



Mayo 2017

# axis

Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid



Las galardonadas en la 6ª convocatoria a los mejores casos clínicos de médicos residentes 'Premio Dr. D. Miguel García Muñoz'. De izquierda a derecha: María Cristina Valencia, Esperanza Manrique, Sara Mambrilla, Verónica Rubio, Rebeca Sigüenza y Marta Para

# Hay gestos que te hacen único.



## Nuevo Golf con Control Gestual.

Lo ha vuelto a hacer. El Nuevo Golf con Control Gestual entiende tus gestos. ¿Quién si no podría cambiar la manera en que nos relacionamos con la tecnología? Pero esto solo es el principio de una nueva era. Todo lo demás, tendrás que ir descubriéndolo.

Nuevo Golf desde 17.100 €\* con llantas de aleación, radio CD con mp3 y 8 altavoces, pantalla táctil de 20,3 cm, App-Connect, Bluetooth, volante multifunción en cuero, luces de día led, Climatic y 6 años de Volkswagen Asistencia incluidos.



**Volkswagen**

## Hacemos realidad el futuro.

Emisión de CO<sub>2</sub> (g/km): 109. Consumo medio (l/100 km) de 4,8.

\*PVP recomendado en Península y Baleares de 17.100 € para un Volkswagen Golf Edition 1.0 TSI BMT 81 kW (110 CV) (IVA, transporte, impuesto de matriculación, descuento de marca y concesionario y bonificación de Volkswagen Finance incluidos), financiando a través de Volkswagen Finance EFC S.A., según condiciones contractuales un capital mínimo de 12.000 €, con una permanencia mínima de la financiación de 36 meses. Oferta válida hasta 31/05/2017. Incompatible con otras ofertas financieras. Modelo visualizado: Golf Sport con opcionales.

---

## Valladolid Wagen

Avda. de Burgos, 54 - Tel. 983 360 993 - 47009 Valladolid

[www.valladolidwagen.es](http://www.valladolidwagen.es)

En este mes de mayo cumple 100 años la Fundación para la protección social de la Organización Médica Colegial.

El 7 de junio lo celebraremos en el Colegio con la asistencia del Dr. Serafín Romero, Presidente de la OMC y la Directora de la Fundación, Dña. Nina Mielgo; acto al que, por supuesto, estamos todos invitados.

Fundación desconocida por muchos médicos, ejemplo único de solidaridad entre los integrantes de una profesión que atiende a sus miembros y sus familias en situaciones de necesidad, la Fundación, además ayuda en la financiación, junto a la Consejería de Sanidad, en otro programa del que también nos debemos de sentir orgullosos como es el de atención a los médicos enfermos, PAIME, que pronto va a cumplir 20 años desde que lo pusiera en marcha el Colegio de Médicos de Barcelona y ya presente en todas las Comunidades Autónomas. En este tiempo ya han sido tratados 4294 médicos con problemas de salud mental o adicciones con unos resultados excelentes en cuanto a su recuperación y vuelta al trabajo.

Este Programa está siendo copiado por otros Colegios de Médicos de Europa e Iberoamérica y también por otras profesiones.

Ambos, Fundación y PAIME, son magníficos ejemplos de responsabilidad social de nuestra Organización Colegial, ayudándola a conseguir dos de los grandes fines que tiene encomendados, como son proteger al médico y garantizar a los ciudadanos que los que trabajamos de Médicos estamos en condiciones de hacerlo de la mejor manera posible



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

## El Colegio al Día 6

- Jornada sobre estados carenciales de hierro
- IX Jornada de Puertas Abiertas del Hospital Clínico Universitario de Valladolid
- Galardones de la 6ª convocatoria a los Mejores Casos Clínicos de Médicos Residentes 'Premio Dr. D. Miguel García Muñoz'
- Curso sobre actualización en Reumatología Pediátrica
- Celebración de la Jornada 'Hoy pregunto yo'
- Nuevo acuerdo sobre la iniciativa 'Sólo con tus manos'
- Mesa redonda sobre consejos para mejorar la vida de los pacientes con Lupus
- In Memoriam. Despedida al Dr. Julio Galindo

## Estudios 26

- Alergia a drogas de abuso en adolescentes. Con la Dra. Alicia Armentia como autora principal

## Historia 28

- El vivir, el enfermar y el morir en el antiguo Egipto. La vivienda. Por el Dr. Manuel García Tejeiro
- Las Comunidades de Castilla en la historia. Por el Dr. José de Castro Lorenzo

## Arte 36

- Pintores vallisoletanos en la historia. Juan Manuel Capuletti Lillo del Pozo. Por el Dr. Ciriaco Casquete Román

### 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

VALLADOLID

# PLAZA REAL

c/ Cañadón, 50  
47610 Zaratán (Valladolid)

Centro Sociosanitario, Hogar Residencia  
y Centro Terapéutico de Día

Tel. **983 074 074**

 plaza real valladolid  
www.residenciaplazareal.com

## Cientos de casos nos avalan estancias indefinidas y temporales



**FELISA 76 años**; sufrió una fractura de cadera. Ha venido de forma temporal a Plaza Real. En breve totalmente recuperada regresará a su casa.

*Furgoneta totalmente adaptada para realizar el transporte*



**NATIVIDAD 91 años**; vivía de forma autónoma y hacia una vida independiente en su domicilio antes del accidente doméstico que le provocó una fractura de pelvis. Ya camina bajo supervisión de la fisioterapeuta pero ha decidido quedarse de forma permanente en Plaza Real ya que por nuestra ubicación puede seguir manteniendo sus amistades, sus costumbres, estar cerca de los suyos, con la tranquilidad que le da los servicios de Plaza Real.

**LUCIANO 92 años**; llegó con fractura de rótula a Plaza Real. Ya está recuperado y en su domicilio, solo viene cada tarde a terminar la rehabilitación con nosotros.



**ROSARIO 67 años**; tuvo un ICTUS que la dejó paralizada y sin tono muscular en el lado derecho de su cuerpo. Le pusieron sonda nasogástrica para alimentarse. En la actualidad ya está en su domicilio haciendo vida normal.



### Servicio Médico Propio

- ✓ Médicos (mañana y tarde):  
Dr. Pedro Antona del Val.  
Dr. Antonio Aragón
- ✓ Traumatólogo:  
Dr. Roberto Escudero.
- ✓ Cardiólogo:  
Dr. Alberto San Román.
- ✓ Neuróloga:  
Dra. Olga Fernandez Arconada.
- ✓ Psiquiatra:  
Dr. Fernando de Uribe.
- ✓ Unidad del Dolor:  
Dr. Alfredo Carrera.
- ✓ Psicólogo Sanitario,  
(Apoyo Familiar):  
D. Jaime Gutiérrez.



**ZONA  
CARDIOPROTEGIDA**  
Desfibrilador  
Personal formado

**SERVICIO  
ENFERMERIA**



**Rehabilitador Multisensorial  
Específico de Manos.**



VitalStim® Plus

### Terapia Ocupacional

- ✓ Terapia ocupacional diferenciada en 3 grupos por grados:
  - Válidos.
  - Asistidos moderados.
  - Grandes asistidos.
- ✓ Terapias personalizadas.
- ✓ Programa Neuronup.  
Es un programa digital para Neurorehabilitación y Estimulación Cognitiva.
- ✓ Servicio Logopeda.



### Rehabilitación

Servicio personalizado, realizado por 3 Fisioterapeutas, de 10:00 a 20:00 h con la maquinaria más puntera. Esta se puede hacer siendo residente o de manera externa.

- Fractura de cadera, pelvis, rodilla y demás intervenciones.
- Neumonías, Insuficiencias cardíacas y respiratorias.
- Ictus (Accidente Cerebrovascular).

**WINBACK**  
YOUR BODY IS BACK

Theravital



Bipedestador Activo

## PRÓXIMAS ACTIVIDADES DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE VALLADOLID

El **23 de junio** tendrá lugar, en la **Academia de Caballería de Valladolid**, la celebración del **DÍA DEL MÉDICO**.

Los festejos comenzarán con una misa por los colegiados fallecidos durante el año, que se celebrará en la Iglesia Parroquial de Nuestra Señora de San Lorenzo, a las 12,30 horas.

Además, a las 10:30 h. y a las 17.30h, se ofrecerán visitas guiadas a la Academia de Caballería (acceso por la Calle San Ildefonso). Se requiere inscripción previa. Máximo 25 personas.

A las 19.00 horas, D. Luis Miguel de Dios, periodista y escritor, ofrecerá una conferencia para todos los presentes, tras lo cual se procederá a la entrega de los Títulos a los Colegiados Honoríficos. La recepción de los Nuevos Colegiados correrá a cargo de D. Mario Prieto Dehesa, y momentos después de su intervención, pasaremos a entregar los trofeos de Golf, Pádel, y Canasta.

El Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Valladolid, el Dr. José Antonio Otero Rodríguez, será el responsable, como cada año, de clausurar este acto antes de dar paso al ya tradicional cóctel del día de la Patrona.

Por motivos organizativos, es necesario confirmar la asistencia, antes del 20 de junio, por cualquiera de estos medios:

- E-mail: [info@medicosva.es](mailto:info@medicosva.es)
- Teléfonos: 983 355488 – 983 351703.
- Directamente en las oficinas colegiales.

## **XXII EDICIÓN TORNEO DE GOLF COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE VALLADOLID – AMA / V TORNEO DE GOLF LA FLECHA MOTOR BMW y VOLKSWAGEN SERVICE**

**Celebración y lugar:** miércoles 21 de junio de 2017, en el Club de Campo LA GALERA

**Modalidad:** Individual Stableford.

**Recorrido y horario:** 18 Hoyos. Salida a tiro a las 16,00 horas.

**Participación.** MÁXIMO 56 PARTICIPANTES. Médicos colegiados, cónyuges, e hijos hasta 25 años. CON PRIORIDAD PARA COLEGIADOS. POR RIGUROSO ORDEN DE INSCRIPCIÓN

**PREMIOS AMA** (Sólo Colegiados/as)

1ª y 2ª clasificada hándicap Damas categoría única

1º, 2º clasificado hándicap Caballeros 1ª categoría (hasta hcp 18,0).

1º, 2º clasificado hándicap Caballeros 2ª categoría (desde hcp 18,1).

1º clasificado Scratch (indistinto)

**PREMIOS ESPECIALES** (para todos los participantes). Palo Golf de MUTUAL MÉDICA. Dos Premios RUTA DEL VINO CIGALES Mejor Scratch Femenino y Masculino - Aún por confirmar otros premios especiales y GRAN SORTEO DE REGALOS nada más terminar el Torneo - Artículos de Golf y Vino D.O. Ribera de Duero y D.O. Toro. CÓCTEL ESPECIAL en Club de Campo La Galera

**Inscripciones.** En las oficinas del Colegio Oficial de Médicos llamando al 983 355 488 – 983 351 703 o enviando un e-mail a [belen@medicosva.es](mailto:belen@medicosva.es) hasta el 16/06/17.

El desarrollo de esta competición queda supeditada a un número mínimo de 40 inscripciones. Se requiere un mínimo de seis participantes para cada categoría, en caso contrario los inscritos se integrarán en la categoría general.

## PRÓXIMAS ACTIVIDADES DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE VALLADOLID

### **XIX CAMPEONATO DE PÁDEL (PADELFANATIC) del COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS – AMA y SANITAS**

#### **Celebración**

- Padelfanatic Femenino: lunes 5 de junio de 2017, 18:00 horas
- Padelfanatic Masculino: martes 6 de junio de 2017, 18:00 horas

Cóctel y sorteo de regalos al finalizar.

**Lugar:** Instalaciones del Club Raqueta Valladolid. C/Padre José Acosta, 2 (Parque de las Contiendas)

**Características:** Inscripción individual Masculino y Femenino. Los emparejamientos se designarán por sorteo.

**Participación.** Pueden participar todos los Médicos, cónyuges e hijos hasta 25 años. Máximo 24 participantes cada jornada.

#### **PREMIOS**

A los dos primeros clasificados de cada categoría.

Premios especiales para Mutualistas de AMA.

#### **Inscripciones**

Por riguroso orden de inscripción en las oficinas del Colegio Oficial de Médicos, por teléfono (983 355488-983 351703) a través de la página web del Colegio ([www.medicosva.es](http://www.medicosva.es)) o enviando un e-mail [belen@medicosva.es](mailto:belen@medicosva.es)

El desarrollo de cualquiera de las competiciones queda supeditada a un número mínimo de inscripciones en cada categoría.

### **XXII FIESTA INFANTIL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE VALLADOLID**

**Celebración:** miércoles, 21 de junio de 2017. Salida del autocar desde la Plaza de Zorrilla a las 16:30 h. para regresar a las 20:30 horas.

**Instalación.** Ecomuseo “La huerta de Valoria”. Valoria del Alcor – Ampudia (Palencia).

**Participación.** Están invitados todos los hijos/as de Médicos, desde 6 hasta 12 años

#### **CONTENIDO**

- Corral doméstico, con actividad de montar a caballo.
- La huerta, incluye accionar el cigüeñal y la noria para sacar agua.
- El invernadero, con taller de siembra y repicado.
- Aula apícola, contiene visita a una colmena vestidos de apicultores.
- Merienda: pan con miel y almendras.

#### **Inscripciones**

Hasta el 14/06/17 en las oficinas del Colegio Oficial de Médicos, por teléfono al 983 355488 o en el 983 351703, enviando un e-mail a [belen@medicosva.es](mailto:belen@medicosva.es), o a través de la web del Colegio: [www.medicosva.es](http://www.medicosva.es).

El posible desarrollo de esta actividad queda supeditada a un número mínimo de inscripciones por parte de los colegiados (aproximadamente 40).

## ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ABRIL Y MAYO DE 2017

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
01 / 04	Reunión Mutual Médica, Barcelona	Presidente, Dr. José Antonio Otero
04 / 04	Reunión Comisión de Evaluación de Médicos Titulares Interinos	Representantes de la Junta Directiva, Dra. M <sup>a</sup> . Eugenia Fernández y Dr. Raúl de la Cruz
05 / 04	Reunión Pleno Junta Directiva	Miembros de la Junta Directiva
05 / 04	Reunión Comisión Deontológica	Miembros de la Comisión
05 / 04	Reunión VPC Colegio Médicos Zaragoza	Secretario General, Dr. José Luis Almuñí
11 / 04	Entrevista en la Cadena Ser	Presidente, Dr. José Antonio Otero
19 / 04	Reunión Concejalía de Participación Ciudadana Curso RCP	Presidente y Vocal de Médicos en Formación, Dr. Otero y Dra. Alicia Córdoba
20 / 04	Reunión Europensiones, Madrid	Representante del Colegio, Dr. José Ignacio Salmador
24 / 04	Premios Castilla y León	Presidente, Dr. José Antonio Otero
27 / 04	Congreso SEDAP, Toledo	Presidente, Dr. José Antonio Otero
28 / 04	Universidad Barcelona	Presidente, Dr. José Antonio Otero
04 / 05	Reunión Pleno Junta Directiva	Miembros de la Junta Directiva

**ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA  
DE ABRIL Y MAYO DE 2017**

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
08 / 05	Despedida MIR Hospital Clínico	Presidente, Dr. José Antonio Otero
09 / 05	Reunión Comisión de Evaluación de Médicos Titulares Interinos	Representantes de la Junta Directiva, Dra. M <sup>a</sup> . Eugenia Fernández y Dr. Raúl de la Cruz
11 y 12 / 05	Congreso Paime, Mallorca	Pdte. y Secretario Gral., Dres. Otero y Almudí
13 / 05	Asamblea General CGCOM, Mallorca	Presidente, Dr. José Antonio Otero
13 / 05	Reunión Secretario CGCOM, Mallorca	Secretario General, Dr. José Luis Almudí
16 / 05	Junta Gob. Csjo. Autonómico, Palencia	Presidente, Dr. José Antonio Otero
25 / 05	30 aniversario Hptal. Medina del Campo	Presidente, Dr. José Antonio Otero
27 / 05	Asamblea Representantes Médicos en Formación y Empleo Precario	Representantes de la Junta Directiva, Dra. Alicia Córdoba y Dr. Raúl de la Cruz
29 / 05	Recibimiento MIR Hospital Clínico	Presidente, Dr. José Antonio Otero
30 / 05	Reunión Comisión Gob. VPC, Madrid	Presidente, Dr. José Antonio Otero
31 / 05	Centenario Fundación Patronato Huérfanos, Madrid	Pdte. y Secretario Gral., Dres. Otero y Almudí

## Los médicos de Valladolid se actualizan para mejorar la calidad de vida de los pacientes con estados carenciales de hierro

*Cuatro especialistas se reunieron en el Colegio de Médicos para poner al día a sus compañeros acerca de los problemas más frecuentes a los que se enfrentan en este campo*



De izquierda a derecha: los Dres José María Monfa Bosch, y Daniel de Luis Román; la Dra. Ana Macho y los Dres. Francisco Javier Díaz Gálvez y Juan José López Gómez

El 22 de marzo, el Colegio de Médicos de Valladolid acogió una jornada sobre Actualización en estados carenciales de hierro, moderada por el Dr. Daniel de Luis Román, Jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico Universitario y Director del Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición de la Facultad de Medicina de Valladolid.

A lo largo de la tarde, los asistentes pudieron ponerse al día en temas como la 'anemia Ferropénica: diagnóstico y opciones de tratamiento' -ponencia ofrecida por el Dr. Francisco Javier Díaz Gálvez, del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Clínico-, la más frecuente de las anemias.

Y es que la falta de hierro es la carencia nutricional más frecuente a nivel mundial, afectando al 24% de la población general, siendo su incidencia en países

desarrollados de cerca de entre el 10 y el 20 por ciento y llegando al 40% en países subdesarrollados y hasta al 80% en algunos países muy pobres de Latinoamérica.

La Dra. Ana Macho, del Servicio Digestivo del Hospital Clínico, abordó el 'Manejo de la anemia en el pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal'. La deficiencia de hierro es una de las complicaciones que más se dan a la hora de tratar a los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

La alta frecuencia de valores bajos de hemoglobina en estos enfermos provoca en muchas ocasiones una infravaloración por parte del médico de esta circunstancia, lo que se traduce en la falta de un tratamiento eficaz.

Además, la complejidad de los mecanismos de producción de la anemia en la

enfermedad inflamatoria intestinal suele plantear dudas entre los profesionales médicos acerca del tratamiento más adecuado.

La identificación correcta de los pacientes con anemia, así como la instauración del tratamiento más idóneo, serán los dos pilares fundamentales para la mejoría de la calidad de vida de los pacientes.

La 'Malabsorción o falta de adherencia en la anemia y la cirugía bariátrica' fue cuestionada por el Dr. Juan J. López Gómez, del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico.

Como es sabido por los especialistas de este campo, tras una cirugía bariátrica, los pacientes deben recibir suplementos de hierro; sin embargo, estos son frecuentemente mal tolerados, por lo que los profesionales sanitarios han de tener presente que una corrección rápida y efectiva de los valores de hemoglobina puede requerir la administración de preparados de hierro por vía intravenosa.

El Dr. José María Monfa Bosch, del Servicio de Nefrología del Hospital Universitario Río-Hortega, fue el encargado de cerrar la jornada con una ponencia acerca de la 'Anemia en la insuficiencia renal y el papel de la ferroterapia', en la que explicó que la falta de suficiente cantidad de eritropoyetina (o EPO, una hormona que producen los riñones) es la causa es la causa más común de anemia e pacientes con insuficiencia renal.

Esta complicación es frecuente en la Enfermedad Renal Crónica y se asocia con una reducción de la calidad de vida de los pacientes. La administración de ferroterapia es la forma más común de tratar de corregir los niveles de EPO en estos casos, lo que consigue una mejora significativa y rápida de los pacientes que sufren este tipo de patologías crónicas.

## IX Jornada de Puertas Abiertas del Hospital Clínico Universitario

El pasado día 28 de marzo tuvo lugar con éxito la 9ª Jornada de Puertas Abiertas para futuros residentes del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. El hospital cuenta con una capacidad docente de 79 residentes de especialidades hospitalarias al año, más 15 de Medicina Familiar y 4 de enfermería familiar y comunitaria.

Esta vez, la reunión se celebró en el Palacio de Congresos Conde Ansúrez, anexo al hospital, contando con una gran aceptación y una participación similar la obtenida en ediciones anteriores.

La jornada fue inaugurada por el Gerente, Dr. Francisco Javier Vadillo, y también breves intervenciones de otras autoridades del centro y del Jefe de Estudios, y contó a continuación con la exposición de residentes de prácticamente todas las unidades docentes de entre las 37 acredi-



Algunos de los pósters explicativos que se pudieron ver durante la jornada

tadas en el área, tanto hospitalarias como de atención primaria del Área Sanitaria Valladolid Este. Asimismo, ha contado en

la propia sede con una exposición permanente de pósters explicativos de la mayoría de unidades docentes.



Consumo medio 3,9-4,3 (l/100 km) y emisiones de CO2 102-112 (g/km).

### Clase E Berlina. Inteligencia al servicio de las emociones.

Es hora de pensar menos y sentir más. Con un diseño sublime y lo último en sistemas de seguridad, esta berlina inteligente te mostrará el futuro de la conducción asistida. Déjate llevar a un nivel superior de seguridad y deportividad descubriendo una nueva escala de emociones al volante por 340€\* al mes en 48 cuotas (entrada 18.124,40€, cuota final 26.882,05€\*\*, TIN 7,75% TAE 8,55%). Y ahora con 3 años de garantía y 5 años de mantenimiento de regalo (Servicio Fidelity\*\*\*). **Equipamiento:** • Cambio Automático 9G-TRONIC • Línea Avantgarde • Llantas de aleación de 17" • Servofreno de emergencia activo • Piloto estacionamiento inc. PARKTRONIC • Faros LED High Performance • COMAND online.

\* Ejemplo de Financiación con Alternativa de Mercedes-Benz Financial Services España, E.F.C., S.A. -Avda. Bruselas 30- 28108 Madrid, para un Clase E 220 d Berlina con Cambio Automático 9G-Tronic.Línea Avantgarde Interior y Paquete Business Comand. PVP 51.728€ (Impuestos, transporte, bonificación de la marca y concesionario por financiar incluidos. Gastos de preentrega no incluidos). Válido para solicitudes aprobadas hasta el 30/06/2017, contratos activados y vehículos matriculados hasta el 31/08/2017, teniendo el cliente un plazo de 14 días hábiles para ejercer su derecho de desistimiento. Permanencia mínima de la financiación de 24 meses. Importe a financiar 33.603,60€. Por 340€ al mes en 48 cuotas, 20.000 kms/año y cuota final de 26.882,05€, entrada 18.124,40€, TIN 7,75%, comisión de apertura 504,05€ (1,50%), TAE 8,55%. Importe total adeudado 43.706,10€. Precio total a plazos 61.830,50€. \*\* Existen 3 posibilidades para la última cuota: cambiar el vehículo, devolverlo (según condiciones del contrato), o adquirirlo pagando la última cuota. \*\*\* Incluye mantenimiento integral hasta 100.000 km (incluido piezas de desgaste, excepto neumáticos). Modelo visualizado no corresponde con modelo ofertado.

Mercedes-Benz  
The best or nothing.



ADARSA

Concesionario Oficial Mercedes-Benz. Avda. de Burgos N° 57, 47009 Valladolid Tfno: 983-336 122. www.grupoadarsa.com

## GALARDONES DE LA VI CONVOCATORIA A LOS MEJORES CASOS CLÍNICOS DE MÉDICOS RESIDENTES 'PREMIO DR. D. MIGUEL GARCÍA MUÑOZ'

### Una recompensa al esfuerzo

*El Colegio de Médicos hace entrega, por sexto año consecutivo, de los galardones 'Dr. Miguel García Muñoz', que premian los mejores casos clínicos médicos y quirúrgicos de la provincia*

El pasado 4 de abril, el Colegio de Médicos de Valladolid hizo entrega de los galardones de la VI convocatoria de 'Premios a los Mejores Casos Clínicos de Médicos Residentes Dr. Miguel García Muñoz', Presidente de esta institución durante más de dos décadas y reconocido médico de Valladolid a quien cada año se dedica este acto como agradecimiento de una vida dedicada a la medicina y a los pacientes.

El acto, patrocinado por Banco Popular y Mutual Médica, contó con la presencia del Dr. Miguel Ángel Díaz, coordinador de Jurados; el Dr. Félix del Campo, coordinador del Jurado de casos Médicos; y el Dr. Alberto Verrier, coordinador del Jurado de casos Quirúrgicos, así como el resto de los miembros del comité-jurado calificador, y pretendió poner en valor el esfuerzo de los jóvenes médicos reconociendo sus trabajos como los mejores de la provincia en los campos médicos y quirúrgicos de entre los 265 presentados.

Así, los autores principales de los seis casos premiados recogieron sus diplomas de manos del Dr. Antonio Otero, Presidente del Colegio de Médicos, ante los aplausos de familiares, amigos y compañeros de profesión que quisieron apoyarles en este emocionante momento.

De los 189 casos presentados, *Neurosífilis: "Hay que andar Con ojo"* se alzó como el más destacado en la categoría de Casos Médicos. Su autora principal, Marta Para Prieto, MIR en Oftalmología del Servicio Oftalmología del Hospital Clínico Universitario, agradeció el reconocimiento que se les hacía tanto a ella como a sus compañeras y colaborado-

ras, Lucía Díaz Cabanas y María Rosalba Ramoa Osorio.

Marta Arribas Arceredillo, MIR en Pediatría y sus áreas específicas en el Hospital Universitario Río-Hortega, obtuvo el segundo premio por su trabajo *Incontinencia Pigmenti Neonatal*. María Cristina Valencia Soria, colaboradora en este caso junto a Nuria Díez Zamora, fue la encargada de recoger el galardón.

Verónica Rubio González, MIR-3 en Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Clínico Universitario recogió la placa que la identificaba, a ella y a Irene Andrés García, como autora y colaboradora del tercer premio al caso médico *Tuberculosis: el valor de la Investigación Epidemiológica*.

El trabajo de Rebeca Sigüenza González, MIR-3 de Radiodiagnóstico del Hospital Clínico Universitario y su *Enfermedad de castleman: el gran camaleón*,

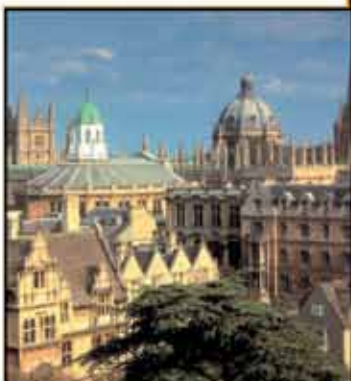
caso realizado con la ayuda de Teresa Álvarez de Eulate García y Ana Belén Gil Guerra quedó el primero de los 76 presentados al concurso en la categoría de Casos Quirúrgicos.

A Sara Mambrilla Herrero, MIR-4 en Cirugía General y del Aparato Digestivo del Servicio del HURH, su caso *Derivación mesocava como tratamiento de la hemorragia digestiva alta en paciente intervenida por colangiocarcinoma hiliar*, que realizó junto a Francisco Javier Tejero Pintor y Rosalía Velasco López, le valió el segundo puesto.

Por su parte, *Reconstrucción de defecto medial de mejilla mediante colgajo de avance-rotación*, de Esperanza Manrique Silva, MIR del Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología del Hospital Clínico Universitario, en colaboración con Marina Canseco Martín y Tamara Kueder Pajares, se hizo con el tercer premio.



De izquierda a derecha: D. Enrique Santos, de Mutual Médica (patrocinador de los premios); el Dr. Antonio Otero, Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid; Esperanza Manrique; Sara Mambrilla; María Cristina Valencia; D<sup>a</sup>. Concha Molpeceres, viuda del Dr. Muñoz; Marta Para; Rebeca Sigüenza; Verónica Rubio; y D<sup>a</sup>. Leticia del Río, de Banco Popular (patrocinador de los premios).



# 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

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](mailto:admin@queensgateschool.com)

## GALARDONES DE LA VI CONVOCATORIA A LOS MEJORES CASOS CLÍNICOS DE MÉDICOS RESIDENTES 'PREMIO DR. D. MIGUEL GARCÍA MUÑOZ'

### ABSTRACTS DE LOS TRES CASOS MÉDICOS PREMIADOS

#### Primer Premio

### Neurosífilis: “Hay que andar con ojo”



Marta Para Prieto

**Autora principal:**

MARTA PARA PRIETO, MIR Oftalmología. Servicio Oftalmología, H.C.U. Valladolid

**Colaboradores:**

LUCÍA DÍAZ CABANAS, MIR Oftalmología. Servicio Oftalmología, H.C.U. Valladolid y MARÍA ROSALBA RAMOA OSORIO, MIR Oftalmología. Servicio Oftalmología, H.C.U. Valladolid

**Tutor:**

DR. FÉLIX ALEXANDER MANCO LAVADO, Especialista en Oftalmología. Servicio Oftalmología, H.C.U. Valladolid

**CASO CLÍNICO:**

Varón de 51 años que acude al Servicio de Urgencias por visión borrosa progresiva en OI y leve hiperemia conjuntival ipsilateral.

En los antecedentes médicos destacaba la presencia de esteatosis hepática y el abuso de tabaco, alcohol y drogas.

**EXPLORACIÓN FÍSICA:**

La exploración física por aparatos no reveló ningún dato patológico.

La AV fue de 0,6 en ojo derecho (OD) y 0,16 en ojo izquierdo (OI). El examen con lámpara de hendidura reveló hiperemia conjuntival y reacción inflamatoria en cámara anterior y vítreo anterior de 2+/4 y una vitritis 2+/4+ con un foco de coriorretinitis en región temporal en OI.

**DIAGNÓSTICO:**

coriorretinitis focal de probable origen vírico

**EVOLUCIÓN y TRATAMIENTO:**

Se realizó un cuestionario diagnóstico de uveítis y resto de pruebas protocolizadas; se inició tratamiento con famciclovir oral y prednisona, con mejoría parcial. Los análisis definitivos revelaron: R.P.R. (+), TPHA (+), IgM Lúes (+), IBT pallidum (+), iniciándose tratamiento intravenoso con penicilina G sódica y confirmando los análisis de LCR la infección central por sífilis.

**DISCUSIÓN:**

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual que puede llegar a afectar el sistema nervioso central dando como resultado la neurosífilis, entidad poco frecuente en los países desarrollados, pero en aumento, debido probablemente a su coinfección el virus del VIH.

Las manifestaciones oculares de la sífilis se producen en menos del 10% de los casos, siendo excepcional la afectación ocular como primera y única manifestación, como es el caso que se presenta.

## GALARDONES DE LA VI CONVOCATORIA A LOS MEJORES CASOS CLÍNICOS DE MÉDICOS RESIDENTES 'PREMIO DR. D. MIGUEL GARCÍA MUÑOZ'

### ABSTRACTS DE LOS TRES CASOS MÉDICOS PREMIADOS

## Segundo Premio

### Incontinentia pigmenti neonatal

#### **Autora principal:**

MARTA ARRIBAS ARCEREDILLO, MIR Pediatría y sus áreas específicas. Servicio de Pediatría, H.U. Río Hortega Valladolid

#### **Colaboradores:**

MARÍA CRISTINA VALENCIA SORIA, MIR Pediatría y sus áreas específicas. Servicio de Pediatría, H.U. Río Hortega Valladolid y NURIA DÍEZ ZAMORA, MIR Pediatría y sus áreas específicas. Servicio de Pediatría, H.U. Río Hortega Valladolid

#### **Tutor:**

Dr. FÉLIX MORALES LUENGO, Adjunto de Pediatría y sus áreas específicas. Servicio de Pediatría, H.U. Río Hortega Valladolid



María Cristina Valencia Soria

**EXPOSICIÓN:** Se presenta recién nacida a término que ingresa en la Unidad de Neonatología a los 5 días de vida por lesiones cutáneas. Desde el nacimiento presenta lesiones pustulosas con aparición progresiva de costras melicéricas y lesiones verrugosas. El cuadro nos plantea el diagnóstico diferencial que incluye, entre otros: eritema tóxico, pustulosis neonatal, infecciones sistémicas y cutáneas, epidermolísis bullosa e incontinentia pigmenti (IP). Es fundamental hacer una completa historia clínica y exploración física junto con las pruebas complementarias correspondientes que nos ayuden al diagnóstico definitivo. **ANÁMNESIS:** Recién nacida de 5 días de vida de sexo femenino que es trasladada desde otro centro por lesiones pustulosas generalizadas desde su nacimiento. Mantiene en todo momento buen estado general, está afebril con adecuada ingesta. No asocia otra clínica acompañante.

**EXPLORACIÓN FÍSICA:** Buen estado general. Activa y vital. Bien perfundida. Exantema generalizado con micropústulas agrupadas, algunas en distribución lineal y también aisladas, todas sobre base eritematosa. Lesiones costrosas marrónáceas en EEII y EESS y placas con micropústulas en cuero cabelludo. Auscultación cardiaca: rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar: buena transmisión aérea bilateral y simétrica. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, sin masas ni megalias. Pulsos periféricos palpables y simétricos. Genitales femeninos normoconfigurados.

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se realizan durante el ingreso: analítica sanguínea (hemograma, bioquímica, coagulación, gasometría venosa, serologías), cultivo de las lesiones, ecografía cerebral, estudio de fondo de ojo y biopsia cutánea siendo además valorada por los Servicios de Oftalmología y Dermatología. **DIAGNÓSTICO:** Incontinentia pigmenti.

**EVOLUCIÓN:** La paciente es ingresada en la Unidad de Neonatología, presentando mejoría de las lesiones cutáneas y dándose de alta a los 8 días de vida sin diagnóstico definitivo. En revisiones posteriores se objetiva aumento de las lesiones cutáneas con lesiones costrosas de componente verrugoso y micropústulas. El resultado de la biopsia junto con las características de las lesiones y su evolución confirman el diagnóstico de IP por lo que se procede a la ampliación del estudio y valoración multidisciplinar fundamentalmente por parte de oftalmología, dermatología y neurología infantil.

**DISCUSIÓN:** La IP es un trastorno neurocutáneo raro, de etiología genética asociada a mutaciones en el gen IKBKG, con herencia dominante ligada al X. Tiene una presentación clínica de manifestaciones muy variables detectadas desde la etapa neonatal, con 3 estadios bien definidos en forma secuencial y cada uno de estos con un diagnóstico diferencial distinto. Destacamos que ante el diagnóstico de IP es importante el estudio familiar y el manejo multidisciplinario por las complicaciones neurológicas y oculares así como el necesario asesoramiento genético a la familia.

## GALARDONES DE LA VI CONVOCATORIA A LOS MEJORES CASOS CLÍNICOS DE MÉDICOS RESIDENTES 'PREMIO DR. D. MIGUEL GARCÍA MUÑOZ'

### ABSTRACTS DE LOS TRES CASOS MÉDICOS PREMIADOS

#### Tercer Premio

### “Tuberculosis: el valor de la investigación epidemiológica”



Verónica Rubio González

**Autor principal:**

VERÓNICA RUBIO GONZÁLEZ, MIR-3 Medicina Preventiva y Salud Pública. H.C. Universitario Valladolid

**Colaboradora:**

IRENE ANDRÉS GARCÍA, MIR-3 Medicina Preventiva y Salud Pública. H.C. Universitario Valladolid

**Tutora:**

Dra. CLARA BERBEL HERNÁNDEZ, Jefa de la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad.

**EXPOSICIÓN:**

En un corto periodo de tiempo se recibe, en la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad, la notificación de tres casos de tuberculosis en niños menores de 6 años.

Los casos de tuberculosis infantil requieren un minucioso estudio de contactos para conocer cuál es la fuente de infección. Ante la reciente aparición de estos casos, se consideró la posibilidad de que estuvieran relacionados.

Se llevó a cabo una laboriosa labor de investigación epidemiológica y se diseñó el clásico estudio de contactos en círculos concéntricos en el entorno más próximo de los niños.

**PRUEBAS:**

Se realizaron pruebas diagnósticas tales como la prueba de Tuberculina o Mantoux, Quantiferón y/o radiografía de tórax siguiendo el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León.

**DIAGNÓSTICO:**

En el trabajo aquí expuesto, finalmente se descubrió la relación entre dos de los casos. Se identificó el caso índice bacilífero, completando así un complejo estudio de contactos.

**EVOLUCIÓN y TRATAMIENTO:**

Dentro del control y prevención de la tuberculosis, el estudio de contactos es una de las actividades más relevantes. Su principal objetivo es controlar y detener la propagación de la infección o enfermedad tuberculosa entre la población, resultando imprescindible una correcta y detallada investigación epidemiológica.

## GALARDONES DE LA VI CONVOCATORIA A LOS MEJORES CASOS CLÍNICOS DE MÉDICOS RESIDENTES 'PREMIO DR. D. MIGUEL GARCÍA MUÑOZ'

### ABSTRACTS DE LOS TRES CASOS QUIRÚRGICOS PREMIADOS

#### Primer Premio

### Enfermedad de Castleman: el gran camaleón

#### Autor principal:

REBECA SIGÜENZA GONZÁLEZ, MIR-3 Radiodiagnóstico, H.C. Universitario Valladolid

#### Colaboradores:

TERESA ÁLVAREZ DE EULATE GARCÍA, MIR-3 Radiodiagnóstico, H.C. Universitario Valladolid y ANA BELÉN GIL GUERRA, MIR-2 Radiodiagnóstico, H.C. Universitario Valladolid

#### Tutora:

DRA. M<sup>a</sup> ROSA LÓPEZ PEDREIRA, LEA. Adjunta Servicio Radiodiagnóstico. H.C. Universitario Valladolid.



Rebeca Sigüenza González

#### EXPOSICIÓN:

Mujer de 37 años, en estudio por presencia de un lipoma axilar. Hallazgo incidental de masa mediastínica.

#### ANAMNESIS:

Antecedentes personales: Quimioprofilaxis anti-tuberculosis (TBC) por existencia de contacto familiar, diagnóstico de déficit del factor XI de la coagulación. Asintomática. **EXPLORACIÓN FÍSICA:**

Lipoma axilar derecho.

#### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Analítica: Normal / Radiografía y TC de tórax: Masa localizada en mediastino medio-posterior / Biopsia con aguja gruesa (BAG) de la masa y broncoscopia: No diagnósticas / Biopsia quirúrgica (inicialmente videotoracosopia): Masa muy friable que con la movilización presenta sangrado arterial abundante, se decide reconvertir la intervención a toracotomía. Se desestima biopsiar la masa, en su lugar se extirpan 3 adenopatías prevasculares / Anatomía patológica: Enfermedad de Castleman forma mixta.

**DIAGNÓSTICO** - Enfermedad de Castleman. **EVOLUCIÓN** - Durante su hospitalización precisa transfusión de 2 concentrados de hematies. Es dada de alta días después, asintomática y totalmente estable hemodinámicamente. Se solicita consulta para el servicio de hematología. **TRATAMIENTO** - Tratamiento inmunoterápico sin obtención de respuesta. Se administra radioterapia externa mostrando la paciente buena tolerancia y respuesta a la misma.

#### DISCUSIÓN:

La enfermedad de Castleman es un trastorno linfoproliferativo con múltiples manifestaciones clínico-radiológicas, que afecta a cualquier región corporal y puede simular procesos benignos y malignos. Se denomina "la gran imitadora". Existe una clasificación morfológica (unicéntrica versus multicéntrica) y otra histológica (hialino-vascular versus plasmocelular). El diagnóstico definitivo es histológico, sin embargo, las pruebas de imagen complementarias pueden facilitar el diagnóstico radiológico pre-biopsia. El tratamiento incluye tratamiento quirúrgico en la forma unicéntrica y terapia con esteroides/quimioterápicos en la multicéntrica.

## GALARDONES DE LA VI CONVOCATORIA A LOS MEJORES CASOS CLÍNICOS DE MÉDICOS RESIDENTES 'PREMIO DR. D. MIGUEL GARCÍA MUÑOZ'

### ABSTRACTS DE LOS TRES CASOS QUIRÚRGICOS PREMIADOS

## Segundo Premio

# Derivación mesocava como tratamiento de la hemorragia digestiva alta en paciente intervenida por colangiocarcinoma hiliar



Sara Mambrilla Herrero

#### Autora Principal:

**SARA MAMBRILLA HERRERO**, MIR-4 Cirugía General y del Aparato Digestivo. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. H.U. Río Hortega Valladolid

#### Colaboradores:

**FRANCISCO JAVIER TEJERO PINTOR**, MIR-1 Cirugía General y del Aparato Digestivo. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del H.U.R.H y **ROSALÍA VELASCO LÓPEZ**, MIR-5 Cirugía General y del Aparato Digestivo. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del H.U.R.H

#### Tutor:

**DR. DAVID PACHECO SÁNCHEZ**, Médico Adjunto del Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo del H.U.R.H

#### EXPOSICIÓN:

Mujer de 65 años, acude a servicio de urgencias por hemorragia digestiva alta.

#### ANAMNESIS:

Antecedentes de hipotiroidismo, vitíligo y osteoartritis. Intervenida un año antes por colangiocarcinoma biliar tipo IIIa, con anastomosis de la vena porta izquierda al tronco portal.

#### EXPLORACIÓN FÍSICA:

TA: máxima hipotensión 56/38 y E.F. Abdominal: depresible, discreto dolor a la palpación difusa, ruidos hidroaéreos conservados

#### PRUBAS COMPLEMENTARIAS:

Gastroscoopia: Esófago: 4 cordones varicosos con erosiones, sin sangrado activo. Se colocan 5 bandas / Eco doppler. Arteria intrahepática izquierda y propia, permeables. Vena porta izquierda intrahepática con flujo enlentecido de 9 cm/segaprox. Esplenomegalia / AngioTC abdominal: Mala visualización de tercio distal de rama izquierda de vena porta permeable, sugestivo de trombosis, signos de circulación colateral / Portografía directa transhepática: sugestiva de trombosis de tronco portal sin poder acceder al mismo para reperfusión intervencionista.

**DIAGNÓSTICOS** - Colangiocarcinoma IIIa. Hemorragia digestiva alta por varices. Trombosis portal. **TRATAMIENTO** - Tras su estabilización hemodinámica y estudio posterior se decide intervención para derivación porto-sistémica. Se realiza shunt meso cava, con prótesis anillada de Gore-Tex. Se completa la cirugía con esplenectomía. **EVOLUCIÓN** - Evolución favorable, siendo dada de alta con tratamiento con cumarínicos y vacunación postquirúrgica.

#### DISCUSIÓN:

Las cirugías derivativas porto sistémicas disminuyeron tras la aparición de derivación transyugular intrahepática portosistémica (TIPS). Es una cirugía técnicamente exigente que se reserva actualmente a pacientes en las que como es nuestro caso, su resolución mediante radiología intervencionista está dificultado.

## GALARDONES DE LA VI CONVOCATORIA A LOS MEJORES CASOS CLÍNICOS DE MÉDICOS RESIDENTES 'PREMIO DR. D. MIGUEL GARCÍA MUÑOZ'

### ABSTRACTS DE LOS TRES CASOS QUIRÚRGICOS PREMIADOS

## Tercer Premio

# Reconstrucción de defecto medial de mejilla mediante colgajo de avance – rotación

#### **Autora principal:**

ESPERANZA MANRIQUE SILVA, MIR Servicio de Dermatología Médico - Quirúrgica y Venereología. H.C. Universitario Valladolid

#### **Colaboradores:**

MARINA CANSECO MARTÍN, MIR Servicio de Dermatología Médico - Quirúrgica y Venereología. H.C. Universitario Valladolid y TAMARA KUEDER PAJARES, MIR Servicio de Dermatología Médico - Quirúrgica y Venereología. H.C. Universitario Valladolid

#### **Tutora:**

DRA. CARMEN DELGADO MUCIENTES, Médico Adjunta Servicio de Dermatología Médico - Quirúrgica y Venereología. H.C. Universitario Valladolid



Esperanza Manrique Silva

#### **INTRODUCCIÓN:**

La mejilla supone un reto quirúrgico ya que se debe procurar conservar la funcionalidad sin distorsionar el pliegue palpebral además de minimizar el impacto estético de la cicatriz.

#### **CASO CLÍNICO:**

Mujer 90 años. Presenta tumoración en mejilla izquierda de un año de evolución. Lesión de bordes bien definidos, cupuliforme, 4 cms de diámetro. Levemente dolorosa a la palpación, poco móvil y poco adherida. No infiltraba mucosa yugal. No adenopatías.

#### **PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:**

Extirpación del tumor. Cierre del defecto mediante colgajo de avance - rotación lateral de mejilla por encima del arco cigomático. Se levanta colgajo en plano superior al sistema músculo aponeurótico superficial (SMASH). Sutura por planos.

Se realizan puntos de anclaje al periostio del reborde infraorbitario para prevenir posterior ectropión. Estudio histopatológico: Carcinoma escamoso bien diferenciado microinvasor. No complicaciones postoperatorias. Resultado cosmético como funcional satisfactorio.

#### **DISCUSIÓN:**

En nuestro caso el principal reservorio tisular se encontraba en la subunidad lateral de la mejilla, por lo cual se realizó un colgajo de avance – rotación de mejilla. Las complicaciones de la reconstrucción de la mejilla son la necrosis del colgajo, el efecto “trampilla” y el ectropión posquirúrgico.

En conclusión el colgajo de avance - rotación lateral de la mejilla permitirá realizar una adecuada cobertura de defectos amplios a dicho nivel, así como de la región infraorbitaria, por lo cual este colgajo será una de las técnicas preferidas al momento de reconstruir defectos amplios en las áreas antes mencionadas.

## Reumatología Pediátrica: necesidad de una formación específica de todos los pediatras

*Escrito por la Dra. Elena Urbaneja Rodríguez, del Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universitario de Valladolid*

Los pasados días 5 y 6 de abril se celebraron en nuestro Colegio de Médicos las "Primeras Jornadas de Reumatología Pediátrica" realizadas en nuestra provincia, que contaron con el aval científico de la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica (SERPE), con el objetivo de actualizar y afianzar conceptos generales sobre esta subespecialidad pediátrica, fundamentalmente entre pediatras de Atención Primaria y residentes de Pediatría. En dichas Jornadas colaboraron varios pediatras y una oftalmóloga especializados en este campo, de reconocido prestigio nacional, y se contó con la participación de más de 100 asistentes provenientes fundamentalmente de Valladolid, aunque también del resto de provincias de Castilla y León, así como de Madrid y Galicia; hecho que puso de manifiesto el interés creciente que existe sobre la Reumatología Pediátrica y la escasa formación especializada que tradicionalmente se ha impartido sobre esta materia.

Para poder entender el porqué de estas Jornadas y el estado actual de este campo, es necesario hacer una breve reseña histórica a dicha subespecialidad pediátrica. Aunque Still ya en 1897 describió por primera vez el cuadro de artritis en la infancia, la Reumatología Pediátrica nació en torno a los años 50 del pasado siglo, tanto en EE.UU. como en Europa. Durante varias décadas los pediatras y reumatólogos que atendían a estos niños empezaron a notar que las artritis pediátricas se comportaban de forma diferente a la artritis reumatoide del adulto, y se comenzó a rechazar el concepto de que los niños con estas patologías fueran tratados como "adultos pequeños", siendo este el punto de inflexión que indicó la necesidad de una formación específica en dicho campo. Así fue como en 1976 en EE.UU. (Utah) se desarrolló la primera reunión de Reumatología Pediátrica, la "ARA Conference on the

Rheumatic Diseases of Childhood", que supuso el inicio de esta especialidad, proceso que culminó en 1992 en EE.UU. con su reconocimiento oficial. Dos años después, en 1994, fue reconocida en Reino Unido y posteriormente en otros países europeos, hechos que desembocaron en la creación en 1997 de la Paediatric Rheumatology European Association (PRES). Fue en 1998 cuando en España se creó la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica (SERPE), constituyendo actualmente un área de capacitación específica pediátrica reconocida en el Libro Blanco de las Especialidades Pediátricas publicado en 2011 por la Asociación Española de Pediatría (AEP).

Por tanto, la Reumatología Pediátrica es una especialidad pediátrica consolidada y dedicada a los trastornos médicos del aparato locomotor en la infancia y al estudio y seguimiento de las enfermedades sistémicas en las que está involucrado el sistema músculo-esquelético, como las conectivopatías y las enfermedades autoinflamatorias. Aunque actualmente existen más de 100 enfermedades reumáticas infantiles, una de ellas, la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática crónica más frecuente en la edad pediátrica y una importante causa de morbilidad infantil, con una prevalencia estimada de 16-150 casos/100.000 niños e incidencia de 1,6-23 casos/100.000 niños, según los últimos estudios publicados.

Estas enfermedades se caracterizan de forma general por tener un comienzo lento e insidioso, con síntomas difíciles de valorar y que a veces se solapan con los de otras patologías, ocasionando una demora diagnóstica y una importante alteración en la calidad de vida del paciente. Por todo esto, es fundamental que los pediatras de Atención Primaria y los futuros especialistas en Pediatría



La Dra. Elena Urbaneja

conozcan bien esta disciplina y sepan identificar, de forma precoz, a los niños que necesitan valoración en centros especializados, para posibilitar el inicio de un tratamiento adecuado de forma temprana que permita mejorar el pronóstico de estas enfermedades, objetivos que fueron la base de la creación de estas Jornadas.

En el Hospital Clínico Universitario de Valladolid dicha consulta tiene una larga andadura y desde la década de los 70 se puso en marcha bajo el impulso del Dr. Sánchez Villares, inicialmente con el Dr. Blanco Quirós y posteriormente con la Dra. Solís Sánchez hasta finales del año 2014. Actualmente se atienden a unos 60 niños con Artritis Idiopática Juvenil procedentes de todo Valladolid, así como a numerosos niños diagnosticados de otras enfermedades reumáticas infantiles (otras artritis, conectivopatías, vasculitis, enfermedades autoinflamatorias, uveítis y otras causas de dolor músculo-esquelético) y a pacientes pediátricos con alteraciones inmunológicas.

Espero que estas Jornadas abran el paso a una nueva era en el manejo de la patología reumática en los niños de nuestra provincia y se lleven a cabo de forma periódica, con el apoyo del Servicio de Pediatría del Hospital Clínico y la Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León.

## Preguntar siempre será de sabios

*Una veintena de personas con diferentes discapacidades participaron en Valladolid en la jornada 'Hoy pregunto yo', en la que plantearon cuestiones entre las que destacó la necesidad de una mejor accesibilidad cognitiva en los hospitales*

¿Por qué los médicos no se dirigen a nosotros y sí a nuestro acompañante? ¿Por qué los hospitales son tan poco accesibles que nos perdemos en ellos? ¿Estudian en la carrera alguna asignatura sobre qué es y los tipos de discapacidad intelectual? Estas fueron algunas de las preguntas más repetidas en el encuentro que tuvo lugar en el Colegio de Médicos de Valladolid el pasado 7 de abril con motivo del Día Mundial de la Salud, que fueron contestadas por el Dr. Carlos del Pozo, la Dra. Celia Valdivieso y el Dr. Antonio Otero, Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid.

Bajo el título "Hoy pregunto yo" invitados de todas las entidades que se integraron en esta actividad -Centro Padre Zegri, Centro San Juan de Dios, Fundación Personas y Futudis-, acompañaron a la veintena de personas con diferentes discapacidades que dieron buena cuenta de sus necesidades y cuestiones, entre las que destacó la petición de una mejor accesibilidad cognitiva en los hospitales para "no perderse por los pasillos"; demanda de la que todos tomaron buena nota para trasladarla al área correspondiente de la Consejería de Sanidad.

Junto a este acto, otros siete más se celebraron simultáneamente en las diferentes provincias de Castilla y León a lo largo de la mañana. Todos los encuentros tuvieron un denominador común: conocerse mejor y trabajar juntos en propuestas de mejora para ayudar a médicos y pacientes.

Como punto de partida se entregó a todos los profesionales de salud un decálogo que recoge pautas para mejorar la comunicación entre sanitarios y personas con discapacidad intelectual que podría resumirse en una atención más personalizada acorde a las necesidades de cada uno.

Esta acción se enmarca en el trabajo que realiza 'Plena Inclusión Castilla y León' en el área de la comunicación y de la salud de las personas con discapacidad intelectual. Cuestiones como la comunicación médico-paciente, el tiempo "extra" de atención en la consulta necesario, la reducción del tiempo de espera para consulta, el acompañamiento por familiares o personal de apoyo durante la realización de pruebas especializadas, la atención adecuada y "en tiempo" en los servicios de urgencias, las necesidades detectadas en salud bucodental, o la relevancia de una adecuada intervención en los servicios de salud mental son algunas de las cuestiones prioritarias para la Federación.

Algunas de las peticiones que esta institución hace a nuestro Sistema Nacional de Salud y a las asociaciones profesionales pasan porque existan unos criterios claros y comunes, un sistema de información y derivación de casos para el estudio genético, y un asesoramiento genético familiar de personas con trastornos del desarrollo en general que no sea exclusivo para niños.

Junto a ello, reclama también que se indague si en las diferentes comunidades autónomas de este país existen protocolos para la derivación de casos de discapacidad intelectual y trastorno del espectro autista a estudios genéticos familiares.



De izquierda a derecha: el representante de 'Plena Inclusión', el Dr. del Pozo, la Dra. Valdivieso y el Dr. Otero durante la jornada 'Hoy Pregunto Yo'.

## Lecciones que salvan vidas

Dra. Alicia Córdoba Romero, Representante de Médicos en Formación y/o Postgrado del Colegio de Médicos y organizadora de la campaña de RCP "Sólo con tus manos".



Firma del convenio

El día 19 de abril se firmó un convenio para la campaña de RCP "Sólo con tus manos" organizada por el Ayuntamiento y el Colegio de Médicos de Valladolid, en el que participaron la Concejala de Educación, Infancia e Igualdad, María Victoria Soto, el Concejal de Participación Ciudadana, Juventud y Deportes, Alberto Bustos, el Presidente del Colegio de Médicos el Dr. José Antonio Otero y la Representante de Médicos en formación y/o posgrado del Colegio de Médicos la Dra. Alicia Córdoba.

Esta campaña, con la que colabora la Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León y la Sociedad Castellano-Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria, va dirigida a alumnos de 5º y 6º de Educación Primaria de los Colegios de Valladolid y nuestro objetivo, tras treinta minutos de teoría y hora y media de práctica con los muñecos, es que los alumnos aprendan a identificar una situación de parada cardiorespiratoria, de inconsciencia y de atragantamiento y saber actuar en cada situación, aprendiendo a realizar las maniobras de RCP de forma precoz y de calidad.

Aprender estas maniobras son de vital importancia ya que la probabilidad de supervivencia tras un paro cardíaco disminuyen hasta un 10% por cada

minuto que pasa hasta que se inicia la RCP, de ahí que estos conocimientos deban extenderse a toda la población.

Los encargados de impartir los cursos somos un grupo de médicos y enfermeros de diversos centros de salud, de ambos hospitales y del 112. Además contamos con la colaboración de algunos alumnos de la Facultad de Medicina. Todos ellos son los que hacen posible que la campaña, que comenzó en febrero, cuente ya con 1170 alumnos instruidos hasta la fecha

actual, y que hayamos acudido a un total de 16 colegios.

Por ello, gracias a todos los que de una forma u otra participáis en este proyecto.

Gracias al Colegio de Médicos y al Ayuntamiento de Valladolid por hacer posible este convenio, gracias a las sociedades científicas que colaboráis, y sobre todo gracias a vosotros por venir en vuestros salientes de guardias, en vuestros días libres, por venir a los cursos y luego tener que correr para comer y entrar en vuestros turnos de trabajo.

Gracias por hacerlo de forma totalmente altruista. Gracias por la ilusión que demostráis, por vuestra disponibilidad y por las facilidades que ponéis con cada curso organizado. Gracias por vuestro apoyo y por vuestro compromiso. Gracias porque la actividad está siendo valorada muy positivamente gracias al esfuerzo que realizáis.

Por eso y mucho más gracias, gracias y mil veces gracias, porque realmente sois vosotros los que hacéis posible esta campaña



Los profesionales encargados de hacer posible esta iniciativa

## Consejos para mejorar la vida de pacientes con Lupus

*El Colegio de Médicos de Valladolid acogió el 10 de mayo una mesa redonda donde cuatro especialistas repasaron aspectos como la alimentación, el tabaquismo, el deporte y la fotoprotección en la vida de personas que sufren esta enfermedad autoinmune*

El 10 de mayo tuvo lugar, en el Colegio de Médicos, una mesa redonda sobre los hábitos de vida saludable en el Lupus y otras enfermedades autoinmunes con motivo de la celebración del Día Mundial del Lupus. A la misma acudieron la Dra. Julia Barbado, médica Internista del Hospital Clínico Universitario; el Dr. Ernesto Domingo Candau, médico rehabilitador del Hospital del Río-Hortega de Valladolid; la Dra. Pilar Manchado, médica dermatóloga del Hospital Clínico Universitario; y el Dr. Pablo Rebollo, médico psicoterapeuta de la Asociación Española Contra el Cáncer.

Estos cuatro especialistas hicieron una clara exposición de lo que supone para un paciente vivir con esta enfermedad y ser conscientes de que, como pacientes crónicos, han de tener unos cuidados algo más especiales que otras personas a la hora de hablar de alimentación, deporte, fotoprotección o el tabaquismo.

El Lupus Eritematoso Sistémico es, hoy por hoy, una enfermedad incurable del sistema inmunitario, una condición por la cual el mecanismo de defensa de nuestro organismo comienza a atacarse a sí mismo

creando un exceso de anticuerpos en el torrente sanguíneo que causan inflamación y dañan las articulaciones, los músculos y otros órganos.

Desgraciadamente, en la actualidad no existe cura para el LES, por lo que el objetivo del tratamiento médico del mismo es el control de los síntomas. Los síntomas varían mucho de un paciente a otro, pero los más conocidos y visibles afectan a la piel y lo sufren el 90% de los pacientes.

Por este motivo, los pacientes con Lupus han de ser especialmente cuidadosos al hablar de la fotoprotección. Estos suelen presentar fotosensibilidad a la radiación UVB, las longitudes de onda de la luz visible, pero fundamentalmente a la radiación UVA. Las manifestaciones cutáneas del LE inducidas por la radiación UV incluyen desde eritema persistente hasta lesiones bullosas. El inicio del desarrollo de las lesiones después de la exposición a la radiación UV puede producirse en un plazo de entre algunos días y tres semanas y las lesiones pueden observarse durante meses.

Una alimentación nutritiva es fundamental para tratar el Lupus, ya que puede disminuir las posibilidades de los estallidos de la enfermedad. Alimentarse de forma saludable reduce la inflamación y puede reducir el riesgo de inflamación, por lo que alimentos como las grasas omega-3 de origen animal, el ajo, el té, los vegetales de hoja verde o las grasas saturadas con muy recomendables en las dietas de personas que padecen esta enfermedad.

De la misma forma en la que los alimentos saludables pueden disminuir los efectos negativos que el lupus provoca en quienes lo sufren, los alimentos dañinos pueden aumentarlos, por lo que los pacientes que sufren esta patología deberían evitar las grasas trans, la sal, el alcohol o el café.

Durante esta mesa redonda también se habló mucho de las virtudes del deporte para pacientes de Lupus, entendiendo el ejercicio como una actividad moderada y consensuada con los médicos.

La práctica de ejercicio puede obrar mejoras notables en estos pacientes, ya que mejorar la rigidez de músculos y articulaciones, aumenta la capacidad de movimiento, mejora el estado de ánimo, reduce el estrés, aumenta la fuerza de los músculos, reduce la fatiga y puede controlar efectos secundarios de ciertos medicamentos.

Al hablar del tabaco se hizo un especial hincapié en la importancia de eliminar el tabaquismo entre los pacientes de este tipo. El tabaco es un riesgo en el desarrollo de enfermedades autoinmunes. Las personas con lupus tienden a desarrollar enfermedades cardiovasculares antes que el resto de la gente. Es más, es una causa de muerte en estos pacientes. Por ello es fundamental concienciarles de la relevancia que tiene el que se cuiden en este sentido.



La Dra. Manchado, el Dr. Rebollo, el Dr. Marugán (Vicepresidente del Colegio de Médicos de Valladolid), la Dra. Barbado y el Dr. Domingo durante la mesa redonda dedicada al Lupus

## A la memoria del Dr. Julio Galindo

Por D. Gregorio Sanz

*El 5 de mayo se celebró, en el Colegio de Médicos de Valladolid, una jornada sobre problemas cotidianos de clínica visual, organizada por la Sociedad de Oftalmología Castellano Leonesa. Esta jornada, sirvió como homenaje a quien fuera su presidente durante más de dos décadas*



El Dr. Galindo

Es difícil cuantificar los sentimientos, entre ellos el de la amistad, por lo que podría existir algún otro amigo que se considerara con mayor derecho para realizar esta intervención. Pero si nos atenemos al tiempo que hemos podido disfrutar ocupando un pequeño rincón en la vida de Julio, será muy difícil que alguien pueda disputarme el número uno en antigüedad.

Era un día de octubre de 1957, a eso de las 9 de la mañana, y Julio, próximo a cumplir 10 años, acababa de salir de su casa en Plaza de los Leones de Castilla nº 9, con sus rizos chorreando colonia, agarrado de la mano de su madre María Luisa camino del Colegio de San José para tomar posesión de uno de los pupitres de las clases de Primer Curso de Bachillerato. Sin duda experimentaría la emoción de comenzar una importante etapa vital, en un nuevo Colegio, con nuevos compañeros, aunque no todos

serían desconocidos porque era previsible que alguno de los antiguos compañeros del Colegio LACOME se hubiera decidido también a cursar el Bachillerato en el San José. El mismo día y a la misma hora, yo había salido de mi casa situada a unos 100 metros de la de Julio, y caminaba por los portales de Cebadería con análogo propósito, después de haber alegrado la vista con la contemplación de los abisinios ordenadamente expuestos tras las cristaleras de la confitería de Adriano Polo. Esta escena se repetiría los días siguientes, hasta que María Luisa, observando la reiteración de la coincidencia en el camino, tomó la iniciativa de proponerme que me uniera a ellos para hacer juntos el trayecto.

Poco a poco María Luisa fue confiando en nuestro comportamiento como peatones, y hacia la mitad de la calle Fray Luis de León decidió que podría dejarnos caminar solos los últimos metros que faltaban para llegar a la puerta del San José. Poco después consideró que era innecesario acompañarnos más allá de la tienda de Justo Muñoz, en la Fuente Dorada, y por último que bastaba con despedirnos desde un balcón. Y así empezamos a conocernos y a compartir muchos ratos felices de aquella infancia y la primera juventud.

Es verdad que durante los recreos escolares no siempre compartíamos actividades porque, a causa de las iniciales de nuestros apellidos, Julio estaba encuadrado en la Sección B y yo en la Sección D.

No pasó mucho tiempo hasta que un día, seguramente a instancia de María Luisa, Julio me invitó a ir a su casa para que compartiera con él los juegos de los que disponía. Y yo quedé deslumbrado por

su tren eléctrico, pero sobre todo por el MECCANO, que exigía capacidad de análisis y habilidad para lograr la construcción de tantos y tantos modelos como era posible ejecutar.

El MECCANO era un juego modulado en niveles del 0 al 7. Creo que cuando conocí a Julio tenía el nivel 3, y había que convencer a los Reyes Magos para que tuvieran el detalle de regalar la Caja 3A, que contenía las piezas complementarias para alcanzar el nivel 4. Y así sucesivamente, hasta que algunos años después pudimos disfrutar del nivel 7. Lo divertido del MECCANO era que se podían construir no sólo objetos estáticos, sino cosas que se podían hacer funcionar: grúas elevadoras de diferentes tipologías (grúas torre, de pluma inclinada, de puerto, etc), norias, vehículos con dirección articulada... Pero lo que más le gustaba a Julio, más que copiar los modelos propuestos por el fabricante, era crear sus propias estructuras mecánicas a imitación de las existentes en la vida real. Y así un día me sorprendió al diseñar y construir un diferencial de automoción digno de ser admirado. Las tardes de juego con el MECCANO tenían otro aliciente, que eran las meriendas a base de café o Cola Cao, a elegir, acompañado de galletas, y complementado con algún dulce típico, no faltando nunca los mantecados de Portillo y los renombrados polvorones marca Toro de la Vega, made in Tordesillas. Algunos de los descansos los empleábamos en hojear la amplia colección de tebeos, aunque yo prefería los de El Capitán Trueno y Hazañas Bélicas, en casa de Julio los disponibles eran los de Superman, Batman y otros superhéroes.

Pocos años después comenzó la afición a la bicicleta, con vehículos y vestuario que en nada se parecen a los utilizados hoy. Bicicletas rudimentarias y vestuario y calzado de calle, pero lo suficientemente usados como para nuestras madres no nos riñeran si se echaban a perder. Así hicimos multitud de kilómetros por la carretera del Pinar de Antequera, por el Camino Viejo de Simancas, por la carretera de las Maricas. Y comenzaron los primeros escarceos con la motorización haciendo uso de una VELOSOLEX que creo que utilizó su hermana María Luisa, pero que estaba a disposición de Julio siempre que la necesitaba. Era un ciclomotor muy sencillo que no era otra cosa que una bicicleta con un pequeño motor sobre la rueda delantera. Gracias a ella pudimos aumentar el radio de acción de nuestros desplazamientos, relevando al ciclista agotado que podía hacer unos kilómetros descansando sobre la VELOSOLEX.

En el año 1962, Julio tenía entonces 14 años, D. Romualdo cambió su antiguo SEAT 600 por un, entonces moderno, RENAULT GORDINI, creo que gris plateado, con matrícula VA-17562. Y puedo decir el número de matrícula sin ningún error, haciendo uso de la regla nemotécnica que Julio gustaba de explicar para que no olvidáramos su matrícula. Regla válida sólo para el año 1962 pero que ha resultado eficaz durante 55 años. Viví el primer contacto de Julio con las cuatro ruedas practicando con el GORDINI en las explanadas del Pinar de Antequera, aprendiendo a cambiar de marcha, a rodar marcha atrás, a circular por caminos abiertos entre los pinos, todo ello bajo la mirada atenta, y quizás algo recelosa, de D. Romualdo, y la sonriente y satisfactoria de María Luisa.

Porque claro, Julio no se conformaba con manejar él el coche, sino que estaba muy interesado en que la experiencia que él había adquirido fuera aprovechada por los que le rodeaban. Y ahí me tenéis, al volante del GORDINI, haciendo las maniobras que Julio me proponía, y a la vez atento a cualquier gesto de desaprobación por parte de su padre.

La afición al motor ha sido una constante en la vida de Julio, de la que me contagié con enorme facilidad. La diferencia

entre ambos estaba en que yo me conformaba con la práctica, pero él disfrutaba empollándose todos los artículos técnicos de las revistas de la materia y estaba al día de todas las innovaciones técnicas que aportaba el mercado. Paradójicamente siempre fue muy austero a la hora de hacerse con un vehículo. Elegía el vehículo por su funcionalidad, por su aptitud para satisfacer sus necesidades como usuario, por su durabilidad, por su economía de funcionamiento.

Nunca olvidaré un verano en el que, desde Valladolid íbamos a viajar los cuatro de mi familia hasta Cádiz para una estancia de unos 10 ó 15 días. Eran unas fechas de elevadas temperaturas y por entonces la mayoría de los vehículos, el mío entre ellos, no disponían de aire acondicionado. Julio no permitió que hiciéramos el viaje en nuestro coche y nos obligó a viajar en el suyo, que entonces era un robusto Peugeot 504 con matrícula de Burgos, que ofrecía el lujo de disponer de aire acondicionado. Al regreso le prometí que cuando cambiara el coche lo haría por uno con aire acondicionado.

Llegado el momento de elegir carrera Julio optó por la Medicina. Para mí fue una gran sorpresa porque estaba seguro de que su vocación le iba a llamar por la Ingeniería Industrial. La Medicina hubiera perdido un gran profesional, pero con su elección quien salió perdiendo fue la Ingeniería. Sería por los años 80 cuando diseñó un sistema de antirrobo consistente en un corte de la corriente al encendido, que permitía el arranque accionando un interruptor oculto. Creo que consiguió instalarlo en los coches de todos los amigos.

Por los años 70 le asaltó la afición a la fotografía de la que también consiguió contagiarme. Y juntos pasamos muchas tardes en el cuarto oscuro iluminado con luz roja y rodeados de cubetas, líquidos de revelado, ampliadora, esmaltadora, hasta el momento en que se podía encender la luz blanca para verificar el resultado de la tarea. Por entonces ya iniciábamos la vida profesional y el destino hizo que tuviera que ausentarme de Valladolid. Ello ha sido la causa de que en ocasiones pasaran temporadas largas sin poder vernos, pero a pesar de ello nunca perdimos el contacto.

Lo que sí impidió este alejamiento físico fue que me contagiara de la última gran afición de Julio, la Informática. No sé si fue tanto por satisfacer una afición o por encontrar un método para gestionar eficazmente las tareas que conllevaba su dedicación a la medicina privada, pero en cualquier caso hay que destacar el logro de un conjunto de aplicaciones informáticas de una complejidad y sofisticación que rebasaba con mucho los niveles que se pueden alcanzar con conocimientos de autodidacta.

Y así pasó el tiempo, creciendo nuestros hijos, aumentando nuestras familias con la venida de los nietos, solazándonos en las alegrías y consolándonos en los momentos de tristeza que nos fue deparando la vida, hasta el mes de Octubre de 2015 en que decimos compartir unos días caminando por el Camino de Santiago. Nadie podía esperar que unos días después se desencadenara una fatal, misteriosa y fulminante enfermedad que nos privó de su compañía en el corto plazo de tres meses. Pero no lo podrá borrar de nuestra memoria.



Parte los integrantes de SOFCALE junto a la hija del Dr. Galindo (tercera por la izquierda)

## MOVIMIENTO COLEGIAL/ Abril - Mayo

### ALTAS

D. Fco. Javier García Alonso	Traslado de Madrid
D <sup>a</sup> . Ana María Pernia Sánchez	Traslado de Palencia
D <sup>a</sup> . Ana Marcos Gonzalez	Traslado de Sevilla
D <sup>a</sup> . Eva María Bravo Barba	Traslado de Granada
D <sup>a</sup> . M <sup>a</sup> . Jesús García Redondo	Reingreso
D <sup>a</sup> . Ana Álvarez González	Traslado de Guadalajara
D <sup>a</sup> . Areli Carolina Pérez Cabezas	Ingreso
D <sup>a</sup> . M <sup>a</sup> . Gabriela Parano	Ingreso
D. David García Azorín	Traslado de Madrid
D <sup>a</sup> . Raquel María Aguilar Velasco	Traslado de Las Palmas
D. Roberto Palomar González	Reingreso
D <sup>a</sup> . Marta de Dios García	Ingreso
D. Donato Norberto Petronio Herrera	Ingreso
D <sup>a</sup> . Minal Belani Raju	Ingreso
D <sup>a</sup> . Almudena Lera Ramírez	Ingreso
D <sup>a</sup> . Carolina Navas Aller	Ingreso
D <sup>a</sup> . Carla del Rey de Cabo	Ingreso
D. Luis Borja Moralesjaquete	Ingreso
D <sup>a</sup> . Sara Gutiérrez González	Ingreso
D <sup>a</sup> . Bárbara Segura Méndez	Ingreso
D <sup>a</sup> . Marta Marcos Mangas	Ingreso
D <sup>a</sup> . María Rey Hernández	Ingreso
D. Rodrigo Tomás Nájera Muñoz	Ingreso
D. Esteban Andrés Fuentes Valenzuela	Ingreso
D <sup>a</sup> . Laura Pérez Rubiio	Ingreso
D <sup>a</sup> . Alba Chavarria Miranda	Ingreso
D <sup>a</sup> . Verónica Fidalgo González	Ingreso
D <sup>a</sup> . Margarita del Carmen Castro Rey	Ingreso
D <sup>a</sup> . Sofía Joral del Hoyo	Ingreso
D <sup>a</sup> . Sonia Osorio Aira	Ingreso
D <sup>a</sup> . Laura Fraile García	Ingreso
D <sup>a</sup> . Leticia Polvorinos García	Ingreso
D. Jaime Piedras Castro	Ingreso
D <sup>a</sup> . Samsara López Hernández	Ingreso
D. Luis García Onrubia	Ingreso

### BAJAS

D <sup>a</sup> . M <sup>a</sup> . Victoria Busto Bea	Traslado a Navarra
D <sup>a</sup> . Violeta Tetilla Vicente	Traslado a Segovia
D <sup>a</sup> . M <sup>a</sup> . Juncal Sánchez Alonso	Traslado a Madrid
D. José M. de la Fuente Martín	Traslado a Zamora
D <sup>a</sup> . Sara Yolanda Urrutia Rodríguez	Traslado a León
D. Álvaro R. Maurtua Briseño-Meiggs	Cese
D <sup>a</sup> . Beatriz Herrero Bregón	Traslado a Palencia
D <sup>a</sup> . M <sup>a</sup> . Luisa Rodríguez Carbajo	Traslado a Vizcaya
D <sup>a</sup> . María Sanz Almazan	Traslado a Segovia
D <sup>a</sup> . Ysabel Cristina Pandares Rangel	Traslado a Barcelona
D <sup>a</sup> . Esther Saire Quispe	Traslado a Palecia
D. Aldo Bruno Fiorini Talavera	Traslado a Madrid
D. Rodolfo Chicas Sett	Traslado a Las Palmas
D <sup>a</sup> . Claudia Bujedo Ortiz	Traslado a Palencia
D <sup>a</sup> . Raquel del Hoyo Miñans	Cese

### FALLECIMIENTOS

D. Federico Tresierra Unzaga
D. Práxedes López Calvo
D. Ventura Matas Gómez

## Alergia a drogas de abuso en adolescentes

**Autora principal:** Dra. Alicia Armentia Medina,  
**Jefe de Sección de Alergia del Hospital Universitario Río-Hortega**

**Co-autores:** Sara Martín-Armentia, Pablo del Villar, Manuel González Sagrado, Rosa María Conde Vicente y Blanca Martín-Armentia

### RESUMEN

En este manuscrito se describe un caso clínico de un adolescente que sufría desde los 11 años de edad cuadros graves de hipersensibilidad alérgica y anafilaxias, principalmente los fines de semana.

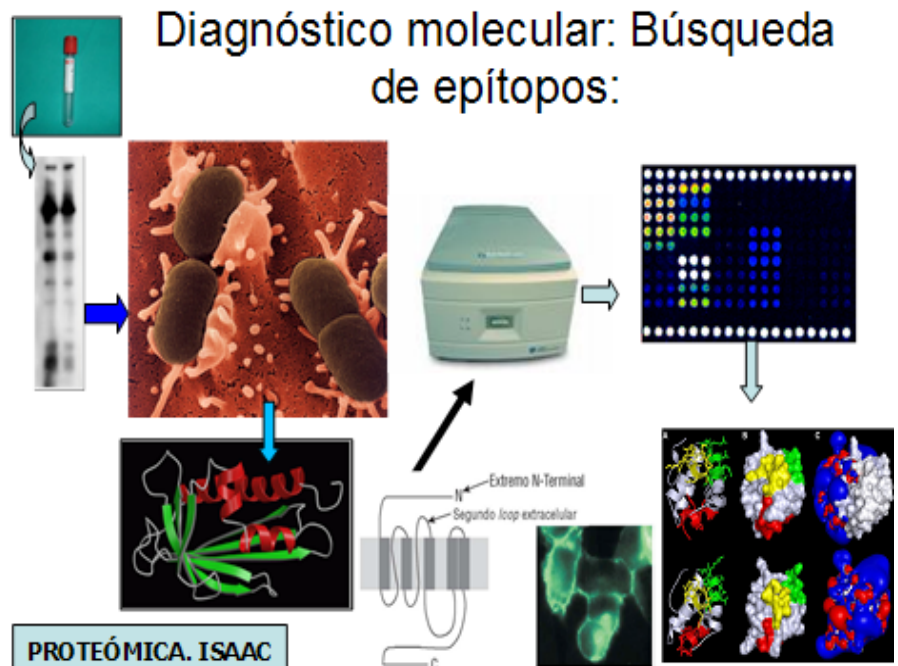
Debido a su corta edad no se pensó al inicio que las drogas de abuso fueran los principales agentes causales, como después de un estudio alergológico complejo se reveló. Gracias a este paciente se pudo desarrollar una línea de investigación de alergia a drogas de abuso, y pudimos comprobar la elevada prevalencia en los adolescentes de este grave problema clínico debido a que el Cannabis es la droga ilegal más consumida por los jóvenes.

Se estudió la posible sensibilización alérgica a drogas, al considerar que las reacciones no sólo se deberían a causas tóxicas. Se pudo demostrar que la respuesta inmune y la toxicidad a las drogas están relacionadas y que el organismo responde con un mecanismo tóxico-inmunológico a las mismas.

El cannabis posee alérgenos que provocan una respuesta inmune en el organismo y puede ser un importante alérgeno en consumidores, incluidos los experimentales y ocasionales, muy frecuentemente adolescentes.

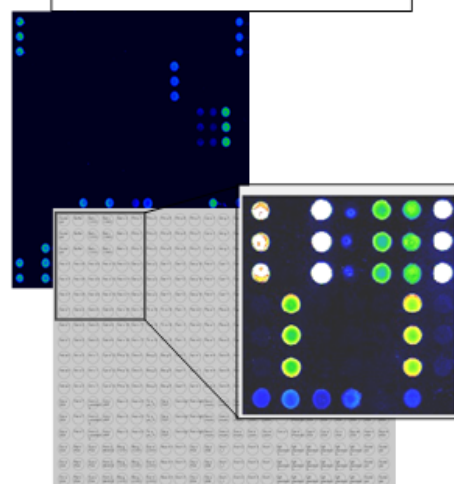
Dada la exposición social, médica y ocupacional cada vez más intensa a Cannabis sativa, se ha producido un aumento de la frecuencia de las reacciones alérgicas que, sin embargo, no se había visto acompañada del deseado aumento de conocimiento sobre la reactividad de alérgenos a Cannabis.

No obstante, recientemente hemos identificado la secuencia peptídica



### Detección de LTPs por microarrays

• **Anafilaxia los fines de semana.**



INFORMACIÓN DE LA MUESTRA		INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
ID de la muestra:	SARMA_2	ID de paciente:	SARMA_2
Fecha de la muestra:	13.02.2019	Apellido:	
GC Test:	Panel	Fecha de nacimiento:	908
Fecha de la impresión:	11.02.2019	Sexo:	
INFORMACIÓN DEL PETICIONARIO			
Médico pediatra:			
Dirección:			
Comentarios: Paciente (lg) positivo a TORATE y (sábado) a 13 FUJI			
<b>1. Valores de IgE específica en ISU</b>			
Escala de reactividad específica			
Panel de Cannabis	Grasa mayor	Grasas grupo 1	2.1 ISU
	Grasa menor	Grasas grupo 1	2.8 ISU
Panel de Árboles	Polifenoles		4.8 ISU
Panel de Hortalizas	Saliva	Proteína salivaria	0.8 ISU
Marcadores de reactividad cruzada			
LTP	Maicón	LTP	89 ISU
	Arándano	LTP	29 ISU
	Almendra	LTP	17 ISU
ISAC Standard Unit (SU)		Rango:	1000-10000
< 0.3		0.3 - 0.5	0.5 - 1
1 - 10		10 - 100	100 - 1000
> 10			

Figura 1. Análisis molecular con técnica de microarrays (ISAAC ThermoFisher diagnostics, Sweden)

del alérgeno principal (una proteína de transferencia lipídica (LTP) y hemos podido sintetizar un alérgeno recombinante partir del ARN de hojas de Cannabis sativa L. spp sativa cv. Kompolti procedentes del jardín botánico de la Universidad de Bonn. Este extracto alérgico ha sido útil en el diagnóstico y prevención de la alergia a cannabis. En otro estudio posterior extractos de Papaver somniferum obtenidos de las semillas de la cápsula del opio se han utilizado el diagnóstico de alergia a heroína y a otros opioides, lo que ha facilitado el diagnóstico prequirúrgico de alergia a analgésicos y anestésicos derivados del opio.

Los dos hallazgos han constituido la base de patentes nacionales y europeas, y en la actualidad se están utilizando en muchos países del mundo.

## CASO CLÍNICO:

Paciente de 11 años de edad que fue remitido por su pediatra a nuestra Unidad de alergia por un cuadro de urticaria idiopática. Se repite los fines de semana y se acompaña de edema genital. Se realizan pruebas alergológicas de rutina y se evidencian unas pruebas cutáneas por prick positivas a pólenes de gramíneas (lolium perenne), pápula obtenida con diámetros de 10x10 mm). Se recomiendan antihistamínicos y medidas de prevención de alergia a pólenes.

A los 12 años es estudiado de nuevo por cuadro grave recidivante de urticaria y angioedema que se reproduce los fines de semana. Se realizan de nuevo pruebas y se evidencia positividad a pólenes y a látex. Se mide la inmunoglobulina específica (IgE) a látex 9.72 KU/L. Prick 20x24 mm. Se explican medidas de evitación y se retiran frutas con reactividad cruzada con látex (kiwi, aguacate, papaya, castaña, tropicales).

El paciente confiesa en privado estar enamorado desde los 11 años y tener relaciones sexuales los fines de semana con preservativo de látex, por lo que aconsejamos su evitación.

A los 13 años acude de nuevo por asma de difícil control, que empeora los fines de semana. En las pruebas se detectan Prick positivos a látex, (IgE 9.49 KU/L),

Pólenes (IgE 12.3) y tabaco (IgE 16.3 KU/L). Se le aconseja dejar este hábito y se insiste también en la evitación del látex.

A los 14 años se realiza el cuarto estudio. En esta ocasión por anafilaxia en fin de semana e intento de suicidio. Látex (IgE 7.4 KU/L), tabaco (IgE 11 KU/L), tomate (15.3 KU/L).

Niega haber tenido contacto con látex o tabaco. Se atribuye a pizza con tomate. Se retira tomate de la dieta, pero persisten anafilaxias los fines de semana.

A los 15 años se realiza la quinta consulta por anafilaxia bifásica durante un concierto, que precisó ingreso en UVI. No refería ingesta de alimentos sospechosos. Había bebido alcohol y fumado. En esta ocasión se detectaron IgE positivas a tomate (92.9 KU/L), látex (59.7KU/L), tabaco (63.8KU/L). Se detecta un nuevo alérgeno: semilla de adormidera (50.6 KU/L).

En este momento se sospecha que consume drogas de abuso, y el paciente así lo ratifica. Había consumido cannabis desde los 11 años, heroína

desde los 14 y en sólo dos ocasiones cocaína.

Se realizan pruebas con diferentes extractos de drogas y un análisis molecular por arrays de 112 alérgenos recombinantes y nativos. Se obtienen pruebas positivas en prick a cannabis 19x10. IgE 1,7 KU/L y a semilla de adormidera 10x10mm. IgE específica a papaver somniferum: 4,2 KU/L, siendo el prick e IgE a cocaína negativos.

El estudio molecular reveló sensibilización grave a proteínas transportadoras de lípidos (LTPs), y de estructura terciaria similar en cannabis y tomate (figura 1).

El paciente es informado de que estas proteínas (LTPs) son altamente alérgicas y pueden causarle un cuadro muy grave de hipersensibilidad, posiblemente mortal, por lo que él decide dejar este consumo, permaneciendo asintomático hasta que ya a la edad de 20 años comienza a trabajar en una envasadora de aceite de semillas de girasol, sufriendo nueva anafilaxia.

Se detecta LTPs positivas a semilla de girasol y se advierte a la inspección médica, pero no se reconoce su problema

## Pacientes

GRUPO DE PACIENTES	Número pacientes	Concluyeron el estudio
Consumidores habituales de <i>cannabis</i>	50	42
Alérgicos a tabaco	25	21
Alérgicos a tomate	25	25
Alérgicos a pólenes de gramíneas	40	34
Alérgicos a látex	18	18
Controles población sana hemodonación	180	180
Controles niños prematuros	20	20
<b>TOTAL</b>	<b>358</b>	<b>340</b>

Tabla sobre los pacientes

## Resultados: Rentabilidad pruebas diagnósticas

Prick cannabis		IgE cannabis		
Variable	Valor	IC 95%	Valor	IC 95%
Sensibilidad	92.7	83.5-100	88.1	77.1-99.1
Especificidad	87.1	82.9-91.2	96.0	93.6-98.5
VPP	51.3	39.3-63.4	77.1	64.1-90.0
VPN	98.8	97.2-100	98.2	96.4-99.9
Falsos positivos	36/319 (11.3%)		11/320 (3.4%)	
Falsos negativos	3/319 (0.9%)		5/320 (1.6%)	

Tabla sobre los resultados

por especialistas laborales y el paciente pierde su trabajo.

### DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO:

La importancia de este caso clínico es que fue el origen de una investigación sobre la posibilidad de alergia a drogas de abuso.

Los informes del Plan Nacional sobre Drogas en los últimos años, subrayaban importantes cambios en los patrones de consumo entre los que destacan el incremento de determinadas drogas, principalmente cannabis, heroína y psicoestimulantes (cocaína, anfetaminas y nuevas drogas de diseño).

Era posible que las respuestas adversas a las drogas no fueran únicamente de tipo tóxico. Las drogas, son productos farmacológicamente activos como las penicilinas o los venenos de himenópteros, alérgenos para los que se ha demostrado respuestas de hipersensibilidad graves. En el caso de estos últimos, la inmunoterapia con venenos es altamente eficaz.

Sugerimos que las drogas podían poseer alérgenos vegetales similares a los de los pólenes y plantas, que provoquen también en población predispuesta una respuesta alérgica.

Era posible que esta respuesta inmune y la toxicidad a las mismas estuvieran relacionadas y que el organismo realmente responda con un mecanismo tóxico-inmunológico. La población joven es la más afectada por ambas enfermedades (alergia y dependencia) y pudiera existir un nexo de unión entre ellas. Por ello iniciamos una línea de investigación sobre este tema (1).

El objetivo de nuestro estudio fue valorar hipersensibilidad alérgica mediada por IgE a cocaína en grupos de pacientes consumidores de cocaína y otras drogas de abuso que acuden a ACLAD (Asociación Castellano-Leonesa de ayuda a drogodependientes) y en pacientes alérgicos atendidos en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. Pensamos que si la detección de sensibilización a drogas fuera posible por métodos alérgicos se abriría

una vía diagnóstico-terapéutica con importantes repercusiones sociales, legales y de salud. También se tendría un nuevo método para prevenir anafilaxias intraoperatorias por anestésicos derivados del opio y de la cocaína.

La justificación del trabajo fue lograr nuevos métodos que permitieran el diagnóstico de la hipersensibilidad a drogas de abuso incluso en momentos en que no se está consumiendo (que es la limitación de las técnicas actuales) y conocer factores predictivos de riesgo de sufrir una reacción de hipersensibilidad. Para concluirlo con éxito fue necesario una unión multicéntrica (Facultad de Farmacia, Departamento de Inmunología, Universidad del País Vasco, Sección de Alergología, Hospital Río Hortega, Asociación de ayuda a drogodependientes, SACYL y multidisciplinar (Alergia, Pediatría, Salud Pública, Toxicología, Inmunología, Médicos especialista en drogodependientes, Análisis Clínicos, técnicos de investigación).

Incluimos en el estudio 340 pacientes extraídos de una base de datos de 23.000 pacientes atendidos en la consulta de Alergia de nuestro Hospital que tenían respuesta positiva a drogas de abuso, pólenes, tabaco, tomate y látex como posibles alérgenos implicados por reactividad cruzada. Incluimos pacientes de la asociación de ayuda a drogodependientes (ACLAD) en los que habíamos demostrado respuesta alérgica positiva a drogas y también controles sanos de hemodonación en los que cualquier hipersensibilidad a alérgenos había sido descartada, como controles (figura 2).

Realizamos en todos ellos pruebas "in vivo" con extractos de diferentes drogas y pruebas de provocación inhalativa y también in vitro (inmunodetecciones, western blott y análisis molecular por técnica de arrays (figura 1). Demostramos que la determinación de anticuerpos IgE específicos a estas drogas tenía una elevada sensibilidad y especificidad (1). Figura 3.

Finalmente, hemos identificado la secuencia peptídica del alérgeno principal del cannabis (una proteína

de transferencia lipídica (LTP) y hemos podido sintetizar un alérgeno recombinante partir del ARN de hojas de *Cannabis sativa* L. spp *sativa* cv. Kompolti procedentes del jardín botánico de la Universidad de Bonn (figura 3). Este extracto alérgico ha sido útil en el diagnóstico y prevención de la alergia a cannabis (2,3).

En otro estudio posterior extractos de *Papaver somniferum* obtenidos de las semillas de la cápsula del opio se han utilizado en el diagnóstico de alergia a opioides (figuras 4 y 5), lo que ha facilitado el diagnóstico prequirúrgico de alergia a analgésicos y anestésicos opioides (4). Los dos hallazgos han promovido patentes nacionales y europeas, y en la actualidad se están usando mundialmente (5-7).

Como conclusión, se debe considerar a los adolescentes, sobre todo atópicos, como personas con riesgo de padecer hipersensibilidad a drogas de abuso (figura 6). Esta posibilidad no debe de ser subestimada pese a su juventud.

## REFERENCIAS

1. Armentia A, Castrodeza J, Ruiz-Muñoz P, Martínez-Quesada J, Postigo I, Herrero M, Gonzalez-Sagrado M, de Luis D, Martín-



Semillas de opio y cocaína

Armentia B, Guisantes JA. Allergic hypersensitivity to cannabis in patients with allergy and illicit drug users. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2011 Sep-Oct;39(5):271-9.

2. Armentia A, Martín B, Herrero M, HP Rish, Postigo I, Martínez J. Molecular

diagnosis in cannabis allergy. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2014 May-Jun;2(3):351-2

3. Hans-Peter Rish, Alicia Armentia, Wolfram Lobin, Ingrid Sander. IgE binding properties of a recombinant lipid transfer protein from *cannabis sativa* (rCan s 3). *Annals of Allergy Clin immunol* 2014 Aug;113(2):233-42014

4. Florvaag E, Johansson SG. IgE-mediated anaphylactic reactions to neuromuscular blocking agents: can they be prevented. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2008;8(5):376-6

5. Armentia A, Pineda F, Palacios R. y cols. Utility of opium seed extract tests in preventing hypersensitivity reactions during surgery. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2014 Jan-Feb;42(1):56-63

6. Rish AP, Armentia A, Lobin W, Sander I, Gruning R, Raulf M, Varga R. A recombinant lipid transfer protein from *cannabis sativa*: IgE binding properties in patients with symptoms to cannabis, *Clinical and translational Allergy* 2014; 4: 57-8

7. Armentia A, Pineda F, Martín-Armentia B, Palacios R. A useful method to detect opioid allergies. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2015 Sep-Oct;3(5):829-30



El cannabis es la droga ilegal más consumida del mundo

## El vivir, el enfermar y el morir en el antiguo Egipto. La vivienda.

Dr. Manuel García Tejeiro. Miembro numerario de ASEMEYA

No ha sido por casualidad o por error, comenzar esta serie de artículos, por un proceso tan propio y representativo del Antiguo Egipto, como el embalsamamiento. Decíamos en palabras de Kolaktchy, que el antiguo Egipto estaba fascinado por el misterio de la muerte y que el Universo para él era un sarcófago inmenso, cósmico. Y toda la vida y todos los quehaceres, estaban impregnados de este sentimiento. El egipcio antiguo es un ser para la muerte, como definirían miles de años después, los existencialistas, al hombre. Y teniendo conciencia de ello, pretendían trascenderla. Pero entre el nacer, el morir y el trascender hay una vida, una realidad y unas causas y circunstancias para el enfermar. Realidad que vamos a intentar describir en este serial.

El egipcio tenía y habitaba una casa; Vivían en una casa, y sería ingenuo pretender, primero, que todas las casas fueran iguales, las del faraones, sacerdotes, magistrados, escribas y visires, gentes con cierto poder y dinero y la de los trabajadores, los obreros de las pirámides, los artesanos, los agricultores, los pescadores, etcétera; y segundo,

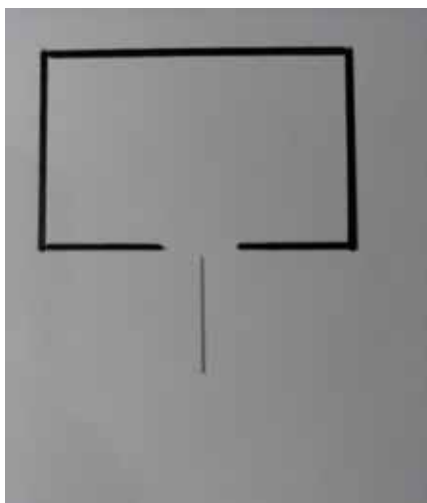


Figura 1

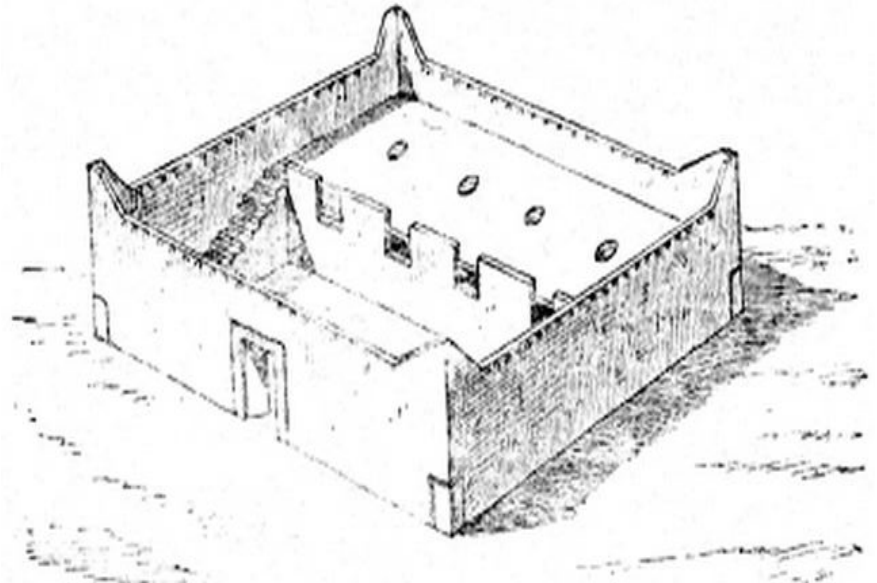


Figura 2

pretender condensar en un solo fotograma, siglos y siglos de evolución.

Vayamos a lo evidente. Los egipcios representaban el concepto abstracto de casa o vivienda, dibujando el contorno de sus muros con una apertura en la parte delantera (figura 1), como correspondería a la planta de la casa (figura 2) y aunque, hay quien piensa que más que la planta de una casa podría tratarse de la cerca amurallada de un patio, se ha dado por bueno el concepto de casa y así figura en todos los diccionarios de jeroglíficos egipcios, incluido el de J.J Champollion-Figeac., que define el jeroglífico como "maison" "habitation" muchas veces precedida por el nombre propio fonético, figurativo o simbólico de la divinidad epónimo de la villa.

En las casas de los ricos o de los señores se vivía y se palpaba el gusto por el confort. Procuraban construir las a las afueras de las ciudades y estaban

rodeadas de un gran jardín. En el centro de las ciudades, las casas llegaban a tener hasta tres pisos, ya que el terreno estaba a veces limitado. Tenían en común con las casas humildes que estaban hechas de adobe; la piedra y la caliza estaban reservadas para los umbrales, las basas de las columnas y los marcos de las ventanas y las puertas. Las columnas y las puertas eran de madera. El vestíbulo de la casa constituía el elemento principal del cuerpo de la casa y estaba destinado al recibimiento. La parte central de la morada comprendía ante todo la habitación más grande de la casa o sala de estar. El techo de esta habitación central era más alto que el de las habitaciones que la rodeaban y estaba sostenido por columnas. En el centro había, con frecuencia un hogar. Pero lo más novedoso y que los visitantes agradecían, era la existencia de una gran losa situada en el muro, que se utilizaba para verter agua fresca sobre



Figura 3

los pies y las manos de los visitantes y de los invitados.

Delante un estrado sobre el que podían colocar asientos. A los lados de la sala central había habitaciones para las diferentes trabajos del señor y la caja de la escalera para acceder a los aposentos destinados a la vida privada. Aposentos sencillos, de ventanas muy altas, destinados a dormir. Las instalaciones sanitarias de estas casas de ricos estaban muy cuidadas, tenían asientos que podían ser de madera o de piedra. El egipcio no conoció jamás la bañera hasta la época grecorromana, eso sí, dispuso de cuartos de ducha en prácticamente todos los tiempos. Cuidaban la piel y la hidrataban y se daban masajes y se aplicaban ungüentos, en salas de unción.

A veces existían habitaciones de servicio y almacenes situados alrededor de la sala de recepción. La parte trasera de la casa, a su vez, podía disponer de un espacio de almacenamiento; allí solían ubicarse los silos circulares que servían de reservas de grano.

Pero había "otra" ciudad en la que los ciudadanos egipcios procuraban vivir en los alrededores de su templo, porque salvo centros administrativos o barrios de obreros, dedicados a la construcción de

las pirámides, no existía una planificación urbana previa. Las primeras casas carecían de cimientos. Las casas se mezclaban y tenían un tamaño y una disposición muy similar, salvo, como hemos dicho antes, la de las personas y personajes de clase alta. En general, los miembros de una misma familia vivían en un mismo barrio.

Las primeras viviendas que se conocen datan del Periodo Predinástico y estaban construidas con adobes y los techos con troncos y cubiertos por hojas de palmera y barro. Eran casas sencillas, pequeñas, semienterradas y con el techo inclinado (figura 3). La técnica, con bloques de barro y paja, secadas al sol, permanece inalterable. Pero este material es frágil y el tiempo se ha encargado de no dejar restos arqueológicos, al contrario que los templos o las tumbas. Los vivos, claro está, no necesitaban construcciones eternas, sólo los dioses y los difuntos eran merecedores de este privilegio.

Las maquetas encontradas en las tumbas de algunos reyes nos dan una idea aproximada de sus viviendas. Una de tipo medio, cobijaba de cinco a diez personas. Las casas habitadas por la clase media cuentan generalmente con varios pisos y en ocasiones desvanes colocados debajo de los tejados. Las

fachadas no tienen ningún adorno. La puerta está enmarcada por dos montantes y un dintel de piedra y situada en ángulo. La planta baja solo se ilumina por la puerta. Las ventanas en número de dos o de cuatro o, incluso, de ocho, por planta, son pequeñas, cuadradas y provistas de una especie de cortinilla que protege a los habitantes del calor y la polvareda.

Las piezas de la planta baja se destinaban casi exclusivamente a los artesanos. Las mujeres hilaban y los hombres manejaban el telar. En otra estancia vecina se muele el grano y se preparan hogazas. Los señores de la casa viven en el primer piso, en una pieza espaciosa, iluminada por ventanas situadas en lo alto y a cuyo techo sostienen columnas en forma de loto (columnas lotiformes). En las paredes no se distingue nada en absoluto, aunque era costumbre en algunos casos cubrir de pinturas cuantas superficies hubiera disponibles para emular la magnificencia de las pinturas y decorados de las tumbas de sus faraones. Y lo hacían con escenas familiares o con escenas de caza, de las artes y trabajos del campo, siembra y recolección y de pastoreo. El mobiliario de las casas estaba en relación directa con la clase, tanto en calidad como en cantidad. Lo mismo que las telas utilizadas para el vestido. Las telas eran una producción casera. El valor de las mismas hacía que se utilizaran como elemento de trueque. Los que no disponían de muchas las cuidaban con mimo y los lavaderos siempre tenían trabajo y como eran analfabetos, las listas de la "lavandería" se registraban en óstracas (pedazos de cerámica rota o lascas de piedra de tamaño adecuado), donde aparecían dibujos de los tipos de ropa que les habían entregado, y tantos puntos como prendas había.

Los egipcios de cualquier clase que fueran, hacían todo lo posible para disfrutar de una vivienda cómoda y agradable y por ello hacían también todo lo posible para defenderse de los enemigos del bienestar doméstico, porque, además, la vivienda era la puerta a las enfermedades. Tales enemigos eran los insectos de todo tipo, los gusanos, las ratas, los lagartos y las serpientes, así como las aves de rapiña.

En estas casas y según la recomendación de las leyes, que pocas veces resultaban efectivas, los retretes debía estar

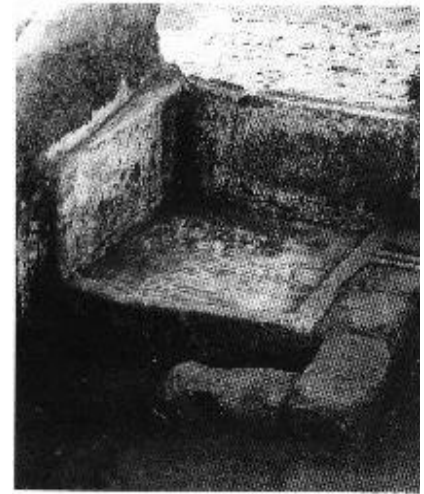
separados de la parte principal de la vivienda y según todos los autores, se construían con una orientación al sureste de la parcela para favorecer que los malos olores fueran arrastrados por los vientos dominantes. Los asientos, cuando los había, eran de ladrillo o madera, y se situaban sobre un pozo negro de varios metros de profundidad que se limpiaba de manera periódica añadiendo arena del desierto al pozo, esperando unos cuantos días y vaciándolo.

Es curioso que dentro de la casa se utilizaban baldes o cubos con arena a modo de retretes portátiles ( hasta no hace mucho existía en nuestras casas orinales para la misma función, ítem más, algo que ahora nos resultaría repugnante, la presencia de escupideras, de diferentes formas y calidades, en lugares públicos y oficinas, etc). Se han hallado pequeñas lápidas y paneles de madera con un agujero en el centro que pudieran corresponder a sanitarios o para tomar baños de asiento, hecho que coincide con algunas informaciones de autores griegos. Había, también, un lavabo o aseo que estaba separado del retrete. Las casas de los nobles soltaban sus aguas residuales a la calle donde no había alcantarillas, exactamente igual que lo hacían nuestros paisanos miles de años después, en nuestros pueblos .

En la vida comunitaria, la gestión de las basuras, ya sean desechos generados por el trabajo de artesanos o amas de casa o bien excrementos, se convierte en

una cuestión básica de supervivencia. Por desgracia, los egipcios no dotaron nunca a sus centros de población de sistemas de desagüe. A lo sumo, en medio de alguna de las calles principales se practicaba un pequeño canal que permitía que el agua residual de las casas o de las escasas lluvias fuera conducida fuera de la población. Lo mismo sucedía con las basuras para las que no parece haber existido ningún tratamiento. Se especula más con la posibilidad que con la certeza, con que las periódicas crecidas del Nilo pudieran haber servido de un gigantesco sistema de desagüe, gratuito y periódico. Sólo había que esperar al mes de junio para que los desechos acumulados en los canales que traían el agua del río, arrastraran toda la suciedad hasta el mar Mediterráneo. O bien la enterraban bajo una rica capa de lodo.

Pero hasta que no sucedía la crecida, el resultado era de lo más insalubre porque no sólo eran aguas residuales fecales, sino que se mezclaban con restos de animales sacrificados para cocinar. Y nos hace pensar que el olor de los poblados y ciudades egipcios no eran precisamente a rosas. Por supuesto que la misma suerte corría el agua residual del aseo matutino. Decir, que las viviendas de las clases populares más miserables, solían constar de una habitación, lo que conlleva un hacinamiento extremo y el consiguiente riesgo de transmisión de todo tipo de enfermedades contagiosas, a lo que se añadía, el hacinamiento de



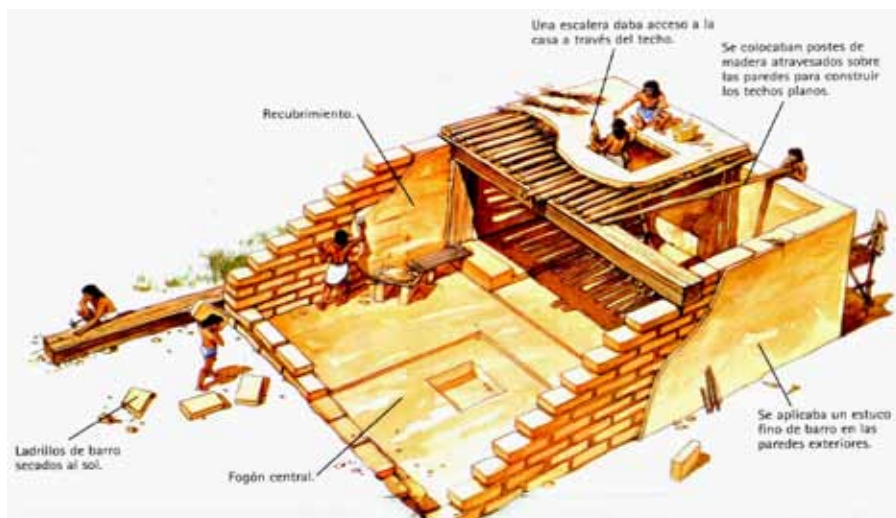
Retrete

barriadas de casas adosadas unas a otras. Además estas casas incluían un hogar o pequeño horno donde se cocía el pan. Se han encontrado lesiones pulmonares en cadáveres momificados y se las ha identificado como antracosis, las mismas lesiones que hoy encontramos en los pulmones de los grandes fumadores.

En algunos papiros egipcios se recomienda ventilar las casas, limpiarlas y asear las paredes para evitar proliferación de gusanos. En algunos yacimientos se ha comprobado la existencia de roedores. Las ratas siempre han sido huéspedes indeseables de nuestras casas y en cualquier asentamiento humano, por ser transmisores de enfermedades como la peste y porque producen pérdidas económicas importantes en cosechas y almacenamiento de las mismas.

El hacinamiento, sobre todo en las clases menos privilegiadas o más miserables sin eufemismos, en viviendas de baja calidad y sin un sistema eficaz para el tratamiento de los desechos y aguas residuales, pudo favorecer la proliferación de todo tipo de alimañas, roedores, insectos, gusanos, etc, dentro y fuera de las viviendas egipcias, con los consiguientes riesgos sanitarios y económicos.

Como se puede comprobar, con la vivienda, vamos sumando factores de riesgo del enfermarse, mientras la vida sigue.



Arquitectura antigua. Construcción de una casa Catal Huyuk

## Las Comunidades de Castilla en la historia

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

En el mes de mayo se cumple el 500 aniversario de la llegada de Carlos de Gante (sería I de España) a Castilla para tomar posesión del reino del que era titular su madre D<sup>a</sup> Juana I de Castilla y del que ya en Bruselas se había autoproclamado Rey, sin autorización de su madre. Este hecho a duras penas tolerado por el Cardenal Cisneros, entonces Regente, fue considerado por la nobleza del reino y por el pueblo en general como un "golpe de Estado", que D<sup>a</sup>. Juana aminoró con su tolerancia y Carlos con su juramento en las Cortes de "respetar los fueros y costumbres del reino, comprometiéndose a no nombrar para su gobierno personajes extranjeros".

Su origen y educación en Flandes y su desconocimiento de la lengua y costumbres de Castilla, se hubieran tolerado, si no hubiera faltado a su juramento de inmediato encomendando las funciones de Gobierno a belgas de su cortejo (S. de Chievres) y títulos, propiedades y cargos a otros muchos del mismo origen. Para enturbiar más las cosas, durante el viaje para recibir a Carlos, falleció en Roa (Burgos) el Cardenal Cisneros, que aunque ya compartía la Regencia con Adriano de Utrech (embajador de Flandes junto al rey Fernando), hubiera podido aminorar con su aceptación, el reproche de Castilla.

Las Cortes celebradas en Valladolid (1518) fueron conflictivas y sus desairadas conclusiones para D. Carlos le hicieron convocar otras en La Coruña (1519), cuando ya se sabía que había sido elegido Emperador del Sacro Imperio Germánico. Para su coronación en Aquisgrán y los fastos consiguientes, pidió en las Cortes un "servicio" económico abultado para sufragarlos, que en su totalidad por los contribuyentes castellanos. Algunos procuradores de las ciudades de Castilla, que acudieron a La Coruña fueron recusados para nombrar otros "maneables". Todos tenían el mandato de sus ciudades de negarse a ese

"servicio", pero por presiones, engaños o quizás sobornos, lo aceptaron. D. Carlos, apenas concluidas las Cortes y en una flota equipada durante la celebración de las mismas, partió para Aquisgrán, donde sería coronado Emperador. No volvería a Castilla hasta pasados tres años. Pero aquí había quedado prendida la mecha de la discordia.

La protesta de las ciudades representadas en Cortes a la vista de los resultados, y con la amenaza de nuevos y gravosos impuestos, fue unánime y violenta, de modo que en Segovia alguno de los representantes que no había cumplido las órdenes recibidas de su ciudad, fue asesinado. Toledo, Segovia, Madrid, Ávila, Zamora, Toro y Salamanca, secundaron la revuelta y reclutaron tropas que al mando de Padilla (Toledo), Bravo (Segovia), Zapata (Madrid) y Maldonado (Salamanca), tratarían de defender sus fueros y libertad, haciendo frente a las fuerzas imperialistas dependientes del Gobierno que dirigía el Cardenal Adriano de Utrech, y que defendían el poder del Rey-Emperador. El Cardenal Adriano envió al Alcalde Rodrigo Ronquillo (Juez de Corte) a sofocar la revuelta de Segovia

con un contingente de tropas (excesivo para una revuelta popular de gentes sin armas, y escaso para mantener un combate con un ejército armado). Lo cierto es que a pesar de las amenazas e intento de sitio, no solo no pudo sofocarlo sino que logró la solidaridad de otras ciudades como Toledo y Madrid que anunciaron refuerzos.

En tales circunstancias D. Antonio de Fonseca, jefe máximo del ejército real, recibió la orden de prepararse para intervenir y para ello retirar la Artillería depositada en Medina del Campo. Esto debía impedir que se extendiera la guerra e impedir el paso de las tropas de Toledo que se aproximaban.. La negativa de Medina a entregar la artillería provocó el incendio de la ciudad por parte de Fonseca, lo que por el contrario extendió la guerra a toda CASTILLA, apoyándola los que hasta entonces estaban dudosos (Valladolid).

Desde luego la situación entonces, época de transición no solo entre dos siglos (XV y XVI) sino entre dos edades, la Media con abundantes reminiscencias feudales y la Moderna a la que nos



Carlos de Gante, también conocido como Carlos I de España y V de Alemania



Cuadro de la muerte de Isabel la Católica

estábamos incorporando a través de las corrientes del Renacimiento, era una época de transformaciones drásticas y convulsiones en todos los órdenes. Estaban en crisis, además de los hábitos de convivencia entre las distintas capas sociales; instituciones ancestrales como la Iglesia Romana, que aunque ya reformada, se había dividido unos años antes entre Roma y Aviñón. Comenzaba a progresar y a exhibir resultados la función de las Universidades con la aparición de múltiples licenciados ocupando cargos en la Administración del Estado. La cultura dio un vuelco espectacular. Pero esta situación hacía temer a la nobleza que el poder político que siempre habían tenido, se diluyera entre la burguesía de las ciudades en crecimiento y los licenciados en las Universidades. Ellos, los nobles, reiniciaron la lucha contra el poder Real, que desde los visigodos venían manteniendo, para evitar la imposición por la Monarquía de leyes más igualitarias para todas las clases sociales.

El fracaso de los reinados anteriores en ese sentido, no arredró a los Reyes Católicos para implantar la nueva organización del Estado, creando entre otros órganos de poder, el Consejo Real nutrido por letrados. Con ello se redujo el poder político de la nobleza, que en sus protestas fueron dominados por D. Fernando. Pero la muerte de D<sup>a</sup> Isabel fue un duro golpe para la gobernabilidad de España. En su testamento, leído en las Cortes de Toro de 1505 en que

dejaba “única heredera” a su hija Juana, encargaba la gobernación del reino a D. Fernando, por si Juana “no pudiera o no quisiera gobernar”. La lectura de su testamento y de ese “codicilo” postrero, abrió una profunda brecha entre D. Fernando y Felipe de Borgoña (esposo de Juana) que aspiraba a gobernar; pero sobre todo entre la nobleza y el Alto Clero, que se dividió en dos bandos de apoyo a cada uno de los aspirantes, los que con sus enfrentamientos amenazaban la gobernabilidad del reino. D. Fernando, abandonado por la mayor parte de la nobleza a la que había sometido, se retiró a su reino de Aragón para evitar una guerra civil.

El breve reinado de Felipe I por su inesperada muerte, dio paso con la Regencia del Cardenal Cisneros a que se reactivaran las revueltas de los nobles en busca de sus privilegios perdidos. De nuevo serían dominados al regreso de D. Fernando a la Regencia. Pero la muerte de D. Fernando (1516) abre de nuevo una época de revueltas nobiliarias, hasta la toma de poder de su nieto Carlos de Gante, periodo de tres años que algunos historiadores han llamado gráficamente “etapa pre-comunera”, inmediato precedente revolucionario de las Comunidades.

Como más atrás hemos escrito, la marcha de D. Carlos a Alemania deja en manos de Adriano de Utrech, teólogo profundo, pero como el mismo decía, sin

preparación para gobernar, el gobierno de un reino en permanente revuelta; los nobles entre sí por sus propiedades y los mismos contra el poder del Rey para mantener sus privilegios. Por otra parte, el pueblo llano dirigido por la naciente burguesía de las ciudades, progresando en riqueza y cultura, alienta la lucha contra la nobleza y el Alto Clero, de los que se sienten vasallos. La anarquía y el desorden era lo habitual.

Llama la atención que fueran algunos nobles los que lideraron en principio la Guerra de las Comunidades (Conde de Alba de Liste en Zamora, D. Pedro Giron, hijo del conde de Urueña, que aspiraba al ducado de Medina Sidonia y no se lo concedieron)), quizás para defender sus propiedades. Pero pronto, ante el cariz antisocial que adquiría la revuelta, los intrincados parentescos nobiliarios y la sospecha de lo que podían perder si triunfaban los revoltosos, se fueron adhiriendo al bando de los Imperiales, que dirigidos por el Cardenal Adriano, se refugiaron en Medina de Rioseco. Las tropas comuneras en tanto, se agruparon en Villabragima, cerca de Medina y la Santa Junta se instalaba en Tordesillas. El enfrentamiento entre ambos bandos se demoró varios meses, esperando los imperiales los refuerzos del conde de Haro, enviados por el Condestable desde Burgos.

Las indecisiones entre los mandos de las tropas comuneras y sus inoportunos desplazamientos, permitieron primero la toma de Tordesillas por los Imperiales y en definitiva la derrota definitiva de los comuneros en Villalar. La guerra, fundamentalmente antisocial y de recaudación de fondos, que mantuvo el Obispo Acuña en la Tierra de Campos palentina, y sus luchas en Toledo en apoyo de D<sup>a</sup> María Pacheco (viuda de Padilla) fueron los apéndices finales de una guerra que asoló Castilla y cuyas consecuencias nefastas se prolongaron años y afectaron especialmente al pueblo llano y rural.

La represión y castigos, firmados por Carlos I a su regreso, fue muy rigurosa, si bien con pocos condenados a muerte (un Maldonado y el Obispo Acuña, aunque éste por otro delito de asesinato).

## Pintores vallisoletanos en la historia. Juan Manuel Capuletti Lillo del Pozo.

Dr. Ciriaco Casquete Román

Su primer apellido viene de su bisabuelo de origen italiano. Nuestro pintor nace en la calle de Santiago, calle de pintores importantes, en 1925 y muere en 1978, a la edad de 53 años. Siempre fue un pintor autodidacta. Destacó desde niño por sus excelentes dibujos. Abandona su ciudad en la adolescencia y frecuenta exhaustivamente el Museo del Prado. Conoce a la bailarina Pilar López y toma contacto con el ballet de José Greco interesándose por la escenografía y el vestuario. Se casa por lo civil en París en

1951 y por la Iglesia en 1953, dejando su mujer la compañía y dedicándose a ser rectora de la conducta artística de Capuletti, abandonando las extravagancias y vida cómoda de sus primeros años. Pilar lo mantiene trabajando de día de y de noche, con gran voluntad, luchando contra los cientos de pintores que había en París. Pronto lo contrata para su galería el promotor judío André Weil, exponiendo en 1952 y vendiendo todos los cuadros con un dibujo seguro, con vivo color y fantasía. Le llegan retratos y decoraciones como

para el cabaret "Puerta del Sol", no en París, sino en Copenhague. La compañía de ballet del Marqués de las Cuevas lo contrata para los decorados y figurines del teatro "L'Empire" de París en 1952 con gran éxito, extendiendo contratos al mundo teatral parisino.

Empieza a venir a Valladolid todos los años, unos días, por "ferias" para ver a su familia, amigos e ir a los toros. Esta costumbre de venir a Valladolid de vez en cuando también la tenía García Benito, aunque era ciudad poco agradecida con sus pintores. En 1953 Weil le prepara una gran exposición para su lanzamiento definitivo con 31 óleos pequeños, litografías, dibujos, acuarelas y gulasch. Continúa su éxito en las dos siguientes exposiciones de Weil junto a grandes pintores. En este momento trabaja de 14 a 16 horas diarias. En la tercera exposición de Weil, vende su cuadro más caro -su autorretrato- a Jean Carpentier, por 400.000 francos. Delibes valora el momento; le ve con menos surrealismo y más realismo clásico. Destacan sus fondos largos y desolados, angustiosos. Su dibujo tiene agilidad, personalidad y sentido del ritmo.

También abundan los retratos como la esposa del ministro Edgar Faire, el bailarín de la ópera de París, Michel Renault, y del propietario del periódico californiano "The Independent".

En EE.EU. es contratado por uno de los galeristas más importantes de Nueva York, G. Hammer, con el que hace seis exposiciones desde 1957 hasta 1970, periódicamente, siendo introducido el pintor por Gladys Lloyd Robinsón, la ex esposa del actor Edgar G. Robinsón. En estos años hace distintos retratos tanto en Nueva York como en París o en España, entre ellos a la ex esposa Gladys, el pianista Arthur Rubinstein, el bailarín Antonio, Vicente Escudero, Antonio Bienvenida, los hermanos Peralta. La



Figura 1

empresaria del Ballet Harkness, de viaje por Europa, contrata a Capuletti durante varios años y también la retrata. Reparte las estancias entre Nueva York y París. Ahora hace cuadros cada vez más elaborados, 10 a 12 por año, pero en algunas de las exposiciones reúne hasta 30 o 40, que son presenciados por los actores más famosos del momento: Vencen Price, Gloria Swanson, Greta Garbo, la viuda del presidente Rooswel, la marquesa de Portago, el retrato del matrimonio Wilson. En la exposiciones de San Francisco está el Marques de Alcántara de la embajada española, los actores Shelley Winters, Jean Simón y retrata también al jefe de la Nato Lauris Norstad. En estos años aseguró el pintor ir "cada vez más fuerte al realismo".

En la fase de su segunda exposición, Hammer lleva 39 cuadros de los que consigue vender casi todos, siendo reconocido por la crítica. Abunda el realismo erótico, desnudos en paisajes infinitos, más duros, menos angélicos que los de Dalí. Se influye de Chirinco y de Dalí pero su arte sigue siendo muy personal. Este es el momento en que lucha contra la invasión del abstracto. También en el 63 abundan los desnudos de espaldas en lejanas vistas de los grandes edificios de Nueva York; sin embargo en los 70, en la última exposición, Hammer persiste la línea de desnudos femeninos entre cipreses y playas solitarias. Destacan dos magníficos cuadros inspirados en Zurbarán ("El sombrero de Sta. Margarita") y Velázquez ("Las tentaciones de Don Diego"). Ha ganado el pintor en cromatismo variado y en luminosidad con tonos y transparencias ganadas con la experiencia. Esto es el máximo, consiguiendo un hiperrealismo más poético e intimista, como ocurrirá también en sus últimos años. De regreso de Nueva York visita a Dalí en 1970, en Port Ligat, al que tanto admiraba.

Desde 1968 vive en España en el pueblo sevillano de Mairena de Alcor, sede del flamenco y cante jondo. Ama Andalucía y recuerda a V. Escudero, el vallisoletano. Aquí hace amistad con A. Bienvenida y los hermanos Peralta.

#### Triste suceso

En 1973 se separa de Pilar López, la rectora de su carrera durante 22 años.



Figura 2

En 1971 Capuletti había conocido a Iris Henrich, felices en su relación a pesar de su diferencia de edad, residiendo en la torre de Madrid siendo la modelo de sus últimos cuadros donde reaparece la intimidad y la poesía tras el embarazo y el nacimiento de Iris Desireé, haciendo serie de siete cuadros de este acontecimiento antes y después del parto, llamados "maternidades" y expuestos en la galería Carmen Durango de Valladolid y en Sen de Madrid.

En 1978 viajan a Walluf, donde nació Iris y estando allí, Capuletti sufrió un ataque de disnea teniendo que ser trasladado a 3 kilómetros a un hospital. Sufrir un ataque de apoplejía y fallece al día siguiente, siendo enterrado el 28 de septiembre en el cementerio de Walluf.

#### Su técnica

Es pintura muy cuidada, sin prisas. En 1950 ve la obra de Vermeer, de ahí le nace el apego a los pequeños cuadros, quedando tan impresionado que se jura a si mismo dominar su técnica y ser

figurativo. Manda el dibujo y después los colores intensos pero no densos, recordándonos a Piero de la Francesca. Eso es clásico; son colores tan intensos que parecen querer dialogar con el observador. Aparece también mucha luz con armonía y orden en las figuras. Todo es silencio, donde hay presencia y ausencia.

En estos años está luchando contra la abstracción que todo lo invade. Decía Capuletti que lo pintado tenía que tener una raíz humana. Cuando está en Nueva York es más realista aún, llegando al hiperrealismo, pero siempre vitalista. Ante todo esto se acuerda de Pilar de quien asegura que "gracias a ella he podido trabajar y vivir tranquilo sin preocuparme de nada". Los desnudos de ella son luminosos y casi perfectos. Maneja en sus obras una sexualidad dura, alejada de la de Dalí. Él decía que "el erotismo está en mi pintura y con mi vida", y lo ve como algo natural, como "la alegría del amor". Admite que "sus dibujos son fuertes, pero no llegan a lo obscuro o degradado. Es una cualidad

humana como la inteligencia, la belleza o la integridad moral." Para él lo erótico era belleza y lo pornográfico suciedad.

#### LA BOTELLA DE LAS DANAIDES.

Ver figura 1. Óleo sobre lienzo de 80 por 71 centímetros, de 1962. Firmado abajo a la derecha. Exposición Hammer de 1963. Destaca el silencio de un drama alucinante de una mujer sentada, desnuda, clavando agujas a una botella de pie sobre una mesa y la cual sangra. Es la imposibilidad de un cristal perforable, sensible y sangrante. La modelo está en claro-oscuro bañada de luz y sombras, de gran belleza y colores planos. Sentada en una banqueta, es una figura genial con todo su cuerpo pendiente de la acción que ejerce, en torsión hacia la izquierda y con los pies casi suspendidos que apenas tocan el suelo. La habitación está también desnuda, con paredes ocre. En la mesa hay un paño maravilloso como si nos recordara a los blancos de Zurbarán. Es un cuadro que en su silencio y acción mantiene diálogo y meditación. La plástica es extraordinaria y de un total dominio técnico.

#### LA ÚLTIMA HORA DE LADY GODIVA.

Ver figura 2. Óleo sobre lienzo de 102 por 77 centímetros. De 1965-66. Exposición Hammer de 1966. En una calle convergente y desierta avanza en un caballo blanco una jinete desnuda, que es una niña, por una pequeña ciudad cuyas puertas y ventanas están cerradas. La atmósfera es relajada y silenciosa. Decía la escritora Aym Rand que "el golpear de los cascos y el remolino de papeles por el suelo que mueve el viento, todo ello es apenas audible. "El cuadro se basa en la posible leyenda del documento de un monje del S.XIII que relata la historia de una dama sajona del siglo XI, Lady Godiva, esposa del conde Leofric y Señor de Coventry, quien le pidió que bajara los impuestos enormes que padecía el pueblo; negándose primero y pensándolo después, le dijo que accedería si atravesaba la ciudad desnuda en un caballo blanco. Así lo hizo la bella dama, sólo cubierta con su larga cabellera, mientras los vecinos habían cerrado puertas y ventanas en señal de respeto a su paso. Sólo uno se atrevió a mirar, quedando ciego. Desde el siglo XVII al XIX, en su memoria se celebró la procesión de Godiva.

**PRIMAE NOCTIS.** Ver figura 3. Se trata de una de las mejores obras. Óleo sobre lienzo de 78 por 73 centímetros. 1962. Firmado. Exposición Hammer de 1963. Aparece la novia y tres damas que la ayudan. Se nota la influencia de Piero de la Francesca: ropajes del 400 hasta los pies de intenso color rojo vivo, dedicadas ellas a toda la parafernalia de la higiene y aseo de la futura casada. Se supone que acababa de bañarse y se está secando al sol desnuda, en posición muy recta, sentada y apoyando las dos manos. Todas tienen bellísimo cuello muy largo, la de la izquierda lleva una cinta en su cabeza y va a peinar tensando el pelo de la novia. La del centro muestra su pecho, cuello y rostro frontalmente y entre sus manos sujeta la camisa blanca que después va a poner a la novia. A la

derecha, de espaldas, la tercera mujer sujeta el resto de ropa para vestirla en blanco y negro; es el personaje más alto, que embellece el cuadro y llena la parte del cielo amplísimo del fondo. A media perspectiva, nueve cipreses visibles de moderado tamaño. El ciprés es el árbol que favorece el amor y la suerte. Finas y escasas nubes cruzan horizontalmente el cielo con gran elegancia, un azul cielo muy liviano y luminoso. Estos personajes parecen habitar en el palacete del fondo inferior derecho del cuadro. Todas las figuras aparecen ancladas en el suelo, en su ritual, señalando el instante como una fotografía onírica. El cuadro está bañado por la luz blanca como en los frescos del pintor italiano. La obra podría llamarse también "La Toilette de la novia".



Figura 3



DESCUBRA NUESTRAS  
**COBERTURAS  
EXCLUSIVAS**

PENSADAS  
PARA USTED  
Y SU HOGAR

Hasta un

**25%<sup>\*</sup>**  
dto.

**en su Seguro de Hogar**

LA LLAVE DE LA SEGURIDAD DE SU CASA

- ✓ MANITAS DEL HOGAR
- ✓ MANITAS DE ASISTENCIA
- ✓ MANITAS TECNOLÓGICO
- ✓ ASISTENCIA INFORMÁTICA



**www.amaseguros.com**  
**902 30 30 10**

**A.M.A. VALLADOLID**

Doctrinos, 18; bajo Tel. 983 35 78 99 valladolid@amaseguros.com

Síganos en     

(\*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados hasta el 30 de septiembre de 2017. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

