. Enlace este de Urraca, al que por cierto fue obligada por su padre y al que ella y su nobleza fiel se habían opuesto.

El matrimonio fue un desastre como era de esperar dados los caracteres antagónicos e indomables de ambos. No tuvieron descendencia, que se había proyectado heredara de los tres reinos (Castilla, León y Aragón). Todo ello trajo consigo una guerra civil entre Castilla y Aragón con las graves consecuencias para ambos reinos, hasta que Alfonso, anulado el matrimonio por el Papa (por consanguinidad), renunció a Castilla, tras un pacto entre ambos. Urraca reina en solitario, siguió luchando contra los nobles gallegos que querían coronar Rey a su hijo Alfonso, hijo de su primer matrimonio con Raymundo de Borgoña

y a quien su abuelo le había otorgado el gobierno de Galicia que había estado en manos de su padre Raimundo. Pero Alfonso Raimundez tenía apenas tres años y en su nombre gobernaría su madre. Como ya hemos escrito, Urraca quedaba en primera línea de sucesión de los reinos de Castilla y León, y su sucesor sería Alfonso Raimundez. Su situación era privilegiada para suceder a su madre ya divorciada (1114) y que seguía gobernando con manifiesta anarquía Castilla, León y Galicia.

Urraca en su tumultuosa vida tanto política como personal, tuvo que soportar graves incidentes en su lucha contra su propio esposo y contra el arzobispo Gelmírez de Santiago de Compostela, cabeza de los nobles que querían coronar a su hijo Alfonso como Rey de Galicia. La Reina, ya divorciada, tuvo dos nuevos hijos con un amante noble y un tercer embarazo de cuyo parto murió en 1126. En ese mismo año fue coronado Alfonso VII como Rey de Castilla y León y su reinado se prolongó hasta su propia muerte (1157). Parecía consolidarse la unión de ambos reinos bajo un solo cetro.

La extensión de sus reinos, sin embargo, no garantizaba la paz ni en el interior ni en sus fronteras con los musulmanes, donde la presión de los almorávides era cada vez más intensa. Su objetivo era la unificación de todos los reinos. Era la idea de "imperio" que le llevó a coronarse como tal. Cuando apenas tenía 21 años fue coronado Rey de Castilla y León, y pronto firmó un tratado de paz con el Rey de Aragón por el que se devolvieron mutuamente terrenos ocupados en anteriores guerras, pero mantenía su título de Emperador con lo que seguía manteniendo el espíritu de reconquista, heredado de su abuelo y por tanto aspirando a la unificación peninsular.

Ese objetivo unificador de los reinos cristianos es el mismo que le impulsó a progresar en la Reconquista hasta conquistar Córdoba o Almería. Fue entonces, cuando tras esas conquistas y con el vasallaje del resto de los reinos cristianos se hizo nombrar (1135) Emperador "totius Hispaniae". No obstante las revueltas y escaramuzas

frecuentes de los nobles, como a lo largo de toda la Edad Media, no cesaban y de hecho Alfonso VII aprovechó la muerte del Rey de Aragón para reconquistar algunas plazas riojanas (Nájera) o Calatayud y Zaragoza que se había anexionado le citado rey de Aragón. El por su parte las cedió al rey de Navarra a cambio de vasallaje.

Entonces, a sus 24 años y cuando hacía dos años que había sido coronado Rey se casó con Berenguela, hija del conde de Barcelona, de la que tuvo 7 hijos, dos de los cuales (Sancho III de Castilla y Fernando II de León) heredaron los respectivos reinos con lo que se volvía a romper el espíritu de unidad peninsular por el que tanto había luchado su padre y el mismo hasta su muerte.

Pero la prematura muerte de Sancho de Castilla (apenas reinó un año) y su sucesión por su hijo (Alfonso VIII) menor de edad, dio lugar a un nuevo periodo de luchas nobiliarias y revueltas por el poder, en el curso de las cuales Fernando II de León (su tío) se apoderó de Burgos. Las vicisitudes y enfrentamientos entre los reinos de Castilla y León desde el siglo XI, han sido numerosas y graves, a pesar de que todos los reyes persiguieron la unidad territorial, política y religiosa, con el telón de fondo de la Reconquista como objetivo de todos los reinos.

En el orden cultural, sus fluidas relaciones con los cluniacenses y con la nobleza borgoñona, permitió la expansión de esa Orden por toda España pero especialmente por Castilla y León, donde aún se conserva la mayor concentración de arte románico conocido. Su profunda religiosidad, tal y como entonces se conocía, le condujo sufragar la Catedral de Zamora así como a facilitar la fundación de los monasterios Cistercienses de Moreruela (ZA), Sacramenia (Sg) y Santa María de la Huerta (SO) entre otros monasterios o iglesias.

Una vez más desde mediados del siglo XI, hemos asistido a la disgregación de los reinos de Castilla y León por los heredamientos dinásticos. Pero el espíritu de unificación a pesar de intereses espurios se retomará en los reinados siguientes a los descritos.

Relación de la especialidad de alergia con otras especialidades

Por la Dra. Alicia Armentia Medina. Jefa de Servicio de Alergología del HURH

La especialidad de Alergología, tal como aparece en el BOE, comprende el conocimiento, diagnóstico y tratamiento de la patología producida por mecanismos inmunológicos. Nuestro trabajo tiene muchas relaciones con otras especialidades (Atención Primaria, ORL, Neumología, Pediatría, Dermatología, Digestivo, Medicina Interna...) y también con otras disciplinas Universitarias, con aspectos relacionados con la Salud pública o con otras Ciencias que estudian las condiciones ambientales.

Los alergólogos de Castilla y León a los que represento como presidente de su Sociedad Científica (SCLAIC) tenemos claro que nuestro sistema de Salud Pública es un modelo de éxito, aunque ahora esté pasando por dificultades de financiación.

Creemos que para superar sus rigideces, identificar y eliminar ineficiencias e incorporar los cambios organizativos necesarios para mejorar su calidad es necesario mayor colaboración con otros profesionales.

La ineficiencia para mí es el derroche de los recursos, empezando por el consumo irresponsable del tiempo destinado a nuestros enfermos. Ver más pacientes en el mismo tiempo o que un mismo problema sea estudiado sucesivamente por múltiples médicos no era la mejor forma de aprovechar los recursos. Y esta es la mayor razón para intentar un acercamiento entre todos nosotros y con los especialistas con los que compartimos pacientes, con nuestros compañeros de Atención Primaria, sobre todo, y también los de otras especialidades: Lograr su confianza y aprender de ellos.

El motivo de aprender de profesionales de diferentes entidades es lograr una "sinergia" o colaboración para que entre todos logremos mejorar la calidad de vida del paciente alérgico. Desde el punto de vista profesional queremos promover

una cultura de cooperación, nunca de competencia ni de separación, entre los distintos servicios y unidades de Alergología de nuestros Hospitales y entre otras especialidades afines y promover el intercambio de información sobre organización, protocolos y procedimientos con el objetivo de identificar las mejores prácticas y generalizarlas.

Para ello, nos empeñamos en promover un contacto mas intenso entre todos, base de la confianza que se precisa para un trabajo conjunto y de calidad. Estudiamos las posibilidades de mejorar nuestra página web (www.sclaic.es), con el objetivo de habilitar un espacio para foro y estimular el intercambio de información y el debate.

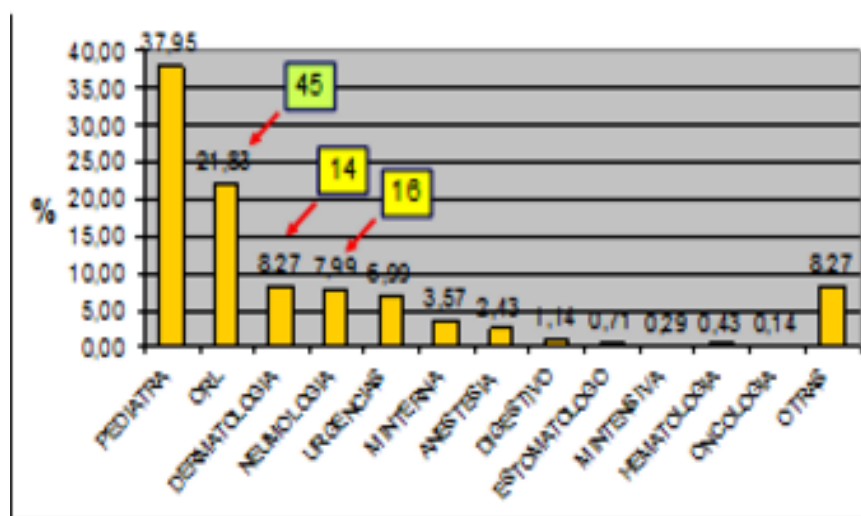
Emprendimos entre todos una ardua labor divulgativa en la que se enviaron diversos correos por diferentes vías a las demás Sociedades científicas de la comunidad de Castilla y León, tanto médicas como de enfermería y otras actividades sanitarias, a las Instituciones

(Consejería de Sanidad, Colegio Oficial de Médicos, Academias, Delegación del Gobierno, Diputación, Universidad) y a Asociaciones de pacientes.

También intentamos el enlace con las páginas de otras Sociedades Científicas y a redes sociales, con el objetivo de obtener información de todos los ámbitos implicados. Estamos invitando a nuestras reuniones científicas a expertos de otras especialidades y disciplinas afines (médicos de diferentes especialidades, especialistas en salud pública, directores de laboratorios de I+D, líderes de redes de excelencia nacionales e internacionales, médicos de atención primaria...).

Nos han hablado desde su punto de vista y hemos podido mejorar protocolos diagnósticos, de gestión, de calidad y de derivación, y los estamos aplicando esperamos que con éxito. Nuestras reuniones tienen un carácter abierto a la que pueden acudir libremente médicos de otras especialidades y público interesado.

DERIVACIÓN DE SDE E ESPECIALIDADES



Este deseo se ha ido concretando con la elaboración de consensos Atención primaria-especializada, estudio de ineficiencias, planes de cooperación sanitaria en cuanto a protocolos de derivación, inmunoterapia, información a pacientes...

También formalizamos compromisos, como el Compromiso con la Sanidad Pública, junto a más de 50 sociedades científicas. Tenemos una relación estrecha con la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica, con las Sociedades europeas y americana de Alergia con el fin de coordinar sus actividades a nivel nacional e internacional.

También mantenemos contacto con las Instituciones, Fruto de esta colaboración con la Dirección de Salud Pública fue la inclusión en los datos de 17 estaciones castellano-leonesas de contaje polínico en la base nacional del Comité de Aerobiología de la Sociedad Española de Alergia, para que todos los especialistas y pacientes estuvieran informados por SMS de los niveles polínicos. También hemos difundido a través del Portal de Salud de la Consejería de Castilla y León comics para los niños alérgicos en los que se detalla que hacer ante una reacción alérgica grave en el colegio.

Pero lo mas gratificante ha sido la relación con nuestros compañeros de Atención Primaria. Según nos cuentan, para ellos lo más importante es ofrecer una asistencia al paciente alérgico lo más eficiente y eficaz posible derivada del fruto de una comunicación ágil y fluida con el médico especialista, aunando criterios de derivación y actuación, no duplicando gastos en exploraciones, estas se deberían planificar de forma conjunta.

Quieren conseguir una mayor satisfacción profesional, personal y la del propio paciente. Un ejemplo práctico era la duplicación de datos y analítica innecesaria. Por ejemplo, nuestros compañeros de AP pedían determinaciones de anticuerpos específicos a varios pólenes con comunidad antigénica, siendo solamente suficiente una determinación.

Otros datos analíticos útiles para el diagnóstico y más rentables no se solicitaban y debíamos de hacer nuevas extracciones al paciente, que en el caso



La Dra. Alicia Armentia recogiendo un premio concedido recientemente a su Servicio

de ser lactantes es más delicado. Se citaba a los pacientes con reacciones a fármacos antes de un mes, periodo insuficiente para detectar por pruebas una respuesta inmune, por lo que debíamos de recitar a los pacientes.

Los especialistas poníamos un tratamiento sintomático diferente al médico de AP, con lo que el paciente no sabía a que atenerse. A veces el paciente confiaba más en el fármaco sugerido por el especialista que por su médico de familia (que era el mismo con diferente nombre comercial) y el médico de AP se sentía mal ante la demanda de cambio de fármaco por el paciente.

No había protocolos uniformes y sencillos de derivación que facilitaran la toma de decisiones. Afortunadamente, el compartir informativamente los datos del enfermo, el que nuestros compañeros puedan ver nuestros informes, ha mejorado y simplificado mucho nuestra tarea.

Así como ha sido muy útil que el médico de Familia acceda a la información especializada por medio de nuestro sistema informático común será muy útil

que el especialista tenga acceso a la historia de AP.

Creo que hay que intentar con todas nuestras fuerzas curar a nuestros pacientes, para que no lleguen a ser enfermos crónicos, y eso depende de la calidad del primer contacto y del empeño. Y del sentimiento de pertenencia a un equipo, a un Hospital o centro que consideras "tu casa". Y de sentirte con tus compañeros casi como "en familia". Y eso sólo se puede lograr si nos conocemos más.

No podemos olvidar a los residentes, tanto de la especialidad de Alergia como de otras especialidades, son nuestra esperanza de futuro. Considero esencial la atención a nuestros residentes como garantía de una especialidad de alto nivel en años venideros. Para ello, procuramos que las tres unidades docentes para la formación de Médicos especialistas en Alergología pusieran en común sus programas docentes y compartieran experiencias de formación y gestión. Durante el periodo formativo de 4 años, nuestros residentes adquieren de forma progresiva conocimientos, habilidades, actitudes, capacidad



El HURH recibió recientemente el premio al Mejor Servicio de Alergia

operativa y responsabilidades, propias de un especialista en alergología, pero dado que es una especialidad multidisciplinar tiene que rotar durante seis meses por un área genérica de Medicina Interna, cinco meses en Pediatría, cinco en Inmunología donde aprenden las técnicas de laboratorio específicas de la especialidad. También rotarán tres meses por Neumología, tres por Dermatología, dos por ORL, un mes en radiodiagnóstico, UCI y Digestivo.

Las guardias se realizan en Medicina Interna, Pediatría y sus Áreas Específicas y Puertas. Como miembro de la Comisión Nacional de la especialidad he tenido que estudiar los programas MIR anuales y he participado en la elaboración de las troncalidades.

Nuestros residentes son estimulados para la realización de proyectos conjuntos con otros especialistas de diferentes campos en proyectos de investigación e integración en redes I+D+i. desde la Consejería de Sanidad se ha considerado conveniente establecer un marco de colaboración en cuestiones tales como la formación continuada y lo vamos a apoyar.

Es de destacar también que este año nuestra especialidad comienza la actividad docente universitaria encuadrada en Bolonia para la especialidad de Inmunopatología y Alergia, hasta ahora inexistente.

Entre las acciones a emprender para seguir colaborando con otros compañeros y enmendar las ineficiencias detectadas destacamos la búsqueda de alianzas y sinergias con otros profesionales y empresas, nuevas formas de gestión y financiación y apuesta por un desarrollo tecnológico mas eficiente que sustituya y abarate los gastos de las técnicas antiguas.

También estimular la investigación propia y en colaboración con la Universidad y centros privados para lograr transferencias con el sector productivo, que repercutan en beneficios económicos tangibles para nuestras instituciones sanitarias y avances terapéuticos para la curación de nuestros pacientes.

Siempre intentamos presentar todas nuestras iniciativas basándonos en conceptos de consenso, calidad, difusión, sostenibilidad y ética con el paciente como nuestra razón de ser y con la intención de hacer las cosas bien, y compartirlas.

Mantenemos un contacto estrecho y continuo con los medios de comunicación castellano leoneses con el fin de informar a la población de sus actividades y de hechos relevantes de la alergología y la inmunología clínica dentro y fuera de la comunidad.

En resumen, creo que todos los profesionales implicados en la Sanidad pública nos hemos ido adaptando a las circunstancias económicas actuales. Por lo que he podido observar en la actitud de mis compañeros, haremos lo que sea necesario para que siga funcionando, con la ayuda de nuestros compañeros de otras especialidades.



Un profesional sanitario realiza unas pruebas de alergia a un paciente

El tratamiento por las tierras medicinales o Geoterapia

Por el Dr. Andrés J. Ursa

Aunque pudiera parecer anacrónico el empleo de las tierras medicinales (TM) en la terapéutica actual, con los avances científico-técnicos conseguidos en los últimos lustros, no debemos desdeñar esta forma de proceder, por otra parte empleada desde los orígenes de la humanidad posiblemente por imitación de los animales, ya que reúne una serie de características interesantes, que avalan su uso.

La Geoterapia es el procedimiento terapéutico que emplea las TM para la prevención, alivio o curación de determinadas patologías. De las tierras más empleadas destaca la arcilla. Perteneció al capítulo de la Medicina Física y en concreto se enseña, además de los cursos de postgrado sobre Medicina Naturista, en las cátedras de Hidrología Médica.

Las TM provienen en su mayor parte de las rocas metamórficas. La erosión lenta de los granitos durante las Eras geológicas ha ido formando los sedimentos actuales

de arcillas. España cuenta con diferentes tipos de arcillas, repartidas en toda su geografía.

Es bien conocido el uso de la arcilla en cosmética, en forma de mascarillas, aplicaciones externas, etc, por sus propiedades sobre la piel. En Medicina naturista, la Geoterapia constituye junto con la Hidroterapia, Helioterapia y Eoloterapia (cura atmosférica), la terapéutica por los agentes naturales, ya presentes en la medicina hipocrática del siglo IV a.C. y de amplio uso en la actualidad.

Las TM se pueden emplear en aplicaciones externas o por vía oral (arcilla para uso interno). El uso de las TM en medicina supone el empleo de un remedio efectivo siempre que se emplee de forma adecuada, presente en la naturaleza y sostenible medioambientalmente. La arcilla la podemos obtener de una fuente fiable en la naturaleza o comprarla ya procesada en tiendas de herbo-dietética.

Antecedentes históricos

En la Edad Antigua, en tiempos de Hipócrates, se empleaban diversos tipos de tierras con fines curativos, tanto en uso externo como interno.

En el siglo I de esta Era, Dioscórides describe el uso de las tierras curativas en el V volumen de su obra "De materia médica". En esa misma época, Galeno elaboró un inventario de TM, explicando sus funciones y efectos.

En la Edad Media, al igual que con otros saberes médicos, supuso un retroceso en el conocimiento de las TM. Algunos autores que las mencionan en sus escritos son Oribasio, Alejandro de Trallás, Aecio de Amida, Pablo de Egina y Avicena. El naturalista Humboldt relató en sus escritos que los nativos americanos empleaban la arcilla.

En el siglo XVI, Paracelso y su discípulo Jhannes Schutz exaltan el poder curativo de la tierra de Striegau. En la Edad Moderna, durante la epidemia de peste de Braunschweig (año de 1600), el médico L. Giessler elogió en un informe la TM como remedio contra esta enfermedad. En el siglo XIX se efectúan los primeros análisis para determinar la composición de la popular "tierra milagrosa" de Planitz, en Sajonia, así como de otras regiones de Alemania.

En 1882, el higienista Max Pettenkofer (1818-1901), de la Universidad de Berlín, rehabilita la cura por las tierras arcillosas. Pocos años después, en la Universidad de Friburgo (Alemania), W. Levy defiende una tesis doctoral sobre la arcilla blanca, que tituló: "La terapia con Bolus: su historia y fundación por empirismo y experimentación".

Empíricos centroeuropeos como los clérigos Sebastián Kneipp y el Pastor Felke fueron fervientes defensores de la

Mineral	Composición 1	2	3	4	5
Óxido de silicio	SiO ₂ (sílice)				
Cuarzo	Sílice cristalizada				
Ópalo	Sílice en estado amorfo				
Silicatos	Feldespato (Si y Al)	Micas (Moscovita, biotita)	Talco	Clorita (Mg, Fe y Al)	Caolinita, etc
Calcita y dolomita	Carbonatos Ca y Mg				
Hidróxido de hierro y aluminio	Limonita (Fe), diáspero (Al) e hidrargilita (Al)				
Magnetita	Fe ₃ O ₄				
Apatita	Calcio fosfato, fluor, cloro, OH	Fluoro-apatita	Hidrox-apatita		
Circonio	Metal de transición				
Titanita	Silicato de titanio y calcio				

Composición química de las TM

Propiedades físicas de las TM	Efectos externos	Efectos internos	
Capacidad de retención hídrica	Absorción de secreciones de heridas		
Retención de calor	Antiflogístico		
Retención de gases		Absorción de gases (meteorismo)	
Adsorción	Detritus de heridas, úlceras	Adsorbe el excedente ácido y compensa la insuficiencia. Empleo en <u>hiperclorhidria</u>	
Absorción de minerales (Ca, Mg, Fe, Cu, Mn, Al, etc.)		Contribuye a normalizar carencias	Requiere un jugo gástrico normal.
Efecto sobre la flora intestinal (<u>Baumgärtel</u>)		Las bacterias intestinales son neutralizadas por las TM. Acción beneficiosa sobre las <u>colibacterias</u>	Posible neutralización de bacterias perjudiciales
Efecto antibiótico (Juno)		Atribuido a la presencia de mohos	

Propiedades de las TM y efectos sobre el organismo

arcilla y la incluían en sus curas. Durante y después de la Primera Guerra Mundial se realizaron trabajos sobre la acción de la arcilla blanca (caolín) en la disentería y el cólera asiático.

En la Universidad de Berlín, el Dr. Julius Stumpf (1856-1932), que era médico forense, descubre y comprueba que la tierra arcillosa (greda) posee elementos refractarios a las bacterias y a la descomposición.

En 1927, W. Peyer y W. Ropte, este último geólogo, analizan la tierra medicinal empleada por Adolf Just en su sanatorio de Ilseburg (Alemania). En 1935, L. Walcker publica un trabajo sobre la adsorción de la cafeína y la nicotina por las TM. En 1936, Kunza y Vogel descubren la capacidad de adsorción y retención de toxinas intestinales, alcaloides y colorantes de las TM en uso interno.

En los años 50 del siglo XX se completaron los estudios mineralógicos y químicos de diversos tipos de arcillas, como los efectuados por Jung en la Universidad de Jena. Los fundamentos científicos de la Geoterapia los estableció el Dr. Meyer, siendo recopilados en el libro "La tierra curativa" (1957), que escribió conjuntamente con Jung.

Las TM se vienen utilizando en los establecimientos termales desde la época romana, en forma de baños de lodo y en la actualidad en formas tratadas (limos, gleas, fangos, etc). En cosmética su uso está generalizado por sus excelentes propiedades, en aplicaciones externas.

En la revista Bionomía en los años 50, el Dr. Simarro escribió algún artículo sobre el uso terapéutico de las arcillas. En la década de los 90 del siglo XX publiqué un trabajo de investigación sobre la arcilla para uso interno, que constituyó tema de ponencia en el Congreso Internacional sobre "Naturheilkunde" en Überlingen (Alemania) en las proximidades del Lago de Constanza, siendo el único estudio clínico realizado sobre este tema hasta el momento.

Propiedades y aplicaciones de las tierras medicinales

Varían según la composición química de estas que, a su vez depende del origen, color, lugar, etc. R. Lauti, investigador de las TM, encontró una relación entre la composición química de las TM y sus propiedades, tanto en su aplicación externa como interna. De él es la clasificación de las TM según la relación composición-propiedad, de la que se desprende su aplicación clínica.

Un efecto que se supone es el mecánico que contribuiría al arrastre de bacterias, células y toxinas de la cavidad oral y demás tramos digestivos hacia el exterior.

Indicaciones de la arcilla

Según diversos autores tendría acción sobre los siguientes aparatos y sistemas:

1. Aparato digestivo:

- Boca: estomatitis, gingivitis, amigdalitis, etc., en forma de pulverizaciones
- En uso interno se emplea en dispepsias, gastritis, hipo/hiperclorhidria, ulcus péptico, meteorismo, etc.
- En uso interno se emplea en enteritis, colitis, diarreas, estreñimiento crónico, parasitosis (oxiuros), hemorroides, etc. Uso en determinados tipos de envenenamientos. En uso externo se emplea en emplastos abdominales.
- Afecciones hepato-biliares en uso interno y externo (emplasto sobre región hepática)

2. Metabolismo: diabetes, obesidad, etc. Uso interno y externo

3. Aparato respiratorio: fiebre del heno (uso interno) e infecciones respiratorias (emplastos)

4. El aparato locomotor: reumatismo (emplastos)

5. Sistema nervioso: jaqueca, ansiedad, insomnio, etc. Uso interno y externo.

6. Piel: en uso interno en urticaria crónica; en uso externo en abscesos cutáneos, furúnculos, acné juvenil, úlceras, etc.

Posible efectos secundarios, contraindicaciones y precauciones

En aplicaciones externas hay que vigilar la temperatura de la aplicación (fría o caliente) y observar las reacciones que se producen. En caso de molestias conviene retirar la aplicación.

Para un uso racional de la arcilla por vía oral conviene descartar en la anamnesis aquellos pacientes con historia de oclusión intestinal y herniaciones, sobre todo si ha habido algún episodio de abdomen agudo (por vólvulo, etc.).

La administración prolongada de arcilla para uso interno (AUI), sobre todo si se acompaña de una alimentación pobre en grasas, puede que se acompañe de una deficiencia en vitaminas liposolubles.

La AUI no interfiere la absorción de los hidratos de carbono. La gran ingestión de TM puede ocasionar adelgazamiento. Sobre las vitaminas liposolubles se han realizado algunos estudios pero aun no se han sacado conclusiones.

Sobre la acción de las TM sobre las proteínas y aminoácidos se desconoce aún mucho. Se sabe que el cuarzo absorbe débilmente la alanina y arginina. Respecto a las vitaminas hidrosolubles se sabe, al menos, que sobre la vitamina C apenas se ejerce acción.

Las personas que padecen estreñimiento crónico y toman AUI pueden ver incrementado su problema. Habrán de abandonar la toma de arcilla si el estreñimiento no se corrige con la administración de cantidades suplementarias de agua.

Hay que procurar evitar la administración de arcilla oral junto a cierto tipo de laxantes que incluyen en su composición aceite de parafina, ya que su mezcla forma una pasta dura que puede facilitar la oclusión intestinal. La AUI debería evitar administrarse en edades extremas de la vida.

Obtención, preparación y administración

La arcilla se puede obtener de terrenos arcillosos donde haya una beta abierta, siempre que esté libre de contaminantes. Una vez tamizada se conserva en recipientes no metálicos, al ser posible alejada de la humedad. La confección de los emplastos de arcilla es sencilla. Requiere disponer de cuenco de barro, espátula de madera y tejido con fibras amplias, como una maya de plástico o gasa de hilo amplio.

La AUI se comercializa en las tiendas especializadas ya apta para su consumo. Para preparar la AUI se añade una cucharadita de las de postre en un vaso de agua, a ser posible de baja mineralización. Conviene que esté, en contacto con el

agua antes de tomarlo unas 8-10 horas. Antes de ingerirlo conviene remover con un instrumento no metálico ya que la arcilla se deposita en el fondo.

La AUI conviene tomarla en general en ayunas. Dependiendo del número de tomas al día, la primera se realizará por la mañana nada más levantarnos.

Duración del tratamiento

En uso externo la duración está en función de la mejora del padecimiento. Tiene indicaciones tanto en procesos agudos como crónicos.

En uso interno tanto la posología como la duración del tratamiento varían en función de los fines perseguidos. Con fines preventivos se hacen curas trimestrales en primavera y otoño. Se toma tres semanas al mes. En las enfermedades agudas como diarreas, gastritis, etc., se puede hacer una toma de 2-3 cucharaditas de postre, antes de las principales comidas. Se mantendrá esta pauta hasta que remitan los síntomas.

En los padecimientos crónicos como la obesidad mórbida, etcétera, la posología y duración del tratamiento puede prolongarse durante meses. En este caso habría que plantearse la posibilidad de

administración de vitaminas liposolubles al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Just, A.: La tierra curativa, antiguo remedio natural y popular. 1908.
- Kunza y Vogel.: Naturaleza y acción de las tierras curativas. 1936.
- San Miguel de la Cámara: Rocas eruptivas de España. Madrid, 1936.
- Jung y Meyer. Heilerde (Tierra curativa). Ed. Hippokrates. 1957
- Alfonso, E.: Curso de Medicina Natural en cuarenta lecciones. Ed. Kier, S.A. 4ª Edición. Buenos Aires (Argentina), 1976.
- Ródenas, P.: Integral nº6. Barcelona, 1976.
- Dextreit, R.: La arcilla que sana. Ed. Vechi.
- Nigelle, E.: Pouvoir merveilleux de l'argille. Ed. Andrillon.
- Passebecq, A.: La arcilla para tu salud. Ed. Sertebi. Barcelona, 1980.
- Schneider, E.: La salud por la Naturaleza. 10ª edición. Ed. Safeliz. Madrid, 1989.
- Sintés Pros, J.: El poder curativo de la arcilla.
- Ursa Herguedas, A.J.: Estudio clínico-analítico sobre las propiedades de la arcilla para uso interno. Natura Medicatrix nº55, Barcelona, 1999.
- Cote, F. Poder curativo de la arcilla. Ed. Océano Ambar. Barcelona, 2007

Tipo de TM	Composición	Propiedades
Esmécticas (tierra de batán)	Ca y Mg	Absorben cuerpos grasos. Desodorizantes y desinfectantes (úlceras purulentas). Hemorroides
Refractarias (tierras de pipa)	Pobres en óxidos de hierro y alcalinos	Uso en Cosmética
Bentonitas	Ricas en magnesio	Antiflogístico y analgésico tópico. Efecto trófico sobre úlceras gástricas (uso interno)
Caolínicas	Silicatos de aluminio hidratado	Propiedades cicatrizantes. En colutorio se emplea para fortalecer las encías. En uso interno se emplea en casos de dispepsia flatulenta. En Cosmética forma parte de las leches de belleza

Composición de las TM y propiedades según Lauti

El cirujano

Por el Dr. Miguel María Sánchez Martín



El entrenamiento quirúrgico en Inglaterra y Europa se encuentra en período de transición, teniendo en cuenta la presión existente para disminuir el número de horas de trabajo asistencial y el número de años de adiestramiento. Para llevar a cabo este recorte, en Inglaterra el principal elemento será la formación básica que durará dos años, siendo el segundo año considerado tal vez para el entrenamiento quirúrgico. Esto debería ser una posible ventaja para conseguir un rápido entrenamiento quirúrgico si se pudiera seleccionar a aquellos candidatos que posean los atributos necesarios de cirujano. Durante el período básico hay preguntas de valoración, de modo que esto puede ser un punto natural con el que preseleccionar a estos estudiantes.

Bann y Darzi consideran la valoración psicométrica como método de selección de cirujanos y estiman la valoración objetiva como una posibilidad aplicable al período de formación básica.

Se ha expresado que los métodos actuales de valoración del futuro cirujano son inadecuados. Cushieri y cols. analizan la opinión de un grupo de cirujanos

profesores y mantienen tres puntos que deben ser cuidadosamente considerados como son el papel cognitivo, psicológico y psicomotor. Por tanto, la selección y valoración de los aspirantes requiere estandarización y cambio.

La valoración académica por sí misma no refleja la competencia quirúrgica ni la capacidad para conseguirla. La selección debe incluir algo más que únicamente la elección basada en capacidades y valoración académica. Lo que debería mantenerse es que la cirugía no puede por más tiempo atraer a los mejores candidatos por el tipo de trabajo percibido entre pregraduados. Un entrenamiento más corto y centrado puede ayudar a permitir decidirse por la carrera.

En Inglaterra existen, como ya se ha apuntado, dos años básicos: el primero antes de entrar en lo que se denomina Certificado de Terminación de Entrenamiento mediante pruebas psicométricas, o al terminar la formación básica, es decir al final del segundo año, cuando se ha escogido carrera.

Sochueneman y cols. analizan los elementos neuropsicológicos que predicen las aptitudes para hacer cirugía, y llegan a la conclusión que las habilidades quirúrgicas no son el principal determinante para llegar a tener un buen nivel en cirugía.

Tampoco existe correlación alguna entre la demostración de conocimientos en las pruebas de respuestas múltiples y la realización clínica en las rotaciones quirúrgicas. Tampoco las pruebas de destreza deberían utilizarse como criterio para la carrera quirúrgica y, aunque se emplean en trabajadores manuales que trabajan en la cadena de producción, se cuestiona en cambio su aplicación para los que se entrenan en cirugía.

En cuanto a la capacidad visual espacial se piensa que es innata y no se aprende. Se relaciona perfectamente con el hemisferio

derecho del cerebro, mientras que las habilidades verbales y secuenciales se relacionan con el hemisferio izquierdo y, los hombres, en general, tienden a ser más hábiles desde el punto de vista motor y espacial que las mujeres.

Aunque pueda creerse que existe una personalidad quirúrgica, no hay ninguna prueba que lo demuestre.

Por tanto, una alternativa a las pruebas psicométricas debería ser la opinión de cirujanos avezados. Además, sólo se puede concluir que los logros académicos no deberían ser el único prerrequisito para la promoción en una carrera quirúrgica.

Características esenciales del cirujano moderno

Si bien no se ha demostrado objetivamente cómo debe ser un cirujano moderno para tener un alto nivel en la práctica, lo mismo hay que decir acerca de los atributos innatos y aprendidos mediante entrenamiento. Así se podría responder a estas tres preguntas.

- ¿Quién debe ser seleccionado para su adiestramiento?

- ¿Qué deben aprender los becarios?

- ¿Cómo hay que decidir lo que son y continúen siéndolo, "de acuerdo con la práctica"?

Para empezar hay que decir cuáles son los atributos innatos y, por tanto, cómo deberían buscarse para la selección, así como cuáles son los aprendidos y, por lo tanto, cómo deberían ser evaluados al final de la etapa de adiestramiento.

Aunque supiéramos de aquéllos que deberían ser seleccionados y adiestrados, el valor del conocimiento debería ser limitado por el hecho de que todos nosotros cambiamos con los años. Los atributos válidos en la

selección inicial pueden desaparecer con el tiempo en algunos cirujanos, pero no en todos. De esta manera, se puede sentir que la motivación y la diligencia deberían tomarse como atributos clave al seleccionar a cirujanos jóvenes para entrenamiento. Por otra parte, todos sabemos por propia experiencia que algunos cirujanos continúan apasionados por la cirugía mucho tiempo después de la edad de jubilación, mientras que otros se queman pronto y, entonces, pueden acabar siendo un problema para ellos mismos y sus colegas.

Algunos que empiezan su entrenamiento, por ejemplo ahora, probablemente seguirán trabajando bien en la segunda mitad de este siglo, sobre todo si los fondos de pensión vuelven a ser tan inadecuados como algunos consejeros financieros están anunciando. Para entonces, es poco seguro que la cirugía tenga que tener relación alguna con la que se practica hoy. Por ejemplo, los avances en investigación sobre células madre y la manipulación genética en materia de cáncer pueden hacer que la cirugía quede obsoleta para el tiempo que vivamos. Incluso, si la profesión perviviera, no se parecería mucho a lo que es en la actualidad.

Estamos seleccionando cirujanos para adiestramiento hoy y para trabajar de aquí a muchos años. Si ahora no sabemos lo

que estamos buscando, seguramente no sabremos lo que estarán haciendo en el futuro; por tanto, va a ser difícil establecer cualquier criterio con intención de selección.

Un problema añadido es la fragmentación de la cirugía. En la misma cirugía existe una subespecialización cada vez mayor. Los cirujanos infantiles de la mano y los que hacen cirugía de revisión artroplástica, por poner dos ejemplos algo dispares, son entrenados para ser cirujanos ortopédicos, aunque el trabajo que actualmente realizan sea fundamentalmente diferente en casi cualquier estimación. El hecho es que aún les ofrecemos el mismo entrenamiento y establecemos el mismo examen para ambas situaciones; es todavía un fallo más para reaccionar en un ambiente clínico cambiante a cualquier requerimiento de competencias. Éstas son las cábalas que se pueden hacer sobre el proceso de envejecimiento, la cirugía y su fragmentación.

Otra interrogante es saber quiénes son los cirujanos, en cualquier caso. Para empezar hay confusión acerca de los límites de la cirugía, por cuanto, se están perdiendo los límites claros entre los cirujanos y los otros médicos, con relación a cómo se entrenan y lo que hacen. Así, los cardiólogos ahora introducen stents, los radiólogos clipan aneurismas y estabilizan vértebras aplastadas, inyectando cemento

óseo bajo control del intensificador de imágenes. Actualmente probablemente es imposible determinar cualquier característica común que distinga, por sí misma de manera singular, a los cirujanos de los demás médicos. Lo mismo se puede decir para distinguir a los cirujanos de otros profesionales sanitarios. Los profesionales no médicos entrenados, como las enfermeras, se están entrenando para realizar operaciones, mientras que operaciones complejas las están realizando podólogos que invaden el pie lo mismo que hace la infección en una neuropatía diabética.

Los cirujanos populistas que tratan de recabar alguna ayuda para sus ambiciones políticas propias, quejándose de que nosotros en cirugía tenemos que detener este acontecimiento, se comportan como dinosaurios, esto es, cerrando la puerta del establo después que el caballo ha salido saltando bruscamente, cuando realmente la mejor solución sería salir montando el caballo.

Otra pregunta que deberíamos hacernos es ¿qué hacemos? Así se pueden considerar los atributos del cirujano moderno cuando se nos observa desde el exterior (con amenazas) y preguntar qué pueden querer diferentes personas o estamentos acerca de cómo debe ser un cirujano moderno. La respuesta a esta pregunta depende mucho de quien haga la pregunta: el público o las compañías sanitarias.

Si hay que contestar al público, se le puede decir que quiere cirujanos en quien confiar, por ejemplo que sean competentes como cirujanos, comunicativos; que trabajen duro, por ejemplo, reduciendo al mínimo las listas de espera; y que estén disponibles cuando se les necesite, por ejemplo, preparados para trabajar a deshora. Si hay que contestar a una compañía sanitaria que emplea médicos, se le puede decir que quiere cirujanos que sean competentes, es decir, que minimicen las quejas del paciente; dóciles, es decir, preparados para lo que se les pregunta; y eficientes, o sea, hacerlo pronto y barato.

Cuando se investiga en la literatura —que ha sido poco publicada— sobre lo que la gente cree que pueden ser los atributos



esenciales de los cirujanos modernos, e incluso menos acerca de los medios de validación para medir estos atributos, salvo algunas excepciones notables se indica que probablemente el método más simple y justo para seleccionar cirujanos para adiestramiento debería ser tomar el nombre de los que entren en liza, ponerlos dentro de un sombrero y sacar el número de requisitos necesarios para su entrenamiento; al menos, este método eliminaría cualquier tipo de injusticia.

Entonces, ¿cómo podemos hacer buenos cirujanos? De nuevo, hay poco en la literatura con relación a la evidencia de atributos necesarios, desde el punto de vista técnico y de comportamiento, para ser un buen cirujano. También sorprende lo poco que hay sobre cómo pueden adquirirse mejor estas cualidades, o ciertamente, si pueden aprenderse completamente o son simplemente innatas o se aprenden con la práctica.

La mayoría de las explicaciones a esta pregunta no van más allá de saber si esto es posible. Lo que sí está bastante claro es que la continuada fijación de entidades de adiestramiento sobre el tiempo dedicado a ello (y número de casos que se necesita hacer), muestra, a modo de conclusión, que el concepto de competencia y el hecho de que alguno quiera aprender lentamente permite que así se haga mejor que cuando se hace deprisa.

Si fuéramos a diseñar el sistema con este fin deberíamos sentarnos y aceptar exactamente lo que son los atributos esenciales de un moderno cirujano, comunes a todas las ramas de la cirugía, y a los específicos del trabajo propio de un cirujano especializado concreto.

Entonces deberíamos poder adecuar un programa de adiestramiento para proporcionar facilidades y supervisión a un aprendiz de cirujano y para que practique las habilidades que necesita. Entonces, cuando esté capacitado para demostrar que es competente y digno de confianza para poder realizar las tareas que le son propias, debería ser calificado.

Dentro de este adiestramiento sería necesario decidir, mediante una valoración objetiva y relevante, quién podrá ser validado externamente.

¿Cuál será el futuro?

Probablemente, hay tres maneras de entender cómo irá la profesión de cirujano en el futuro: un modelo técnico, administrativo y mixto.

Con el modelo técnico, el cirujano se concentrará en hacer solamente cirugía, es decir operaciones quirúrgicas, debiendo blindarse de hacer tratamientos y otras situaciones; en una palabra, trabajo con protocolos. En este modelo está bastante claro que la cirugía se reduce a una simple tarea técnica, que para ello no requiere necesariamente un grado médico ni cualquier otro. Similar a otros profesionales que siguen esta orientación, no debería fallar la calidad del trabajo si la valoración de los resultados se basa en los resultados técnicos.

El modelo administrativo supone que el cirujano, una vez que haya aprendido su quehacer, ya no necesita más. Su habilidad y experiencia son necesarias para tener una visión estratégica de la provisión de servicios quirúrgicos, que en lo principal se realiza por grupos de técnicos, como se ha expuesto anteriormente. Este modelo se utiliza en las industrias de manufactura (o lo que quede de ellas) y se basa en dirigir a médicos jóvenes que inician su trabajo.

Más recientemente parece haber sido sustituido por la idea de que es más saludable para la compañía que contrata reclutar directores de edad para las diferentes áreas de negocio. Se cree que esto a un nivel estratégico es un enfoque más fresco, más útil que un conocimiento en profundidad en que la compañía realiza su producto. En el caso de la cirugía, este modelo indica que deberíamos ser dirigidos por médicos, e incluso no clínicos, una situación no diferente de la que hoy algunos de nosotros nos encontramos.

El modelo mixto se produce más nítidamente en las fuerzas armadas, aunque en cierto modo es como se hace hoy la cirugía de éxito limitado. Cuando los pilotos entran en las fuerzas armadas, como aceptados, se les entrena a volar en aviones de combate. Sin embargo, al cabo de unos pocos años, la mayoría son demasiado mayores y lentos para hacer esto y tienen que enfrentarse al



dilema de elegir entre dejar el servicio o readiestrarse efectivamente en un papel directivo, denominado a veces "volando un despacho". No existe razón alguna, en absoluto, por la que alguien que es completamente competente vuele en un avión de combate si no tiene completas aptitudes para ello, de manera que la mayoría no hacen esta transición, incluso si quieren y están obligados a no encontrar una carrera en otra parte. La profesión de cirugía es algo similar, si bien de una manera menos estructurada y organizada. Hay cirujanos, como los pilotos de combate, pierden probablemente algunas de sus habilidades quirúrgicas a medida que envejecen. Sin embargo, como no hay ningún intento por parte de la organización de medirlas, o ciertamente no existe, el estímulo para cambiar habitualmente viene de los mismos cirujanos, que también pierden motivación para hacer cirugía (quemados).

La única elección que se le deja al cirujano es ser "de tropa" o tratar de involucrarse en direcciones locales o nacionales. Por tanto, esta decisión es personal y negativa: "¿qué me gusta menos: participar en comisiones o en el quirófano?". Posiblemente esta situación sea lo peor para una organización, en la que una buena parte de los clínicos mayores en posiciones de dirección pueden estar sólo aquí, ya que si tratan de irse a otra parte les gustará todavía menos.

Una utilización más constructiva del modelo mixto es el concepto de equipos de técnicos que proporcionan cuidados médicos, cada cual trabajando a protocolos. Un miembro de este gran equipo, sin embargo, deberá tener especiales habilidades, en términos de conocimiento, liderazgo y disposición para responsabilizarse. El papel de este sujeto sería primero reconocer cuándo el problema de un paciente no se ajusta a protocolo. En segundo lugar, deberá tener cualidades de comunicación y de respeto en el equipo para permitirle tomar el equipo “fuera de protocolo”. Finalmente, deberá tener cualidades de liderazgo que permitan tomar responsabilidades para actuar en el equipo si las cosas no van bien. El modelo se parece misteriosamente al viejo modelo de jefe de servicio con su equipo de jóvenes y staff, y, de esta manera, la rueda cierra completamente el círculo.

Para resumir, no sabemos cuáles son los atributos indispensables de un cirujano moderno y si lo pensamos probablemente nos equivocaremos si consideramos el problema desde una perspectiva sesgada. Pero lo más preocupante es que no tenemos absolutamente ninguna idea de lo que estos atributos llegarían a ser en el futuro, siempre que asumamos que todavía existimos. Esto puede ser el meollo del problema de las sociedades científicas y entidades que dirigen la cirugía, y es algo que deberíamos atender inmediatamente si tenemos que continuar sirviendo a los pacientes de la mejor manera posible.

Personalidad del cirujano

El estudio de la personalidad no se concretó hasta que en los años treinta del pasado siglo se publicó el libro “Personalidad: una interpretación psicológica”, de Allport, quien basándose en la revisión y evaluación de cerca de 50 definiciones de la personalidad, definió la personalidad como “lo que es realmente un hombre”, si bien ulteriormente encontró una definición más funcional: “personalidad es la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su único ajuste o adaptación al ambiente”. Esta definición pone énfasis en lo siguiente: 1) la personalidad está cambiando

continuamente; 2) su organización requiere interacción entre el cuerpo y el alma; y 3) la personalidad es algo y sirve para algo.

La notable complejidad de la personalidad puede demostrarse fácilmente considerando aquellos factores genéticos y ambientales que actualmente están considerados como determinantes de las diferencias individuales en respuesta a estímulos. El temperamento es un determinante genético que sitúa el nivel de la personalidad justo por encima de la función fisiológica o por debajo de los atributos y creencias adquiridas. Sirve de base sobre la que se depositan experiencias ambientales de la infancia y adolescencia. De manera alternativa, el temperamento se define funcionalmente como la organización dinámica del sistema psicobiológico que regula respuestas automáticas o estímulos.

Los factores temperamentales incluyen emocionalidad, actividad y sociabilidad, que están en relación con procesos del tallo cerebral que amplifica o silencia información; con las funciones del lóbulo frontal y sistema límbico que determinan el nivel de orden/exactitud; y con la función hemisférica izquierda/derecha que determina alegría/placer (hemisferio izquierdo), frente a cólera/disgusto (hemisferio derecho). Del veinticinco al cincuenta por ciento de la personalidad está determinada por el temperamento y se asume que es inalterable. Según Greenspan y cols., las influencias ambientales pueden alterar realmente la estructura física del cerebro, afectando a la manera de cómo se expresan los genes ellos mismos en el comportamiento. Otros potentes factores que afectan a la personalidad son la piel, el color, el sexo, la destreza y otros muchos “talentos” heredados de la mente.

Los cirujanos se han descrito por los no cirujanos (sanitarios) con numerosos términos de connotaciones negativas, tales como arrogantes, dominantes, fríos, impersonales, impacientes, menos simpáticos, agresivos y autoritarios. Aunque uno no se sorprende de ello -señala Thomas-, no se está totalmente de acuerdo en ello. Este autor, en un estudio de 50 sujetos no cirujanos, se llegó a utilizar un término con el que

se consideraba a los cirujanos como “deidades” y el 66 por ciento de los términos empleados en esta encuesta fueron de connotación negativa. La mayoría de los que contestaron (90%, 45 de 50) pensaban que los cirujanos tenían unos rasgos de personalidad similares.

Coombs y cols. demuestran el perfil de personalidad más claro y consistente de los cirujanos. Así, los cirujanos parecen ser extrovertidos, estables, competitivos, estructurados, prácticos, adaptados, sociales y de baja reactividad. Los extrovertidos típicamente hablan más y lo hacen mejor bajo presión, pero tienden a ser rebeldes y más difíciles de entrenarse. Además de tener una personalidad similar están de manera característica satisfechos con sus carreras elegidas, ya que sólo un 10% buscan cambiarla más tarde en su vida.

Se puede concluir, según Thomas, que dentro de la comunidad quirúrgica hay razones para decir que existe similitud en su comportamiento -una personalidad quirúrgica- y ésta puede estar relacionada con la selección de residentes con rasgos similares de personalidad a la del profesorado, y pueden estar influenciados ulteriormente por nuestros actuales métodos de entrenamiento quirúrgico que ponen énfasis en la importancia del control y toma de decisiones individuales. Es plausible que la personalidad quirúrgica sea uno de los ingredientes clave para el desarrollo de un cirujano competente y exitoso.





A.M.A. COMPAÑÍA
LÍDER EN SEGUROS DE
COCHE POR CALIDAD
PERCIBIDA, FIDELIDAD Y
PRESCRIPCIÓN

Fuente: Informe anual ISSCE
(dic 2014)

Hasta un

60%*
bonificación
en su seguro de Automóvil

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



www.amaseguros.com
902 30 30 10

A.M.A. VALLADOLID

Doctrinos, 18; bajo Tel. 983 35 78 33 valladolid@amaseguros.com

Síguenos en     

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

