

axis

Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid



El Colegio renueva la web • Nueva Comisión Deontológica • La Troncalidad

40 ANIVERSARIO



Con la compra de un televisor Reference de LOEWE,
regalo de un equipo de Audio-Video valorado en 4.579€

Promoción válida sólo hasta el 5 de enero de 2011

LOEWE.

hoyman 

Héroes Alcázar de Toledo, 10
Telf. 983 35 22 11
Fax 983 37 59 52
47001 VALLADOLID

hoyman@hoyman.es · www.hoyman.es

Han transcurrido 5 meses desde la toma de posesión de la actual Junta Directiva del Ilustre Colegio de Médicos de Valladolid y en este tiempo venimos trabajando en el desarrollo de nuestras líneas estratégicas, fruto de las cuales podemos presentar en este momento tres de nuestros objetivos más apreciados: el nuevo Portal WEB del Colegio de Médicos, la Comisión de Ética y Deontología y los Ciclos de Conferencias de los jueves.

Las Corporaciones de Derecho Público, entre las que se encuentra nuestro Colegio de Médicos, deben completar un proceso de modernización y adaptación progresivo a las nuevas tecnologías, al mismo tiempo que tienen la obligación de relacionarse no sólo con sus colegiados, sino con la sociedad, en definitiva con los ciudadanos, que son los receptores de los servicios que prestan los médicos.

La modernización del Colegio constituía una de las prioridades del nuevo equipo directivo del Colegio de Médicos, fruto del trabajo para conseguir este objetivo, podemos presentar en este momento el nuevo Portal WEB del Colegio de Médicos de Valladolid, <http://www.medicosva.es/>

Este portal pretende dar respuesta a las necesidades de comunicación con los colegiados y los ciudadanos, adaptarse a la Ley 17/2009 de 23 de noviembre sobre libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio, a la llamada Ley Ómnibus, y permitir de forma ágil mejoras en la información y en la gestión.

En definitiva, ofrecer una información actualizada y dinámica y rentabilizar este recurso como fuente de información segura, directa y asequible tanto para los colegiados como para los ciudadanos, con sus diferentes niveles de acceso.

El pasado 14 de octubre, tomó posesión en el Museo de San Gregorio en un acto público ante la sociedad, la nueva Comisión de Ética y Deontología, que será la encargada de regular, velar y garantizar nuestro ejercicio profesional.

Esta Comisión constituye el órgano asesor de la Junta Directiva en todas las cuestiones y asuntos relacionados con materia de ética y deontología profesional y manifiesta el compromiso de la profesión médica vallisoletana a regirnos por unos valores y principios que hacemos públicos.

Su presidente el Dr. D. Juan Carlos Martín Escudero manifestó en el acto de toma de posesión, "La sociedad espera de nosotros los médicos, la excelencia, la comisión debe promoverla junto con la beneficencia".

Por último, reseñar que el jueves 28 de octubre iniciaron los ciclos de conferencias de los jueves con la Dra. Dña. Verónica Casado Vicente, Presidenta de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria y Vicepresidenta del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, que habló sobre "La continuidad formativa en medicina: papel de la troncalidad en la formación especializada".

Estos ciclos de conferencias se desarrollarán durante el cuarto trimestre del presente año, tendrán continuidad durante el año 2011 y pretenden fomentar un foro de debate sobre temas sanitarios de actualidad. La última programada de este año correrá a cargo del Profesor Arcadi Gual Sala, que el 2 de diciembre nos hablará sobre la Validación Periódica de la Colegiación, constituyendo este proyecto una línea estratégica del Consejo General de Colegios de Médicos de España y en el que nuestro Colegio va a colaborar desde su inicio de manera activa, siendo conscientes de las lógicas resistencias que estos procedimientos generan debido fundamentalmente al desconocimiento, somos de la opinión de que su puesta en marcha prudente, desde dentro de la profesión será una garantía para todos.

Sumario

Editorial	3
El Colegio al día	
<ul style="list-style-type: none"> • El Colegio de Médicos renueva su página web • Los miembros de la nueva Comisión Deontológica tomaron posesión de sus cargos • Celebración del Día del Médico Jubilado • Ciclo de conferencias y próximos cursos • Actividades colegiales para 2010-2011 • Ayudas al estudio • Patronato de Huérfanos y Protección Social • El Colegio de Médicos es ya 'Amigo del Museo San Gregorio' • Movimiento de Colegiados 	6
Un día en...	14
<ul style="list-style-type: none"> • Centro de Salud Arturo Eyries • Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario 	
Especialidades	18
<ul style="list-style-type: none"> • La Troncalidad 	
Fundación para la Formación	28
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo Científico: Efecto del ácido acetilsalicílico en la úlcera venosa de la extremidad inferior 	
Arte de Igea	35
<ul style="list-style-type: none"> • In extremis. Los deportes de aventura (VIII) 	
In albis	37
<ul style="list-style-type: none"> • San Cosme y San Damián 	
De viaje a	39
<ul style="list-style-type: none"> • Escocia, corazón verde 	

CONSEJO EDITORIAL

Presidente: José Antonio Otero Rodríguez
Vicepresidente 1º: Juan del Río-Hortega Bereciartu
Vicepresidente 2º: Félix Heras Gómez
Secretario: José Luis Almodí Alegre
Vicesecretario: Alberto Verrier Hernández
Tesorero: Luis Quintero González
Vocales: Félix del Campo Matías, Luis Miguel Olea de la Cruz
 Roberto García Barbadillo, M^a Eugenia Fernández Rodríguez
 Adela López Tabera, José Antonio Sastre Yusta
 Fernando Rescalvo Santiago, M^a Dolores Tremiño San Emeterio
 Sofia Martín Pelayo, Marta Ocaña Martín-González.

Edita: Colegio Oficial de Médicos de Valladolid
 c/ Pasión, 13, 3º. 47001 Valladolid
 Apartado de Correos 231
Teléfonos: 983 355 488/ 983 351 703
Fax: 983 350 254
Página Web: www.medicosva.es
Depósito Legal: VA-225/1963
ISSN: 1132-4678



Producción Editorial: Nueva Comunicación



Avenida Padre Isla, 70, 1º B - 24002 LEÓN
 Teléfono 902 91 00 02 - Fax 987 07 27 43
info@nuevacomunicacion.com
www.nuevacomunicacion.com

El Colegio de Médicos renueva su página web

El Colegio de Médicos está renovando completamente su página web www.medicosva.com con un doble objetivo: facilitar la búsqueda de información y facilitar la navegación por la misma. Pero para ello necesitamos actualizar y completar tus datos colegiales en nuestra base de datos.



Es absolutamente necesario que aporten su dirección de correo electrónico.

- Colegiado nº :
- Nombre:
- Apellidos:
- Teléfono móvil:
- Teléfono fijo:
- Domicilio:
- Población:
- C.P.:
- Especialidad:
- Centro de Trabajo:
- Correo electrónico



Usuario: NIF con la letra en mayúscula

Clave: va+los cuatro dígitos del número de colegiado

Ejemplo: Usuario 11111111M Clave: va9999

Puedes hacerlo de varias formas:

1. En el portal web del Colegio de Médicos: <http://www.medicosva.es/>
2. Por correo electrónico a: info@medicosva.es
3. Por correo postal: C/ Pasión, 13, 3- 47001 VALLADOLID.
4. Telefónicamente en : 983 355 488 - 983 351 703
5. Por Fax: 983 350 254.

Los miembros de la nueva Comisión Deontológica tomaron posesión de sus cargos

Nueve especialistas forman parte de la misma



El Colegio de Médicos ya tiene nueva Comisión de Ética y Deontología. La recién constituida comisión tiene entre sus funciones la de asesorar a la Junta Directiva, dictaminando antes de algunas de sus decisiones, o informar en caso de procesos disciplinarios. Nueve profesionales de la medicina que velarán por el cumplimiento del código deontológico que se asocia con la profesión. Como reconoció, tras la toma de posesión el pasado 14 de octubre, Juan Carlos Martín Escudero, presidente de la comisión, "la sociedad espera de nosotros los médicos, la excelencia. La comisión debe promoverla, junto con la beneficencia."

La comisión está presidida por Juan

Carlos Martín Escudero, internista del Hospital Universitario Río Hortega; siendo secretario general Luis Fombellida Velasco, especialista en Medicina Legal y Forense. Asimismo integran el equipo: Albino Álvarez Recio, médico de Familia; Elena Burón Martínez, médico especialista en pediatría y jefe de la UCI pediátrica del Hospital Clínico Universitario; Ramón Esteban Arnáiz, psiquiatra; José María Manso Martínez, internista en el Hospital Clínico Universitario; Carlos Martín Lorenzo, geriatra del Hospital Benito Menni; José María Prieto de Paula, internista del Hospital Clínico Universitario y Fabriciano Sánchez Yáñez, cirujano.

Conferencia de Javier Sádaba

Tras el juramento del cargo, Javier Sádaba, Catedrático de Ética y Filosofía en la Universidad Autónoma de Madrid, pronunció la conferencia titulada 'Valores, su diversidad y la profesión médica' ante casi un centenar de asistentes. Destacó que "los grandes valores no se circunscriben a una determinada circunstancia histórica", asegurando además que "dañar la integridad física de alguien debe prohibirse". Pese a afirmar que no hay una ética sólo para médicos, en su intervención recordó que es una profesión con características propias, que trata a personas en relación con la vida y la muerte y que, por tanto, "la labor del médico consiste en cuidar y curar."

Los facultativos celebraron el Día del Médico Jubilado

A las doce se celebró en la Iglesia de Nuestra Señora de San Lorenzo una misa en honor de los Santos Patronos con un recuerdo para los fallecidos de la sección. Posteriormente, el Salón del Colegio de Médicos acogió un acto institucional en el que el presidente de la institución colegial, José Antonio Otero, dirigió unas palabras al



auditorio para posteriormente ceder la palabra al Profesor Catedrático de Prehistoria de la Universidad de Valladolid, Fernando Romero Carnicero, que pronunció una conferencia bajo el título 'Vino y banquete en las celebraciones vacceas'. La jornada culminó con la comida de confraternización.

gero hotel

prado boyal

- Plazas para válidos y asistidos
- Asistencia médica
- Amplios jardines
- Salones, gimnasio, fisioterapia capilla, peluquería, internet
- Centro de día

Residencia para personas mayores

...un verdadero hotel para mayores

La Residencia para Personas Mayores GERO-HOTEL PRADO BOYAL, es la culminación del esfuerzo de un equipo de profesionales que hemos aportado nuestra experiencia y capacidad, para concebir, diseñar, construir y gestionar un edificio especialmente adaptado a las necesidades actuales y futuras de los usuarios, de sus familiares y de los trabajadores que lo utilicen, en un entorno tranquilo y a la vez perfectamente integrado en la comunidad y equipado con los más modernos sistemas de climatización, vigilancia y comunicaciones.

VENGA A CONOCERNOS

Si Ud. no puede venir le recogemos y le volvemos a llevar



...en Laguna de Duero



...cuidado y alojamiento

Moderna y funcional, GERO-HOTEL PRADO BOYAL reúne todas las características para ser la Residencia ideal:

Por su ubicación, A cinco minutos de Valladolid capital. En la mejor zona residencial de Laguna de Duero, junto al Centro de Ocio y al lado del Parque de las Eras.

Por su diseño, La amplitud y luminosidad de todas sus estancias y salones, es otra muestra de la calidad arquitectónica del edificio, que ha cuidado hasta el más mínimo detalle los materiales, colores y formas de cada uno de los muebles y enseres.

Por su tamaño, Con 99 plazas tiene la capacidad idónea para atender todas las necesidades de cada usuario de forma personalizada.

Por sus servicios, Calidad 5 estrellas, adaptados a las necesidades particulares con el mejor trato profesional y humano.

Por sus instalaciones, Un equipamiento de Alto Standing pensando para la confortabilidad, dotada de Aire Acondicionado, calefacción de suelo radiante, paneles solares, etc. entre otros y un mobiliario de diseño cuidado de líneas modernas y confort estudiado.

983 214 444

Con la garantía de:
GRUPO COVIPRO

C/ Prado 16, 47140 Laguna de Duero www.gerohotel.com

Ciclo de conferencias sobre actualidad sanitaria

Durante el mes de octubre y hasta diciembre el Colegio de Médicos mantiene un ciclo de conferencias de diversos temas de actualidad en el mundo sanitario que se inauguró el pasado 28 de octubre con la intervención de la Presidenta de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria y Vicepresidenta del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, la doctora Verónica Casado Vicente, quien habló de la 'Continuidad en la Formación de Espe-

cialistas, papel de la Troncalidad'. El ciclo de conferencias continuará hasta el mes de diciembre. Todas las conferencias tendrán lugar en el Salón de Actos del Colegio Oficial de Médicos de Valladolid y comenzarán a las 19.30 h.

Próximas conferencias:

11 de noviembre: "Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público". Dr. JOSÉ RAMÓN REPULLO LABRADOR, Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la

Salud de la Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III.

25 de noviembre: "Los Profesionales. El Centro del Sistema". Dra. ANA MARÍA PASTOR JULIÁN, Vicepresidenta Segunda del Congreso de los Diputados y Ex-Ministra de Sanidad y Consumo.

2 de diciembre: "Validación Periódica de la Colegiación". Dr. ARCADI GUAL SALA, Catedrático de Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona y Director de la Fundación Educación Médica.



La Fundación para la Formación organiza el curso 'Avances y actualización en Diabetes Mellitus tipo 2'

La diabetes mellitus es una entidad clínica de alta prevalencia y elevada morbi-mortalidad, que ya es considerada como la epidemia del siglo XXI. La Fundación para la Formación del Colegio de Médicos organiza un curso cuyo objetivo general es que los profesionales actualicen sus conocimientos en la diabetes mellitus tipo 2 y conozcan y sepan aplicar en la clínica diaria los nuevos avances patogénicos, clínicos y terapéuticos que se han introducido en el estudio de la diabetes en los últimos años. El curso está acreditado con 1,6 créditos por la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias de Castilla y León.

PROGRAMA

9 de noviembre, de 16:30 a 19:30 h. Inauguración del Curso.

Concepto, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus y situaciones de riesgo para la diabetes (Alteración de la glucosa en ayunas e hiperglucemia posprandial).

Dra. Aurelia Villar Bonet. Endocrinóloga. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. **Criterios de control de la diabetes. Valoración del paciente diabético (historia clínica del diabético).**

Dr. Enrique González Sarmiento. Jefe de Sección de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

16 de noviembre, de 16:30 a 19:30 h.

Diabetes mellitus tipo 2 y otros factores de riesgo cardiovascular asociados (HTA, Dislipemia, Obesidad central...)

Dra. Inmaculada Fernández Galante. Especialista en Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Guías de Alimentación-Nutrición en diabetes. (Evaluación de dietas, formulación, ejemplos prácticos).

Dr. Daniel de Luis Román. Endocrinólogo. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

23 de noviembre, de 16:30 a 19:30 h.

Tratamiento y prevención de las situaciones de riesgo para la diabetes y del síndrome metabólico

Dr. José Zurro Hernández. Endocrinólogo. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. **Tratamiento oral de la diabetes. Nuevas terapéuticas**

Dr. Luis Cuellar Olmedo. Endocrinólogo. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

30 de noviembre, de 16:30 a 19:30 h.

Tratamiento insulínico.

Dr. Gonzalo Díaz Soto. Endocrinólogo. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Seguimiento del paciente diabético en Atención Primaria

Dr. Tomás Morán Caballero. Médico de familia. C. S. Parquesol.

Más info:

Fundación para la Formación.

Colegio Oficial de Médicos de Valladolid.

C/ Pasión 13 - 3º. 47001 - Valladolid.

Tel: 983 35 17 03

Fax: 983 350 254

administracion@ffcmva.org

administracion1@ffcmva.org

www.ffcmva.org



Taller de 'Tabaquismo Socalpar'

El pasado 2 de octubre se celebró en la sede colegial un taller sobre tabaquismo que convocó a facultativos de Atención Primaria, Neumólogos y profesionales de Castilla y León. El Taller fue impartido por la doctora Teresa Antolín, Presidenta del Comité Científico de la Sociedad Castellano-Leonesa y Cantabra de Patología Respiratoria (SOCALPAR) y el doctor Félix Heras Gómez, Vicepresidente 2º del Colegio de Médicos.

Actividades colegiales para 2010-2011



CURSOS DE INGLÉS

Varios niveles. Martes y jueves, de 17.00 a 21.00 h. Comienzo en noviembre. Se trabaja el inglés oral: comprensión auditiva y expresión oral. Estos cursos se imparten en las instalaciones del Colegio Médicos de la calle de la Pasión nº 13-3º. Las clases son de dos horas semanales y tienen un coste reducido de un 25%, por lo que el precio mensual es de 47 euros.

TALLERES CREATIVOS DE INGLÉS para niños desde 3 años

Cursos diseñados para los más pequeños. Se mezclan diversión, actividades y clases de conversación. Los idiomas se aprenden usándolos y cuanto más temprano mejor.

- 'Aprender Inglés con Manualidades'. Con juegos, canciones, bailes, cuentos y muchas manualidades desarrollamos un tema mensual. Se construye un mundo lleno de imaginación, diversión y trabajo, todo en inglés. Es los lunes para niños de 8 a 11 años y los jueves para 3-7 años.

- 'Cocina divertida y sana'. Cocinar no es sólo para adultos. Se prepara recetas nutritivas y deliciosas y no sólo te divertirás comiéndotelas, sino preparándolas y aprendiendo inglés a la vez. Proponemos los martes para edades de 5 a 11 años.

Se desarrollan en el Club Social Médico (c/Santuario nº 3) de 18:00 a 19:00 horas. El precio mensual por niño y actividad será de 35 euros.

CENTRO DE IDIOMAS UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Mediante el convenio de colaboración que este Colegio de Médicos tiene firmado con la Fundación General de la Universidad de Valladolid, todos los colegiados, familiares de primer grado y hermanos, a partir de los 16 años, pueden beneficiarse de la matrícula a precio de universitario en cualquiera de los cursos que organiza el Centro de Idiomas de la UVA.

Matrículas hasta el 21 de octubre en el "Centro de Idiomas Campus Miguel Delibes" Camino del Cementerio, s/n. Tfno: 983 251758 – cursosidiomas@funge.uva.es

CURSOS DE BUCEO

El Colegio de Médicos oferta para todos los colegiados Cursos de Buceo, tanto de iniciación como de especialización, con condiciones ventajosas. La edad mínima para el curso de iniciación es de 8 años y para el de buceador 1 estrella (1º nivel) 14 años.

VISITAS A LA BODEGAS PROTOS

Bodegas Protos oferta a todos los colegiados importantes descuentos para visitas individuales y de grupos.

CAMPEONATOS DE MUS Y CANASTA

LUGAR: Club Social del Médico. C/ Santuario nº 3.

DÍAS: Canasta, los martes, a partir de las 18:30 horas.

Mus, los jueves, a partir de las 20 horas.

FECHAS: Desde el 19 de octubre, hasta diciembre 2010.

Convocado el XIII CONCURSO INFANTIL DE DIBUJOS NAVIDEÑOS

Con motivo de las próximas fechas navideñas el Colegio Oficial de Médicos de Valladolid convoca el **XIII CONCURSO INFANTIL DE DIBUJOS NAVIDEÑOS** dirigido a todos los pequeños, con arreglo a las siguientes **BASES**:

Pueden participar todos los hijos y nietos de médicos colegiados en Valladolid, con edad no superior a los 9 años. Sólo se admitirá un dibujo por autor. El tema del dibujo será la Navidad y se podrá emplear cualquier tipo de papel en tamaño folio (A4).

Se recomienda la utilización de rotuladores, ceras, etc... u otro tipo de pinturas que permita un buen contraste de colores.

Los dibujos se presentarán en un sobre cerrado en cuyo exterior figurará un lema. Se acompañará de otro sobre cerrado con el mismo lema en su parte exterior y en su interior se harán constar los siguientes datos: nombre del autor, edad, domicilio, teléfono, un correo electrónico de contacto y nombre del médico colegiado/a.

El plazo de **presentación finalizará el lunes 29 de noviembre, a las 14 horas**, en las oficinas colegiales.

La presentación de un dibujo a concurso supone la aceptación de las presentes bases. La totalidad de los dibujos quedará en propiedad del Colegio Oficial de Médicos de Valladolid. La decisión del jurado será inapelable.

El **dibujo ganador será el modelo de felicitación** que empleará el Colegio para estas navidades. Se premiará a los tres primeros dibujos seleccionados, con un cheque-regalo por el importe de 150, 100 y 75 euros, respectivamente y se entregará diploma a todos los participantes en la Fiesta de Reyes Magos que se celebrará el día 5 de enero próximo.

El fallo será comunicado por correo electrónico a todos los participantes y se hará público en la página web del Colegio de Médicos.

INFORMACIÓN e INSCRIPCIONES para todas las actividades en las oficinas colegiales, en horario de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 h. y los martes de 17:00 a 19:00 h. También en los teléfonos 983 355488-351703, o enviando un e-mail a: belen@medicosva.es

Nuestra intención

Estimados colegas y amigos:

Desde el Colegio queremos hacer os llegar nuestro interés en ayudar de manera personal a los compañeros y a sus familias que tengan que sufrir el padecimiento de una enfermedad en su domicilio o en un hospital de nuestra provincia.

Creemos que es deber de todo médico cumplir con uno de los artículos primordiales de nuestro juramento hipocrático. Entre todos debemos ayudarnos en el sufrimiento y en otros momentos de debilidad física y/o psicológica de nuestros compañeros, tan propios del ser humano.

La única manera sensata de tener conocimiento de vuestra situación personal es mediante vuestra demanda o la de vuestra familia. Por ello os agradeceríamos nos informéis de vuestras necesidades. En este sentido, también nos parece oportuno ampliar nuestro ofrecimiento a situaciones especiales que pudieran darse en los aspectos social y sanitario. Nos sería de gran ayuda y creemos también para todos nuestros colegas, nos informéis de vuestra presencia en hospitales, residencias, domicilios, etc., para poder visitarnos -si lo consideráis oportuno- así como de las demandas personales que creáis conveniente.

De esta manera, entre todos y en lo posible, podremos poder prestar la atención y el gesto humano que los profesionales de la medicina deben recibir de sus colegas.

Recibid un fuerte abrazo.

LA JUNTA DIRECTIVA

EL PATRONATO DE HUÉRFANOS Y PROTECCIÓN SOCIAL, MAS DE 90 AÑOS DE SOLIDARIDAD

Con más de 90 años de solidaridad los que lleva la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias ofreciendo su ayuda y dedicación para médicos así como los hijos de los colegiados fallecidos. Hoy en día, la Fundación presta asistencia a más de 3.000 personas entre huérfanos de médicos en edad estudiantil o huérfanos mayores, médicos enfermos o jubilados y viudas de colegiados.

Cada año se entrega cerca de 18 millones de euros para ayudar a los médicos y a sus familias, gracias a la aportación de los colegios de médicos provinciales desde 1917.

La Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias concede tres tipos de ayudas. Por un lado, las prestaciones educacionales que pueden ser mensuales, becas, libros y matrículas, así como títulos académicos y

la concesión del Premio Jesús Galán. Por otro lado, prestaciones asistenciales, para médicos jubilados o incapacitados y familiares de médicos así como los gastos que recaigan sobre el colegiado si precisa del Programa de Ayuda Integral al Médico Enfermo (PAIME) o ayudas para las cuotas de aquellos médicos que deban estar en centros psiquiátricos o en la Residencia de Mayores Siglo XXI 'Doctor Sacristán'. A estas dos prestaciones se suman a partir de este año 2010 las ayudas a la dependencia y conciliación de la vida familiar, adaptándose así a las necesidades y demandas de la sociedad actual. Los beneficiarios de este tipo de ayudas podrán ser aquellas personas que hayan sido médicos colegiados, viudos, huérfanos de médicos colegiados o aquel personal empleado de plantilla de cualquier colegio provincial o del Consejo General que sea asociado protector de la Fundación.

PREMIOS

Desde hace treinta años, están instaurados los premios Jesús Galán, que siguiendo el espíritu del médico que llevan su nombre, pretenden premiar el trabajo y la dedicación al estudio académico que realizan los huérfanos de médicos adscritos al Patronato, independientemente de las becas y ayudas que reciben a lo largo de todo su periodo formativo.

Hoy, el premio Jesús Galán destaca entre las ayudas educacionales prestadas por la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias, reconociendo cada año los mejores expedientes académicos a propuesta de los diferentes colegios de médicos provinciales.

Por otro lado, desde el 2009, la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias ha puesto en marcha el premio artístico "Certamen Iberoamericano de las Artes" que cuenta con siete categorías (novela, pintura, escultura, relato corto, dibujo, fotografía y poesía) y en el que pueden participar todos los médicos españoles e iberoamericanos así como el personal de los Colegios de Médicos y del Consejo General.

Todo ello refleja más de 90 años de historia donde la Fundación ha estado guiada por el único principio de la solidaridad con el objetivo de poder ofrecer protección y ayuda a los médicos y sus familias.

AYUDAS DE ESTUDIO

El Colegio Oficial de Médicos de Valladolid, en su deseo de hacer posible los estudios superiores a quienes, reuniendo condiciones para ello, tengan dificultades económicas, convoca **OCHO AYUDAS DE ESTUDIO** para el presente curso 2010/11, con una dotación de **1.000 euros** cada una de ellas, que se adjudicarán con arreglo a las siguientes:

BASES

1. Podrán solicitarlas todos aquellos huérfanos o hijos de médicos colegiados en este Colegio Oficial.
2. Tendrán preferencia los huérfanos e hijos de médicos en situación económica insuficiente, oído el informe de la Trabajadora Social del Colegio.
3. A la solicitud deberá acompañarse la siguiente documentación: resguardo de

- matrícula; certificación académica; copia de la última declaración de la renta.
4. Las decisiones de la Junta Directiva son inapelables.
5. La concesión de una "Ayuda de Estudios" no supone derecho alguno para las que se convoquen sucesivamente.
6. El plazo de admisión de la documentación finalizará el día 29 de octubre del presente año.



CURSOS DE VERANO de Inglés en Inglaterra

Cambridge • Oxford • Londres

Cursos de Verano de prestigio y calidad

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

También disponibles
Cursos en:
Alemania
Francia

Salidas desde Valladolid y otros puntos de España



Centros con acreditación de:



accredited by
The British Council



Para información completa:

Queen's Gate School™

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

Lola Benavides
 Presidenta Asociación de Amigos
 Museo San Gregorio

POR AMOR AL ARTE

El Colegio de Médicos es ya 'Amigo del Museo San Gregorio'

En Valladolid tenemos la inmensa suerte de contar con el Museo Nacional Colegio de San Gregorio, que representa una de las principales instituciones culturales de nuestro país. Su sede excepcional, y la importancia de su colección escultórica lo convierten en uno de los más relevantes a nivel mundial.

Para darle apoyo y promover su conocimiento en todos los ámbitos sociales, está la Asociación de Amigos. Es una iniciativa privada de ciudadanos y empresas, nacida desinteresadamente y que tiene como finalidad principal el apoyo al propio Museo.

Un proyecto de estas características necesita, evidentemente, del apoyo de la Sociedad a la que sirve. Por eso, al igual que otras instituciones de este género en todo el mundo, nos parece necesario invitar a particulares y empresas a participar en su desarrollo.

Desde su inicio, la Asociación ha venido desarrollando, gracias a la colaboración y esfuerzo de todos los Amigos, una importante labor de consolidación y afianzamiento en la sociedad consiguiendo hacerse un hueco en la actividad cultural de nuestra ciudad.

Así afianzados, la Asociación tiene previsto potenciar su actividad con la finalidad de contribuir a la difusión de las colecciones del Museo Nacional de Colegio de San Gregorio. Sus objetivos se centran, por un lado, en consolidar las líneas de trabajo que se han desarrollado hasta la fecha y, por otro, en introducir nuevas propuestas que contribuyan a la consecución de los fines de la misma.



En la actualidad, el número de socios ha aumentado considerablemente lo cual nos llena de satisfacción ya que siempre es muy agradable encontrar una buena respuesta de implicación de la sociedad en la conservación y promoción de nuestro patrimonio, del cual es una muestra incomparable el Museo Nacional Colegio de San Gregorio.

A través de Amigos del Museo, nos gustaría que todos los amantes del arte y la cultura puedan vincularse a nuestra tarea. Y así, el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid recientemente ha pasado a formar parte de nuestra Asociación. Desde aquí, queremos agradecer a la Junta Directiva, su colaboración y

compromiso con la comunidad y la sociedad, y su ayuda para transmitir un legado que es patrimonio de todos.

Os invitamos a visitar nuestra página web: www.amigosmuseosangregorio.es donde podréis conocernos mejor, saber un poco más sobre la historia del Museo y descubrir todas nuestras actividades.

Desde este momento los médicos de Valladolid sois Amigos: el Museo es vuestra casa. La Asociación os ofrecerá el conocimiento preferente de todas las muestras culturales que pueda desarrollar o albergar el Museo.

Amigos, os esperamos.

"... Sólo se defiende lo que se ama, sólo se ama lo que se conoce..."

MOVIMIENTO COLEGIAL / JULIO-OCTUBRE-NOVIEMBRE**JULIO****ALTAS**

D. JAVIER MARTÍN ETCHEVERRY SAAVEDRA. Traslado ALICANTE.
 D^a. M^a. DEL SOL GRANADOS ALONSO. ID. LA CORUÑA
 D^a SONIA CASERÍO CARBONERO. ID. MADRID
 D^a VIRGINIA CARBAJOSA RODRÍGUEZ. ID. ID.
 D^a ADELA FRAILE PEREDA ID. ID.
 D^a MARÍA PINA PALLIN. ID. VALENCIA
 D^a ANA ISABEL MARTÍN LUENGO. ID. ZARAGOZA
 D^a MARTA MARÍA AYUSO HERNÁNDEZ. ID. MADRID
 D. EDUARDO JOSÉ VERA TORRES. ID. SEGOVIA
 D^a ELENA SÁNCHEZ TERRADILLO. ID. ÁVILA
 D. MAURICIO ALFREDO LOUCEL BELLINO. INGRESO
 D. FCO. JOAQUÍN VILLAGÓMEZ HIDALDO. ID.
 D. JUAN ENRIQUE TRUJILLO WURTTELE. ID.
 D^a PAOLA CHÁVEZ AGURTO. ID.
 D^a YNGRID MARIBY MARROQUIN. ID.
 D^a ISABEL CRISTINA LOPEZ MESTANZA. ID.

BAJAS

D. JESÚS VENTURA PERNIA MORÁN. FALLECIMIENTO
 D^a RAQUEL ESTEBAN SAIZ. TRASLADO. BADAJOZ
 D^a PILAR JESÚS DEL POZO TAGARRO. ID. BURGOS
 D. JORGE LUIS MAYOR JEREZ. ID. MADRID
 D^a ROCÍO RAMOS MARTÍN. ID. CANTABRIA
 D^a M^a PILAR ALTOZANO MORENO. ID. SEVILLA
 D^a M^a ÁNGELES DE ÁLVARO PRIETO. CESE
 D. FERNANDO MONDEJAR QUIRÓS. TRASLADO A SEGOVIA
 D^a M^a BEGOÑA ALAGUERO DEL POZO. ID. AVILA
 D^a MARTA ISABEL CARRASCAL ARRANZ. ID. BURGOS
 D^a SARA YOLANDA URRUTIA RODRÍGUEZ. CESE
 D^a M^a FERNANDA OMAÑA ALONSO. TRASLADO A MADRID
 D^a ANA BELÉN CAMINA GUTIÉRREZ. TRASLADO A BURGOS
 D^a M^a BEGOÑA GUANTES DEL VIG. ID. GUIPUZCOA
 D. JOSÉ MANUEL MARTÍN ANTORÁN. ID. PALENCIA
 D^a MARÍA GONZÁLEZ SALVADOR. ID. MADRID
 D^a MARTA GONZÁLEZ ROZAS. ID. ALICANTE
 D^a M^a VICTORIA GUIJARRO ABAD. ID. CIUDAD REAL
 D. FERNANDO F. SÁNCHEZ MANNARELLI. CESE
 D^a IRIA MARÍA PRIETO PAYO. TRASLADO A MADRID
 D. MIGUEL ARCHANCO OLCESE. ID. MADRID
 D^a ARANZAZU VÁZQUEZ SASOT. ID. LERIDA
 D^a ALICIA ELENA JIMENO DUNCAN. ID. MADRID
 D^a YEIMY ÁLVAREZ MARTÍNEZ. ID. MADRID

SEPTIEMBRE**ALTAS**

D^a CAROLINA ALMOHALLA ÁLVAREZ. Traslado de ORENSE
 D^a NURIA LÓPEZ CABEZA. ID. ÁVILA
 D. DAVID ALONSO PEÑA. ID. CANTABRIA
 D^a PATRICIA BLANCO DEL VALLE. ID. LEON
 D. DANTE ABRAHAN MONDRAGÓN OJEDA. INGRESO
 D. JESÚS ISRAEL CARRIÓN HERNÁNDEZ. ID.

BAJAS

D. EDUARDO CALAMITA HERRERA. FALLECIMIENTO
 D. YOLANDA SAMPEDRO MARTÍN. TRASLADO A PALENCIA
 D^a LAURA SÁNCHEZ VELICIA. ID. A LEÓN
 D^a CARMEN RUÍZ ALMIRÓN. ID. A OVIEDO
 D. JAVIER IVÁN DOMÍNGUEZ HORMIGA. CESE

OCTUBRE**ALTAS**

D. JAVIER PORTERO HERNANDEZ. Traslado de MADRID
 D^a. M^a LUISA MANRIQUE REVILLA. REINGRESO
 D. GUSTAVO ERNESTO SAAVEDRA. INGRESO

BAJAS

D. JAVIER MARTÍN ETCHEVERRY SAAVEDRA. CESE
 D^a. ALICIA SÁNCHEZ GARCÍA. CESE
 D. ÁNGEL FERRERO CARVAJAL. FALLECIMIENTO
 D^a JOSEFINA-YOLANDA MARTÍN ORTEGA. CESE
 D. PEDRO ANTONIO PASCUAL ALONSO. TRASLADO a CADIZ
 D^a. BEATRIZ VICENTE MONTES. ID. a LEÓN
 D^a. ROSA MARÍA NIETO SÁNCHEZ. ID. a BURGOS
 D^a. M^a CRUZ CALVO REYES. ID. ID.
 D. JAVIER ARRIBAS GARCÍA. CESE
 D^a. M^a JIMENA ROJAS SPANO. CESE

NOVIEMBRE**ALTAS**

D^a ELISA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ. Traslado de MADRID
 D. ENRIQUE DARIO LIZARRAGA FEBRES. ID. de CORDOBA
 D^a ELENA CAROLINA ORELLANA RAMÍREZ. INGRESO
 D. LUIS ORLANDO ALDANA FERNÁNDEZ. ID.
 D. LUIS MIGUEL CANO CASTRO. Traslado de ZAMORA

BAJAS

D. JORGE CARLOS REICHERT GARCIA. Traslado a la CORUÑA
 D^a M^a DEL ROSARIO GUILLÉN VICENTE-ARCHE. CESE
 D^a M^a JOSEFA MARTÍNEZ HERAS. Traslado a TOLEDO
 D^a MARTA ALONSO MESONERO. ID. SEGOVIA
 D^a M^a ISABEL ESTÉBAN SÁEZ. ID. JAEN
 D. LUIS SANTOVEÑA GONZÁLEZ. ID. ASTURIAS

CENTRO DE SALUD ARTURO EYRIES

El Centro de Salud de Arturo Eyries, uno de los más antiguos de Castilla y León, cuenta con una población de referencia de más de 19.000 personas de las zonas de Arturo Eyries y La Rubia.

“Un centro de salud es la puerta de entrada de los usuarios al sistema sanitario”

Elpidio García es el coordinador del Centro de Salud de Arturo Eyries, donde desarrolla su labor profesional desde 1998. A él acuden todo tipo de usuarios acreditados por el Sistema Nacional de Salud, aunque especialmente los de edad avanzada, como recuerda su responsable “generalmente por encima de los 60-65 años demandan más atención”.

El doctor García nos define un centro de salud como “la puerta de entrada de los usuarios al sistema sanitario”. No en vano es el ‘alojamiento’ del paciente, donde se le practica un seguimiento continuo hasta que se resuelve su problema de salud. “Cuando no podemos resolverlo necesitamos recursos de segundo nivel, Y es entonces cuando se solicitan pruebas complementarias. Si además el paciente requiere otro tipo de atención determinada, es derivado a la atención hospitalaria, que en nuestro caso es el Hospital Universitario Río Hortega. Una vez dado de alta, el paciente es derivado de nuevo al Centro de salud con la documentación oportuna”.



Centro de Salud Arturo Eyries.

Este centro de Arturo Eyries cuenta con una plantilla de 34 profesionales: 10 médicos de familia, 2 pediatras, 11 enfermeras, 1 matrona, 1 trabajadora social, 1 fisioterapeuta, 1 auxiliar de enfermería, 5

auxiliares administrativos y 2 celadores. Además, cuentan con personal en formación, tanto alumnos en prácticas como médicos internos residentes.

Los trabajadores se reparten en turnos



Sala de Urgencias.



Ecógrafo.



Antiguas historias médicas.



El doctor Elpidio García, responsable del Centro de Salud Arturo Eyries.

de mañana y de tarde, lo que permite que el centro de salud esté abierto ininterrumpidamente desde las 8 de la mañana hasta las 21 horas. Además, cuenta con un sistema de SUAP (Servicio de Urgencias de Atención Primaria) las 24 horas, con plantilla distinta a la del centro, con el que comparten instalaciones y el personal de admisión.

El centro de salud también comparte espacio físico con el Centro de Especialidades del Hospital Río Hortega. "Actualmente disponemos de módulos anexos a la estructura para ampliar el centro, pero

psíquicos y sociales; tanto en el núcleo familiar como el comunitario".

La consultas se difieren en la siguiente tipología: A demanda, es la que "el usuario solicita libremente"; programadas, "cuando el usuario presenta patología que requiere atención diferente y el profesional le cita aparte para disponer de más tiempo"; y administrativa, "para partes de incapacidad temporal, certificados médicos, recetas, etc." Asimismo se llevan a cabo consultas a domicilio, tanto a demanda como programadas, para pacientes inmovilizados.



Consulta enfermería.



Quirófano.

y realizamos tratamientos quirúrgicos, al igual que actividades puntuales como vacunaciones o campañas estacionales como las de las olas de calor", explica el responsable del centro.

El personal sanitario del centro de salud trabaja en conjunto, organizado en unidades básicas, con consultas "separadas pero en permanente comunicación". Cada una de estas unidades básicas de atención tiene un cupo de aproximadamente 1.700 pacientes asignados.

El trabajo de enfermería es tal vez uno de los más desconocidos, pese a que se ocupa de aspectos tan importantes como curas e inyectables o el seguimiento de pacientes crónicos, con educación para la salud en pacientes diabéticos o con enfermedades pulmonares, por ejemplo, a los que les instruye en el correcto tratamiento, y son sometidos a un seguimiento de los posibles efectos secundarios. Es también fundamental el seguimiento a los pacientes crónicos en su propio domicilio.

En el centro de salud se realizan otras muchas pruebas complementarias "como son extracciones de sangre, electrocardiogramas, ecografías o espirometrías" y para el resto de pruebas se utilizan recursos de otro nivel".

CENTRO DOCENTE

Desde la dirección del Centro de Salud Arturo Eyries se hace hincapié en el programa de formación, ya que son centro docente de pregrado y de postgrado con estudiantes de medicina, enfermería y matrona. El programa MIR cuentan



Sala de preparación para el parto.

nuestro fisioterapeuta y el gimnasio se encuentran alojados en Parquesol".

El doctor Elpidio García subraya que los médicos de familia son una especialidad dentro del sistema sanitario nacional, y abarcan la "atención al paciente de forma integral, en todos sus aspectos, físicos,

En cuanto a la actividad, lo más frecuente son los tratamientos de fisioterapia, actividades de educación sanitaria, terapia de mantenimiento para pacientes afectados por patologías crónicas o tratamientos farmacológicos. "También disponemos de una sala de cirugía menor

"actualmente con 12 médicos de familia en formación. Desde este año además se incluye la especialidad de Enfermería de Familia". Cada médico residente cuenta con dos tutores y funcionan guiados por ellos y por el programa docente de la especialidad.

SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

Una jornada cualquiera en el Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario –que lleva a cabo alrededor de 15 trasplantes de corazón al año– comienza con una reunión de toda la plantilla en la que se decide la actividad diaria.

"Somos referencia en Castilla y León"

El Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario, –dirigido por el doctor Alberto San Román, también director del Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR)–, se ocupa de la salud cardiovascular en los pacientes de su área de referencia, en tres niveles Asistencial, Diagnóstico y de Imagen, así como de los pacientes de Castilla y León que son derivados a este centro en determinados servicios y procesos más complejos, "como son la Hemodinámica, los Trasplantes cardiacos, la Resonancia, o la Unidad de Insuficiencia Cardiaca".

Este servicio es un centro de referencia dentro de la Comunidad, y de ello da fe el número de intervenciones que se efectúan: entre 450 y 500 cirugías, 1.700 intervenciones percutáneas terapéuticas, o trasplantes de corazón, que tan solo se llevan a cabo aquí, que suman un número de entre 10 y 15 al año.

El doctor San Román explica que el servicio trabaja en unas instalaciones repartidas entre el Hospital Clínico Universitario y el Centro de Especialidades de Pilarica, y concentra el Área de Hospitalización, Área de Imagen, de Arritmias y de Hemodinámica. Su papel es fundamental ya que presta apoyo a todos los servicios del hospital, puesto que no sólo trata a sus propios en-

fermos, sino también a aquellos pacientes ingresados en otros servicios del hospital que presenten patología cardiovascular asociada a la que ha motivado su ingreso.

El servicio de Cardiología del Clínico posee un completo equipo de medios compuesto por dos salas de Hemodinámica que incluyen últimas técnicas diagnósticas intravasculares (Ecointravascular o Ibus, Histología virtual, y Tomografía de coherencia óptica). El área de Imagen dispone de cuatro ecocardiógrafos, y dos sondas transesofágicas. En Radiodiagnóstico se dispone de Resonancia Magnética y TAC Multicorte para la realización de estudios cardiológicos. Además de sala de Electrofisiología y, en la Unidad Coronaria, según explica el doctor San Román "disponemos del aparataje necesario para una monitorización invasiva y un mantenimiento de las constantes vitales del paciente, que incluye un balón de contrapulsación, respiradores, aparatos de hemodiafiltración...". La dotación del servicio se completa con ergómetro, ergoespirómetro, holters con 10 grabadoras y varios electrocardiógrafos.

El epicentro del servicio es el Aula "el corazón del servicio que se ocupa del corazón", enfatiza el doctor San Román, el lugar donde todas las mañanas se reúnen y los cardiólogos de guardia informan de

las incidencias acaecidas, en función de las cuales se va a decidir la actividad a desarrollar, las pruebas que se van a realizar, las altas..." Allí también tienen lugar sesiones de expertos, de casos clínicos de residentes, o monográficas, entre muchas otras.

El Servicio de Cardiología cuenta con una plantilla de 18 cardiólogos, 15 médicos residentes, 5 becarios, 5 profesionales dedicados en exclusiva a la investigación; 6 cirujanos, un completo equipo de personal de enfermería (más de 60), y entre 5 y 10 celadores. Por su parte, la Unidad de Investigación está integrada por un coordinador, dos estadísticas y dos enfermeras.

De entre las patologías tratadas la más común es "la cardiopatía isquémica, muy frecuente es también la insuficiencia cardiaca. Entre ambas supone el 80% de los pacientes. La valvulopatía, entre ellas la estenosis aórtica, sería la tercera en frecuencia". Esta última, una enfermedad degenerativa de la válvula aórtica, propia de personas mayores, y por tanto cada vez más común en una comunidad envejecida como es Castilla y León.

Proyectos de investigación en conjunto

En los últimos años, el servicio se ha marcado como objetivo prioritario poner en marcha proyectos de investigación con-



Unidad Hemodinámica.



Sala.



Hemoterapia.

juntamente con otros servicios del hospital, "estamos trabajando con varios departamentos como Cirugía Vasculard, Cirugía Torácica, Medicina Preventiva, Medicina Interna, Cuidados Intensivos, Enfermedades Infecciosas y Neurología, porque resulta altamente enriquecedor para las dos partes ya que las enfermedades casi nunca son exclusivas de una patología concreta y vinculan a varias especialidades".

A nivel general, los objetivos y metas del Servicio de Cirugía Cardiovascular son los mismos que para el resto de servicios y departamentos del Hospital: "que el Clínico se convierta en referencia nacional e internacional, puesto que tiene potencial suficiente con sus excelentes profesionales. Se necesita mantener el compromiso por parte de la dirección, que ya está apoyando nuestras inquietudes y teniendo en cuenta nuestras opiniones, y la implicación por parte del mayor número de servicios y profesionales como sea posible", afirma el doctor San Román.



Dr. Alberto San Román.

ICICORELAB

La Unidad de Imagen (ICICORELAB) fundada en el año 2003 por el doctor Alberto San Román y el doctor Francisco Fernández-Avilés se halla situada en el Servicio de Cardiología del Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR) del Hos-

pital Clínico Universitario. Se ha formado a partir de la necesidad de disponer de determinadas unidades centrales que apoyen la investigación de los centros pertenecientes a la Red de Enfermedades Cardiovasculares (RECAVA), red temática de investigación cooperativa financiada por el Instituto de Salud Carlos III. Está basada en la experiencia del personal de un Servicio de Cardiología con alto nivel de investigación a nivel nacional e internacional. Desde mitad del año 2006 el Director de la Unidad de Imagen es el Dr. Alberto San Román y el Coordinador responsable el Dr. Roman Arnold.

Además, desde el año 2004 existe una cooperación estrecha con la Unidad de Imagen del Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona que ofrece análisis cuantitativos de estudios isotópicos cardíacos y de tomografía computarizada de las arterias coronarias y de otras estructuras cardíacas.

www.icicorelab.es

LIMPIEZA

SEGURIDAD

SOCIOSANITARIOS

SERVICIOS AUXILIARES

TRABAJO TEMPORAL

MANTENIMIENTO

MEDIO AMBIENTE

SERVICIOS LOGÍSTICOS

SERVICIOS GENERALES - FM

TELEMARKETING

El Grupo EULEN es líder en la prestación de Servicios Generales a Empresas y Administraciones.

- Más de 45 años de experiencia.
- Más de 18.000 clientes.
- Más de 82.000 empleados.
- Presente en 12 países.

especialistas a su servicio.

902 355 366 www.eulen.com

España • Argentina • Chile • Colombia • Costa Rica • EE.UU. • México • Panamá • Perú • Portugal • República Dominicana • Uruguay

La troncalidad en las especialidades médicas

Dra. Verónica Casado Vicente.

Médico de Familia del Centro de Salud Universitario Parquesol.

Vicepresidenta del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud

"La misma intensidad con que se cultiva la medicina científica conlleva el peligro de perder el mejor juicio y la cultura amplia de la antigua generación. Osler, Janeway y Halsted no han sido sustituidos". Flexner 1930

INTRODUCCIÓN

El sistema de formación especializada, a través de residencia, a lo largo de sus mas de 30 años ha sido, indudablemente, uno de los elementos que ha contribuido a elevar de forma homogénea en todo el territorio del Estado la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes, situando a nuestro Sistema Nacional de Salud como uno de los que ha alcanzado mayores cotas de calidad en el ámbito de los países mas desarrollados.

Dicho sistema centrado en el que aprende, consiste en una práctica clínica programada y retribuida que permite la asunción progresiva de responsabilidades y un nivel decreciente de supervisión a medida que se avanza en el proceso formativo, con una vinculación laboral entre especialista en formación y el Servicio de Salud en el que está desarrollando el correspondiente programa formativo.

Sin embargo, no está exento de posibilidades de mejora y debe atender a la necesidad de mejora continua en la calidad asistencial y en la seguridad de los pacientes, a los avances científicos y tecnológicos, a los cambios demográficos y sociales, a la necesidad de orientar los sistemas hacia la eficiencia y la efectividad, a las nuevas fórmulas organizativas y de gestión centrados en las personas, a los avances en metodologías educativas y evaluativas, a la necesaria circulación de los profesionales definido en el Espacio Europeo de Educación Superior, así como, a la necesidad de continuar mejorando percibida por los diferentes agentes que intervienen en el proceso.

Hasta el momento actual, la formación médica especializada en Europa presenta una considerable variabilidad

en las estructuras, procesos y programas formativos. No existe unanimidad en las pruebas de acceso, en los sistemas de formación, en la organización y contenidos de la educación posgraduada, en el tipo de especialidad y campo de actuación, en los estándares de formación en las especialidades médicas ni en la evaluación de los conocimientos y competencias adquiridos por los residentes, y eso a pesar de que los países miembros se ven obligados a reconocer automáticamente los títulos de otros países.

En España existen 47 especialidades médicas y desde un punto de vista administrativo en Europa sólo 18 especialidades cuentan con coordinación total (existen en todos los estados miembros de la EU); 23 coordinación parcial (existen en, al menos, 2/5 de Estados miembros) y 6 sin coordinación. El acceso a la especialidad precisa el paso previo por un área troncal en los EEUU de Norteamérica y en la mayoría de los países de la UE.

Todo ello está motivando la incorporación de cambios en el sistema de formación sanitaria en ciencias de la salud y así, distintos países del entorno europeo están inmersos en reformas más o menos profundas de sus sistemas formativos, tanto en la formación de grado como en la formación especializada.

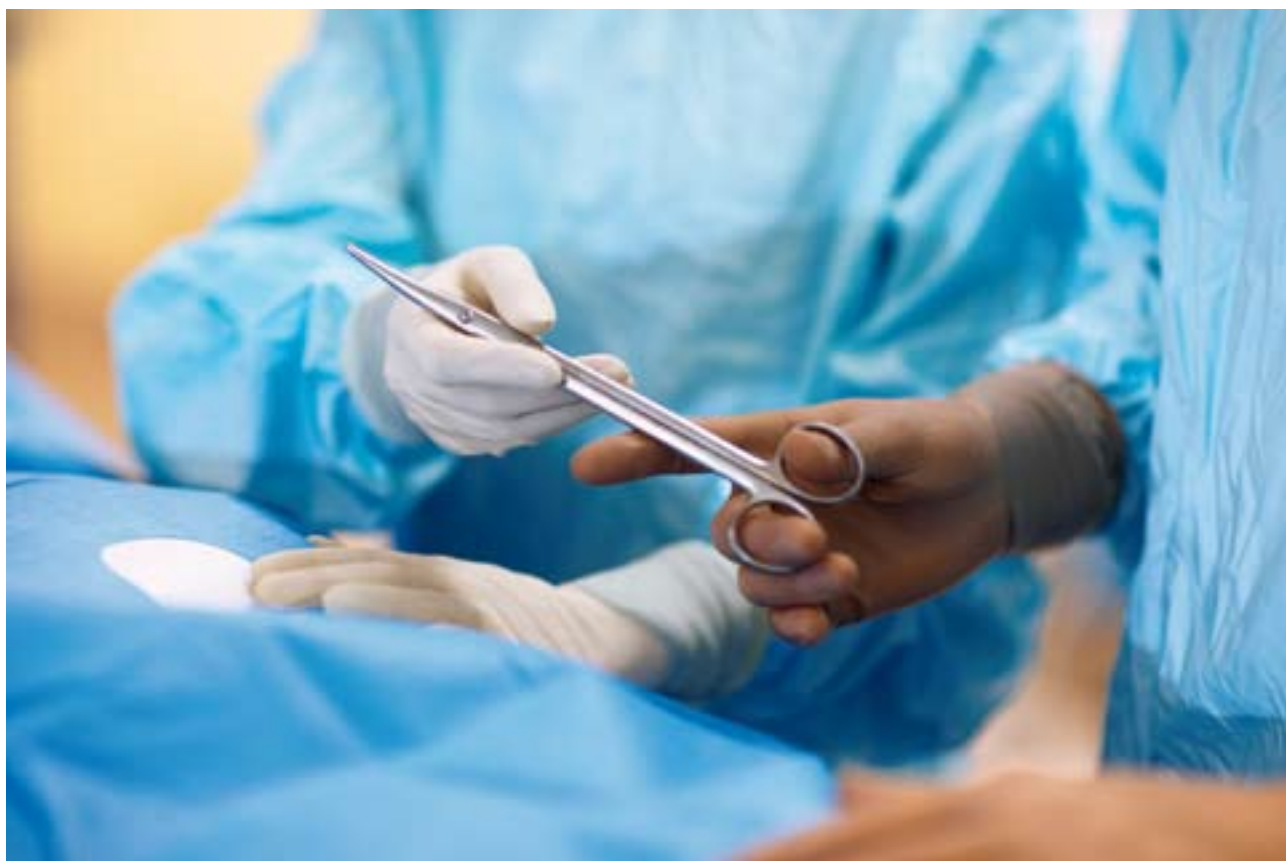
La reforma de la formación sanitaria especializada a través de la troncalidad pretende dotar al futuro especialista de una base competencial más amplia que le permita una mayor versatilidad y pluralidad en su formación nuclear, consolidando y profundizando los conocimientos y habilidades generales adquiridos durante los estudios de grado y mediante la adquisición de competencias específicas

del tronco y competencias transversales comunes que, programadas a lo largo de toda la formación especializada, doten a los profesionales de los valores y las herramientas inherentes al hecho de ser un profesional de la salud y practicar la profesión. Y también de las herramientas de "aprender a aprender", que posibiliten el aprendizaje continuado necesario para el mantenimiento de la competencia a lo largo de toda la etapa de desarrollo profesional.

Por ello, en el momento actual se trata de buscar el equilibrio entre la necesaria superespecialización y un cuerpo competencial transversal en las diferentes especialidades. La filosofía que subyace en toda la reforma europea y la preconizada por la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS 2003) se orienta hacia una construcción formativa lógica que apuesta por el continuum formativo, que parte de un grado que establece cimientos sólidos no sólo de competencias nucleares sobre formación clínica sino sobre valores profesionales y competencias esenciales de relación médico-paciente, ética, gestión clínica, capacidad de razonamiento clínico crítico, actitud reflexiva, comprensión del modelo clínico de modo integral y el trabajo en equipo. Sobre esta base debe construirse la troncalidad que aborda competencias transversales, comunes a varios especialistas, que debe favorecer la continuidad asistencial en el itinerario de cada paciente. Y sobre este tronco, sólido, construir la especificidad de cada especialidad.

La troncalidad, en sí, independientemente de las agrupaciones, debe aportar los siguientes elementos:

-Diversificación en la formación para favorecer el aprendizaje de la resolución



de los problemas desde diferentes perspectivas, según el grado de evolución o gravedad de un mismo problema de salud.

- Contribución a la mejora de la continuidad en la atención de salud y la coordinación externa e interna en los diferentes ámbitos y equipos sanitarios.

- Desarrollo vocacional por medio de la elección informada de especialidad.

- Facilitación de las perspectivas del desarrollo profesional.

- Facilitación del trabajo en equipo para la resolución de "luchas" entre especialidades sobre el abordaje de problemas "compartidos" y "minimizando" la sensación de intrusismo y por lo tanto favorecer la coalición y no la "competición".

- Facilitación de la adaptación del especialista a distintos niveles asistenciales

- Formación más orientada a la atención al paciente que a la enfermedad.

Sus requisitos son el fortalecimiento del proceso formativo y las competencias finales y que las especialidades que formen parte de un mismo tronco y tengan competencias comunes se beneficien de estancias formativas comunes y compar-

tan áreas en las que el trabajo conjunto mejora la efectividad y eficiencia del sistema.

Pero la troncalidad no está exenta de debilidades y amenazas, que es conveniente analizar. En la tabla I se recogen las posibles debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades, según el resultado de un análisis DAFO realizado por los miembros del grupo de troncalidad del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.

Con los nuevos diseños la formación médica contara con cuatro periodos:

- el periodo formativo de grado-master (facultad de medicina),

- el periodo de formación especializada que se subdivide en dos:

- el periodo formativo troncal, en el que se adquieren competencias comunes a todas las especialidades del tronco y

- el periodo formativo específico, en el que el residente se formará en las competencias propias de cada especialidad.

- A estos dos se puede sumar el periodo formativo de alta especialización o Área de Capacitación Específica (ACEs) y

- el periodo de desarrollo profesional

en el que el objetivo es el mantenimiento y mejora de la competencia profesional.

Para entender bien el proceso es necesario definir elementos claves de esta propuesta. En el anexo 1 se recogen las definiciones más importantes en relación a la troncalidad.

OBJETIVOS DE LA FORMACIÓN TRONCAL

Los objetivos de la formación troncal son:

- 1- Mejorar el proceso de formación especializada y la competencia final de los especialistas.

- 2- Favorecer la continuidad asistencial en el itinerario de cada paciente.

- 3- Favorecer la elasticidad de la oferta.

- 4- Favorecer el desarrollo profesional de forma equilibrada entre conocimientos específicos y comunes.

- 5- Favorecer una organización asistencial acorde con las nuevas tecnologías y procedimientos asistenciales.

ESTRUCTURA GENERAL Y CONTENIDOS DE LA FORMACIÓN TRONCAL

El grupo de troncalidad del Consejo Na-



cional de Especialidades en Ciencias de la salud, partiendo de los actuales programas formativos de las distintas especialidades, de los resultados de un búsqueda de consenso a través de la técnica Delphi en el que participaron la totalidad de presidentes de las 47 comisiones nacionales de especialidades médicas, de la regulación normativa (tabla II), de las referencias nacionales e internacionales en materia de formación especializada y de un exhaustivo análisis de las competencias clínicas, realizó una propuesta que fue asumida y desarrollada por el grupo de troncalidad de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

Tras todo este trabajo se plantea el desarrollo de cuatro troncos (tabla III), tres de ellos para las Especialidades Médicas y uno para las Especialidades Multidisciplinares, según la clasificación recogida en el Real Decreto 183/2008:

- Médico.
- Quirúrgico.
- Laboratorio y de Diagnóstico Clínico (Multidisciplinar).
- Imagen Clínica.

En el momento actual y pendiente del desarrollo definitivo, se plantean como especialidades no troncales Anatomía Patológica, Oftalmología, ORL, Pediatría y sus Áreas Específicas, Psiquiatría, Dermatología y Venereología, Ginecología y Obstetricia. En todo caso, los especialistas en formación de las especialidades no troncales deberán realizar estancias formativas o rotaciones en especialidades afines durante al menos once meses a lo largo de su periodo formativo.

COMPETENCIAS A ADQUIRIR EN EL PERIODO FORMATIVO TRONCAL

Los diferentes grupos de trabajo que

han estudiado y elaborado las diferentes propuestas sobre troncalidad han coincidido en plantear un conjunto de competencias nucleares denominadas Competencias Genéricas, que han de ser adquiridas por todos los residentes independientemente del tronco donde se integren o de que la especialidad se defina como no troncal. Además, en cada uno de los troncos se han identificado un conjunto de conocimientos, actitudes y habilidades específicas y comunes a todas las especialidades que lo conforman, denominadas Competencias Troncales (tabla IV). Este conjunto de competencias servirán de referencia en el proceso de elaboración de los programas formativos troncales que realizará una comisión específica, compuesta por representantes de las Comisiones Nacionales de las especialidades que conforman cada tronco.

ITINERARIOS FORMATIVOS

Las características de la formación troncal y su desarrollo deben permitir que los lugares en los que el residente adquiere las competencias troncales puedan ser múltiples, más allá de la especificidad de los servicios por donde rote en este periodo. La adquisición de las competencias anteriormente descritas se llevará a cabo a través de los planes/itinerarios formativos tipo definidos por cada UDT y adaptados a las necesidades de cada residente en formación a través del Plan/Itinerario formativo individualizado. La labor de los tutores troncales será posibilitar la adquisición de las competencias troncales, sea cual fuere el plan/itinerario formativo definido.

De momento se ha acordado una estructura de mínimos en relación con el Itinerario formativo tipo de cada tronco (tabla V). La duración de las estancias formativas se adaptará a las peculiaridades de cada UDT, pudiendo incrementarse la duración en las áreas consideradas como básicas (Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Cirugía General) en función de su estructura, funcionamiento y capacidad docente.

El diseño de los itinerarios formativos tipo propuestos establece una rotación/ estancia complementaria en los últimos 2-3 meses del periodo troncal. Estas rotaciones complementarias tienen por objeto permitir al residente suplementar o profundizar en la adquisición de algu-

nas competencias troncales, iniciarse en la adquisición de nuevos conocimientos/habilidades de acuerdo con la especialidad que desearía cursar tras el periodo troncal o en relación a sus inquietudes profesionales.

ORGANIZACIÓN DE LA FORMACIÓN TRONCAL

El modelo formativo troncal se integra en la estructura formal del régimen de residencia definido en la Directiva 2005/36/CE, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y en la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias, y por tanto:

a- Requiere de una titulación previa en Medicina, Farmacia, Química, Biología, Bioquímica o cualquier otra que se determine legalmente.

b- La formación se realizará a tiempo completo, incluida la atención continuada (guardias) y por tanto, será objeto de retribución apropiada.

c- Implicará una formación programada de carácter teórico y práctico, así como una participación personal y progresiva del especialista troncal en formación en la actividad asistencial, con un nivel decreciente de supervisión por parte de su tutor y de otros colaboradores del proceso docente.

La propuesta realizada tanto por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y por el grupo de troncalidad de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, en debate y pendiente de ser definida por marco legal, en relación al sistema de acceso, pivota sobre los siguientes puntos:

- El acceso a la formación sanitaria especializada se realizará a través de una convocatoria anual de carácter nacional, en la que se detallará por titulaciones la oferta de plazas de formación troncal en cada UDT, así como las plazas de especialidad vinculadas a las UDT a las que

podrán acceder los residentes una vez superada la formación troncal.

- La prueba o conjunto de pruebas que den acceso a la formación sanitaria especializada será específica para las distintas titulaciones que pueden acceder a la misma (médicos, biólogos, bioquímicos, farmacéuticos, químicos, etc.).

- El candidato una vez superada la prueba de acceso y en orden decreciente a la puntuación obtenida (examen MIR más la valoración de los méritos académicos) optará por una Unidad Docente Troncal. De acuerdo con su titulación, podrá formarse en uno de los cuatro troncos actualmente definidos.

- Se efectuará en orden decreciente a la puntuación obtenida en la prueba de acceso.

- La elección de Unidad Docente Troncal, condicionará la elección posterior de la especialidad, ya que sólo se podrá optar a aquellas plazas de especialidad que estén vinculadas con la Unidad en donde

LA IMPORTANCIA DE CONSERVAR LA MISMA IMAGEN...

LA SOLUCIÓN A LA PÉRDIDA DE CABELLO EN TRATAMIENTOS DE:

Quimioterapia



CONSULTA GRATUITA

983 29 69 69

La **micropiel** es, en definitiva, una solución eficaz para todas aquellas personas que se someten a tratamientos oncológicos que conllevan la pérdida del cabello y con la que se obtiene un resultado totalmente natural.

MICROPIGMENTACIÓN

Está especialmente indicado para tratamientos de quimioterapia y reconstrucciones mamarias.




ANTES DESPUÉS

GRAN VARIEDAD EN
 PELUCAS • PRÓTESIS CAPILARES
 PELO SINTÉTICO • PELO NATURAL
 TURBANTES CON Y SIN PELO



RUEBER

C/ Cánovas del Castillo, 11 • Valladolid • e-mail: roedervital@roedervital.com • 983 29 69 69



se ha realizado el periodo troncal y que se hayan establecido en la Convocatoria anual correspondiente.

- La elección de especialidad tendrá lugar al finalizar el periodo troncal, dentro de las plazas de especialidad vinculadas a la UDT donde haya cursado su formación troncal el residente.

- Para la elección de la especialidad, los residentes se ordenarán de acuerdo con la puntuación de acceso a la formación especializada, la calificación del periodo troncal del Comité de Evaluación de la UDT y la puntuación de la prueba final de tronco que se establezca.

- La prueba final del tronco será específica de cada uno de los troncos. Se diseñará centralizadamente y se ejecutará de forma descentralizada en las Comunidades Autónomas, con la participación de los responsables de las UDT.

- La capacidad docente de la UDT no podrá ser mayor que la suma de la capacidad docente de sus UDE vinculadas. No será un requisito imprescindible que la UDT tenga plazas vinculadas de todas las especialidades que conforman el tronco. El número de plazas de especialidad ofertadas en cada convocatoria será, como mínimo, el mismo que el número de plazas docentes troncales.

- Las UDT que oferten plazas darán a conocer los planes/itinerarios formativos tipo, así como los dispositivos que conforman las mismas, tanto en el periodo troncal como en la formación específica

de cada una de las especialidades vinculadas a dicha unidad.

- Los programas a desarrollar por los residentes durante el periodo troncal, serán elaborados por las CN de las especialidades incluidas en cada tronco y aprobados por el MSPS y publicados en el Boletín Oficial del Estado (BOE). Estos programas se adaptarán a las características específicas de los centros (Plan/itinerario formativo tipo) por las Comisiones de Docencia y a cada residente en particular (Plan/itinerario formativo individual) por los Tutores Troncales.

- El Tutor troncal es un especialista en activo de una de las especialidades del tronco, con acreditación y nombramiento como tutor, que desarrolla su actividad tutorial en el periodo troncal, sin perjuicio de que pueda ser también tutor del periodo específico de especialidad, con una asignación máxima total de cinco residentes. La figura del Tutor troncal es especialmente relevante en este periodo formativo, ya que además de las funciones establecidas de planificación, gestión, supervisión, evaluación del proceso de formación y propuesta de mejoras del mismo, realizará una función de orientación y asesoramiento al residente en la elección de la especialidad al finalizar la formación troncal.

Esta reforma largamente pensada (no se debe olvidar que ya en los inicios del sistema MIR hubo rotatorios) se empieza a hacer realidad con la LOPS y tras los in-

tenso trabajos en el seno del Consejo de especialidades en Ciencias de la salud y en el seno de la Comisión de recursos humanos del SNS, el Ministerio de Sanidad y Política Social prevé que la primera oferta de plazas MIR con el sistema troncal se realice en septiembre de 2011.

En definitiva, con la reforma planteada por el Espacio Europeo de Educación Superior y por la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias se trata de buscar el equilibrio entre "el mejor juicio y la cultura amplia" y el desarrollo puntero de conocimientos y tecnologías y ese es el reto final, formar mejores médicos para proporcionar mejores respuestas.

BIBLIOGRAFÍA

- Castells M. La era de la información. La sociedad red (2ª edición). Madrid: Alianza Editorial; 2001.
- Cuervas-Mons V. et al. Informe del consejo asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre "Formación universitaria, especializada y continuada en Medicina". 2007. No publicado.
- Gálvez Ibáñez M. Adquisición de habilidades técnicas para gestionar la evidencia: oportunidades y necesidades actuales. Med Clin (Barc) 2002; 118 (Supl 3): 7-12.
- González B, Barber P. Oferta y Necesidad de Médicos especialistas en España (2006-2030). Disponible en http://www.msc.es/novedades/docs/necesidadesEspeciales06_30.pdf
- Grishaw JM, Winkens RAG, Shurran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software. Disponible en <http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD005471-ES.pdf>
- Grupo de troncalidad de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. La Troncalidad en las Especialidades Médicas. Ministerio de Sanidad y Ministerio de Educación. Madrid 2010. No publicado.
- Grupo de troncalidad del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la salud. Octavo Borrador La Troncalidad en las Especialidades Médicas. Ministerio de Sanidad y Ministerio de Educación. Madrid 2008. No publicado.

- Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de Profesiones Sanitarias. BOE nº 280. 22 de noviembre de 2003.
- Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de médico.
- Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor.
- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.
- Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado.
- Terés J, Capdevilla JA, Nonell F, Cardellach F, Bundó M y Torres M. Formación troncal de las especialidades médicas: un reto del presente para una mejora del sistema sanitario. Med Clin (Barc) 2006; 127 (4): 139-44.
- World Federation for Medical Education (WFME). Trilogía de la WFME. Estándares globales en Educación médica. Pregrado, postgrado y desarrollo profesional continuo. Educación médica. 2004: 7 (2).

TABLA I DAFO SOBRE TRONCALIDAD
DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Resistencia profesional - Número elevado de especialidades médicas en España - Mapas competenciales heterogéneos y no suficientemente definidos en múltiples especialidades médicas - No todas las especialidades son susceptibles de ser agrupadas mediante troncos - La delimitación clásica de especialidades médicas, quirúrgicas y procedimentales no es un criterio suficiente, ni en algunos casos pertinente para la agrupación de todas las especialidades - Orientación medicalizada de la troncalidad, generatriz de susceptibilidad en otras profesiones sanitarias - Complejidad organizativa de la formación - Complejidad en los procesos de acreditación
AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> - Ruptura de un buen sistema formativo - Introducción de un elemento de desigualdad interespecialidades - Posible riesgo de prolongación de tiempos de formación no justificada - Compartimentos estancos de la formación entre grado, formación especializada y desarrollo profesional continuo
FORTALEZAS
<ul style="list-style-type: none"> - Diversifica la formación, la amplía y favorece el aprendizaje de la resolución de los problemas desde diferentes perspectivas - Mejora la continuidad de la atención y la coordinación externa e interna de los procesos en los diferentes ámbitos sanitarios y evita que los pacientes con una misma enfermedad sean atendidos simultáneamente por varios especialistas - Puede favorecer la elección informada de la especialidad y así limitar la solicitud de cambios de especialidad - Mejora las perspectivas del desarrollo profesional - Resuelve las "luchas" entre especialidades sobre el abordaje de problemas "compartidos" y lima la sensación de intrusismo y, por lo tanto, favorece la coalición y no la competitividad - Adecúa el sistema formativo a las actuales tendencias de empleo y tecnologías sanitarias - Adecúa el sistema formativo al itinerario de los pacientes - Adecúa el sistema formativo a las actuales tendencias de organización en la prestación de servicios - Mejora la formación global del especialista - Flexibiliza el sistema formativo - Favorece la multidisciplinariedad - Favorece la adaptación del especialista a diferentes entornos asistenciales y sociales
OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Incrementa las posibilidades de gestión de los recursos humanos en función de las necesidades - Permite la adaptación de la formación a la realidad socio-sanitaria y al conocimiento científico-técnico actual - Desarrolla el marco legal vigente - Se alinea con el Espacio Europeo de Educación Superior

TABLA II MARCO LEGAL DE LA TRONCALIDAD
La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS)
El Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado
El Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud
El Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada
La Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor
La Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico

TABLA III DISTRIBUCIÓN DE LAS ESPECIALIDADES POR TRONCOS			
TRONCO MÉDICO	TRONCO QUIRÚRGICO	TRONCO LABORATORIO Y DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO	TRONCO DE IMAGEN CLÍNICA
Alergología	Angiología y cirugía vascular	Bioquímica clínica	Medicina Nuclear
Anestesiología y reanimación	Cirugía cardio-vascular	Inmunología clínica	Radiodiagnóstico
Aparato digestivo	Cirugía general y del aparato digestivo	Análisis clínicos	
Cardiología	Cirugía oral y maxilo facial	Microbiología y parasitología	
Endocrinología y nutrición	Cirugía ortopédica y traumatología		
Farmacología clínica	Cirugía pediátrica		
Geriatría	Cirugía plástica, estética y reparadora		
Hematología y hemoterapia	Cirugía torácica		
Medicina del trabajo	Neurocirugía		
Medicina familiar y comunitaria	Urología		
Medicina Física y Rehabilitación			
Medicina intensiva			
Medicina interna			
Nefrología			
Neumología			
Neurofisiología clínica			
Neurología			
Oncología médica			
Oncología radioterápica			
Reumatología			

TABLA IV. COMPETENCIAS A ADQUIRIR EN LA FORMACIÓN TRONCAL

Competencias transversales				
Competencias genéricas	Tronco Médico	Tronco quirúrgico	Tronco de laboratorio	Tronco de imagen
<ul style="list-style-type: none"> • Valores profesionales, actitudes y bioética • Comunicación • Habilidades clínicas generales • Manejo de fármacos • Determinantes de salud y enfermedad y promoción de la salud • Manejo de la información • Investigación • Metodología docente y formativa • Trabajo en equipo • Gestión Clínica • Protección radiológica • Idiomas 	<p>Manejo integral e integrado de las personas con los problemas de salud más prevalentes y/o graves y/o en situaciones críticas o de urgencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención al paciente crítico y Patología Urgente • Problemas cardiovasculares • Problemas endocrino-metabólicos • Problemas de la función renal y de las vías urinarias • Problemas hepato-digestivos • Problemas infecciosos • Problemas músculo-esquelética y enfermedades autoinmunes sistémicas • Problemas neurológicos • Problemas oftalmológicos • Problemas cara, nariz, boca, oídos y cuello • Problemas oncológicos • Problemas de la piel • Problemas de la sangre y órganos hematopoyéticos • Problemas respiratorios • Salud mental y problemas de conducta y de la relación y de conducta de riesgo adictivo • Síndromes geriátricos, cuidados paliativos y diagnóstico y tratamiento del dolor 	<p>Atención al paciente crítico y Patología urgente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestión y organización del área quirúrgica • Seguridad del paciente, higiene y gestión de riesgos • Técnicas y procedimientos en cirugía: 1. Cuidados generales y preoperatorios del paciente quirúrgico. Valoración del riesgo quirúrgico 2. Soporte nutricional en el paciente quirúrgico 3. Soporte vital y anestesia. Dolor postoperatorio 4. Suero terapia, electrolitos y desordenes ácido-base 5. Hemostasia y transfusión de hemoderivados 6. Biología y cicatrización de las heridas quirúrgicas 7. Cuidados críticos. Politraumatizados 8. Infección quirúrgica 9. Bases de la cirugía endoscópica 10. Bases moleculares y clínicas de la cirugía oncológica 11. Trasplante de órganos y tejidos. Biología del rechazo. <ul style="list-style-type: none"> • Áreas específicas: Abdomen; Cabeza y cuello; Génito-urinario; Mama; Partes blandas; Pediatría; Traumatología; Tórax ; Vascular 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención al paciente crítico y Patología urgente • Competencias generales - Fase preanalítica - Fase analítica - Fase postanalítica • Competencias específicas - Biología molecular - Bioquímica clínica - Hematología y coagulación - Inmunología e inmunopatología - Microbiología clínica - Microscopía médica 	<ul style="list-style-type: none"> • Competencias básicas, incluyendo entre otras la base anatómica, funcional y molecular de las diferentes técnicas de imagen, así como la descripción de los resultados obtenidos con una terminología y sistemática adecuada, poniendo en práctica el criterio ALARA en todas sus actuaciones. • Competencias específicas: - Abdomen - Cabeza y cuello - Genitourinario - Mama - Músculo-esquelético - Neuroimagen - Pediatría - Tórax - Vascular y linfático

TABLA V PROPUESTA DE ITINERARIOS FORMATIVOS SEGÚN TRONCO			
Itinerario formativo tronco médico			
Especialidades del tronco médico ²	Medicina Familiar y Comunitaria 3 meses como mínimo ¹ Medicina Interna 3 meses como mínimo Otras: 11-13 meses, con una estancia mínima de 2 meses en cada rotación		
Diagnóstico por imagen	Recomendable 1 mes		
Otras especialidades médicas o quirúrgicas	Recomendable 1-2 meses		
Complementarias	2-3 meses al finalizar el tronco		
Guardias	4 al mes mínimo: 60% urgencias hospitalarias médicas 20% urgencias en Atención primaria 20% urgencias hospitalarias quirúrgicas incluidas traumatología y ginecología Recomendable 4 guardias em dispositivos extrahospitalarios		
Itinerario formativo tronco quirúrgico			
Especialidades t. quirurgico	CGyAD ³ COT Ginecología y Obstetricia Otras especialidades quirúrgicas	3 meses como mínimo 2 meses como mínimo 2 meses como mínimo 7-8 meses	
Especialidades Médicas (Incluye MFyC y Medicina Interna)	2 meses		
Diagnóstico por imagen	Recomendable 1 mes		
Anestesia y reanimación/Unidad del dolor/Unidad de Cuidados Intensivos postquirúrgicos/politrauma ⁴	2 meses		
Complementarias	2-3 meses		
Guardias Urgencias Generales	20%		
Guardias Especialidades Quirurgicas	70%		
Itinerario formativo tronco de laboratorio y de diagnóstico clínico			
Medicina Interna	1 mes		
Laboratorio de Urgencias	3 meses		
Especialidades de Laboratorio ⁵	16-17 meses		
Complementarias	2-3 meses		
Guardias Urgencias Clínicas	solo médicos (4 al mes hasta 4º trimestre R1)		
Guardias Laboratorio de Urgencias	4 al mes desde el 4º de R1		
Itinerario formativo tronco de imagen clínica			
Medicina Interna o especialidades médicas, incluye MFyC	2 meses		
Especialidades de diagnóstico por imagen	20 meses	Radiodiagnóstico	M. nuclear
Abdomen	4 meses	4 meses	-
Cardiopulmonar	2 meses	2 meses	2 meses
Endocrinología	-	-	1 mes
Mama	2 meses	2 meses	-
Musculo-esquelético	2 meses	2 meses	1 mes
Nefrourología	-	-	1 mes
Neurología	2 meses	2 meses	1 mes
Oncología y cirugía radioguiada	-	-	2 meses

1. En función de las posibilidades docentes dónde se puedan adquirir determinadas competencias, se incrementará la estancia en Atención Primaria de forma coordinada con el Centro Hospitalario de la misma UDT.

2. Adquisición de competencias médicas en el ámbito hospitalario, bien en servicios de Medicina Interna o con la participación de otras especialidades del tronco médico.

3. En función de las posibilidades formativas de la UDT se ampliará la estancia en CGyAD o se contemplarán estancias formativas con una duración mínima de 2 meses y máxima de 3 en otras especialidades quirúrgicas: Angiología y C. Vascular, C. Cardiovascular, C. Oral y Maxilofacial, COT, C. Pediátrica, C. Plástica, C. Torácica, Ginecología y Obstetricia, Neurocirugía, ORL, Urología. Estancia mínima 2 meses y máxima de 3 meses.

4. Guardias en estas Unidades durante su estancia formativa (10%).

5. Laboratorio de Bioquímica, Hematología, Inmunología, Genética y Microbiología.

ANEXO 1 DEFINICIONES

Competencia clínica: Conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores requeridos por los profesionales sanitarios para la ejecución de acciones relacionadas con la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y con la interacción con los pacientes, sus familiares y con otros miembros del equipo de salud.

Las competencias a adquirir durante la formación especializada se dividen en:

- **Genéricas:** Las competencias genéricas son comunes a todos los troncos, se debe iniciar su adquisición en el grado y son los valores profesionales, el razonamiento clínico, la bioética, la gestión clínica, los sistemas de información y la bioinformática, la gestión calidad, la metodología de investigación, la comunicación, el trabajo en Equipo, los conocimientos sobre sistema sanitario y su organización, los aspectos legales del ejercicio profesional, la metodología del aprendizaje, de la evaluación formativa y de la docencia y la promoción y prevención de la salud.
- **Transversales:** son comunes a cada tronco, pero específicos de los mismos y son las que determinan la agrupación (tabla 2).
- **Específicas:** son las propias de cada especialidad.
- **Alta especialización:** constituyen las áreas de capacitación específica.

Tronco: núcleo de competencias clínicas genéricas y transversales comunes a un conjunto de especialidades en Ciencias de la Salud.

Formación troncal: Es el periodo forma-

tivo común de un grupo de especialidades en Ciencias de la Salud, que se establece en base a la adquisición de competencias clínicas compartidas por todas las especialidades que conforman el tronco. El tronco estará formado por dos o más especialidades. Es, por lo tanto, el periodo formativo en el que se adquieren las competencias transversales. La duración mínima del periodo troncal es de dos años.

Formación especializada: periodo formativo en el que se adquieren las competencias específicas de cada especialidad.

Área de capacitación específica: periodo formativo en el que adquieren competencias de alta especialización.

Unidad Docente: se define como el conjunto de recursos personales y materiales, perteneciente a los dispositivos asistenciales, docentes, de investigación o de cualquier otro carácter, que se consideren necesarios para impartir la formación especializada. Existirán tres tipos de UUD:

Unidad Docente Troncal: impartirá la formación troncal. Puede estar compuesta por varios centros docentes y tendrá necesariamente, una o varias Unidades Docentes de especialidad (UDE) vinculadas. Las UDT podrán adscribirse a Comisiones de Docencia propias (Comisiones de Docencia Troncales) o a Comisiones de Docencia de Centro, según el criterio que marque la Comunidad Autónoma a la que pertenezcan. En el primer caso, se garantizará la participación de representantes de las UDE vinculadas a la UDT en la Comisión de Docencia Troncal y viceversa. Habrá por lo tanto 4 Unidades Docentes Troncales: Médico, Quirúrgico, de laboratorio y de imagen.

Unidad Docente de Especialidad (UDE): impartirá formación reglada de una es-

pecialidad, de acuerdo con lo establecido en los programas oficiales de las distintas especialidades. Habrá tantos tipos de UDE como especialidades aprobadas. En el momento actual existen 47 UDEs. Algunas Unidades Docentes de Especialidad serán **multidisciplinares**. Su acceso se realiza no sólo a través del título de medicina: **Análisis Clínicos:** Biología, Bioquímica, Farmacia, Medicina o Química; **Bioquímica Clínica:** Biología, Bioquímica, Farmacia, Medicina o Química; **Inmunología:** Biología, Bioquímica, Farmacia o Medicina; **Microbiología y Parasitología:** Biología, Bioquímica, Farmacia, Medicina o Química; **Radiofarmacia:** Biología, Bioquímica, Farmacia o Química y **Radiofísica Hospitalaria:** Física y otras disciplinas científicas y tecnológicas.

Unidad Docente de un Área de Capacitación: impartirá formación reglada en un Área de Capacitación Específica, de acuerdo con lo establecido en los programas oficiales de las distintas Áreas de Capacitación Específica.

Unidad Docente Multiprofesional: donde se formarán en la misma unidad docente las especialidades que, aún requiriendo para su acceso distinta titulación universitaria, incidan en campos asistenciales afines: a) Unidades docentes de Salud Mental en las que se formarán médicos especialistas en Psiquiatría, psicólogos especialistas en Psicología Clínica y enfermeros especialistas en Enfermería de Salud Mental; b) Unidades docentes de Pediatría en las que se formarán médicos especialistas en Pediatría y sus áreas específicas y enfermeros especialistas en Enfermería Pediátrica; c) Unidades docentes de Atención Familiar y Comunitaria en las que se formarán médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y enfermeros especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria; d) Unidades docentes de Salud Laboral en las que se formarán médicos especialistas en Medicina del Trabajo y enfermeros especialistas en Enfermería del Trabajo; e) Unidades docentes de Geriátrica en las que se formarán médicos especialistas en Geriátrica y enfermeros especialistas en Enfermería Geriátrica; f) Unidades docentes de Obstetricia y Ginecología en las que se formarán médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología y enfermeros especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).



"Efecto del ácido acetilsalicílico en la úlcera venosa de la extremidad inferior"

AUTORES: M^a Lourdes del Río Solá, José Antonio González Fajardo, Luis Caballero Herreras

INTRODUCCIÓN

La úlcera venosa es una complicación frecuente y un desafío terapéutico para los médicos que la tratan. La sensibilidad actual frente a este problema de salud tan prevalente ha impulsado la investigación de la fisiopatología y el tratamiento de la patología venosa. Hasta el momento, el tratamiento de la úlcera venosa es poco satisfactorio. La terapia compresiva es efectiva en la curación, pero éstas recurren en pocos meses. El tratamiento quirúrgico ofrece una posible solución solamente a pacientes donde el reflujo venoso superficial es el principal problema, mientras que la reconstrucción valvular de las venas profundas sólo es una opción para muy pocos pacientes.

El interés de entender los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad venosa crónica es establecer dianas farmacológicas coadyuvantes que permitan mejorar su tratamiento. Asumiendo que la activación leucocitaria es un mecanismo importante en la perpetuación de la insuficiencia venosa y que las plaquetas, como reflejo de la respuesta inflamatoria sistémica, pueden ser relevantes en la génesis de la enfermedad venosa, los fármacos inhibidores de la activación leucocitaria y de la función plaquetaria deberían ser considerados en el tratamiento de esta patología para alcanzar mejores resultados.

Los objetivos de nuestro estudio son determinar el efecto del ácido acetilsalicílico (AAS) sobre la tasa de curación de las úlceras venosas en pacientes con insuficiencia venosa crónica y establecer los principales factores pronósticos que influyen en la curación de las úlceras venosas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

La influencia del AAS en la curación de las úlceras fue realizada mediante un estudio prospectivo, aleatorizado, con grupo control paralelo y a doble ciego. El proyecto

de investigación y el consentimiento informado fue aprobado por el Comité Local de Ensayos Clínicos y la Comisión Ética de nuestro Hospital. Se utilizó un sistema de aleatorización total mediante números al azar seleccionados por ordenador.

Pacientes

Entre Diciembre de 2001 y Septiembre del 2005, 78 pacientes con lesiones ulceradas de origen exclusivamente venoso y un diámetro >2 cm² fueron evaluados en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. A todos ellos se les entregó el consentimiento informado y se les explicó verbal y por escrito en qué consistía el estudio y los riesgos del mismo.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron en el estudio pacientes con lesiones ulceradas iguales o mayores de 2 cm de origen exclusivamente venoso, con un índice tobillo/brazo >0.9 y sin contraindicación para la administración de AAS. Los pacientes con diabetes mellitus, artritis reumatoide, arteriopatía periférica (índice tobillo/brazo menor de 0.9), enfermedades neurológicas y tratamiento previos o concomitantes de aspirina, anticoagulantes o antiinflamatorios no esteroideos fueron excluidos.

Intervención

Todos los pacientes fueron atendidos en las Consultas Externas de nuestro Hospital y se aleatorizaron en dos grupos. Un grupo de pacientes se les administró 300 mg de AAS diarios (grupo tratado) y el segundo grupo no recibió tratamiento antiagregante (grupo control). En ambos grupos se realizó tratamiento compresivo y cura local de la úlcera venosa de forma homogénea para todos los pacientes. El tratamiento de la úlcera venosa se realizó mediante la corrección de los factores generales que inhiben o retrasan la cicatrización de la úlcera y la cura local de la lesión. No se emplearon agentes tópicos, como corticoides o antisépticos. Una vez

concluida la cura de la lesión se aplicó un vendaje compresivo homogéneo para todos los pacientes que consistió en un sistema de compresión de dos capas, donde la primera proporciona almohadillado, y permite conformar la morfología de las extremidades inferiores y la segunda capa es elástica ejerciendo una presión continua y decreciente que a nivel del tobillo es de 40 mmHg. Este sistema permite asegurar la compresión adecuada durante una semana sin necesidad de reaplicación.

El sistema venoso fue estudiado mediante la realización de un ecodoppler para conocer la permeabilidad del sistema venoso profundo y la incompetencia del sistema venoso superficial y/o profundo. El estudio del sistema arterial se realizó con la medición del índice tobillo/brazo utilizando un doppler continuo. Otros datos que fueron recogidos en la historia del paciente fueron la edad, sexo, estado general, grado de colaboración, tipo de actividad, movilidad, existencia de incontinencia, hidratación, la existencia de patología asociada (diabetes mellitus, hipertensión arterial, Alzheimer o demencia, insuficiencia arterial crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y los tratamientos farmacológicos concomitantes.

Determinaciones

Se estudiaron los niveles bioquímicos y hematométricos para excluir alteraciones sistémicas que pudieran influir negativamente en la curación de las úlceras y éstas fueron corregidas cuando fue preciso. En cada visita se recogieron el número de lesiones ulceradas, la localización, el tiempo de evolución, dimensiones y forma de las lesiones, al igual que las características de la úlcera (estado de la piel periulceral, grado de necrosis, esfacelos, granulación y epitelización, signos de infección y recogida de cultivo microbiológico). El tamaño de la úlcera fue determinado por planimetría y para los pacientes que presentaron lesiones

múltiples, se monitorizó la mayor de todas ellas como lesión de referencia. El estadije de las úlceras se realizó aplicando la clasificación de *National Pressure Ulcer*¹, el cual establece cuatro grados:

- **Grado I:** La piel está intacta pero eritematosa.
- **Grado II:** Existe una pérdida parcial del espesor cutáneo con afectación de la epidermis y la dermis.
- **Grado III:** Existe una pérdida completa del espesor de la piel y se encuentra afectado el tejido celular subcutáneo.
- **Grado IV:** Cuando la lesión es profunda y afecta al músculo y al hueso.

Seguimiento

Se realizó un seguimiento periódico semanal de las lesiones ulceradas para detectar los cambios evolutivos de la lesión. Tras la epitelización completa de la lesión, el paciente continuó con terapia compresiva y con revisiones periódicas que se extendieron hasta el momento actual. Todos los pacientes incluidos en el estudio cumplieron el tratamiento de forma adecuada.

Análisis estadístico

Para evaluar la influencia del AAS en la curación de las lesiones ulceradas venosas se realizó, en primer lugar, el cálculo del tamaño muestral necesario. Para ello, se fijó un riesgo α del 5%; una potencia $(1-\beta)$ del 90%; y un factor de corrección del 10%. En base a los datos se obtuvo que eran necesarios 23 pacientes en cada grupo.

A continuación se estudió la homogeneidad de ambos grupos mediante la prueba de χ^2 para el análisis de las variables cualitativas y la prueba de T student para grupos independientes para las variables cuantitativas que seguía una distribución normal comprobada mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors. En el caso de las variables cuantitativas que no siguieron una distribución normal ("duración del estudio" y "superficie de la lesión ulcerada") se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Posteriormente se estimó la tasa de curación de las úlceras venosas en ambos grupos mediante el análisis de la función de supervivencia de Kaplan-Meier y su comparación se estableció a través del método de Log-rank, considerando un nivel de significación cuando el valor de $p < 0.05$. El análisis de los resultados se realizó según la intención de tratamiento. La determinación de los principales factores pronósticos de curación se realizó mediante un análisis

de regresión logística binaria (método de forward stepwise). Para realizar el análisis estadístico se empleó el programa SPSS 15.0 con licencia para la Universidad de Valladolid.

RESULTADOS

De un total de 78 pacientes atendidos en nuestro Servicio de Angiología y Cirugía Vasculardel Hospital Clínico Universitario de Valladolid entre diciembre de 2001 y septiembre del 2005, con lesión ulcerosa de origen venoso, fueron incluidos en el estudio 51 sujetos (22 varones y 29 mujeres) con una edad media de 60 años (rango 36-86). Fueron excluidos 27 pacientes por los siguientes motivos: presentar tratamientos previos con aspirina, anticoagulantes o antiinflamatorios no esteroideos ($n=13$), diabetes mellitus ($n=3$), artritis reumatoide ($n=1$), arteriopatía periférica (índice tobillo/brazo menor de 0.9) ($n=9$) y enfermedades neurológicas ($n=1$). Los 51 pacientes incluidos en el estudio fueron aleatorizados en dos grupos: grupo tratado con AAS ($n=23$) y grupo control no tratado ($n=28$). La Tabla I muestra las características de los sujetos del estudio y la Tabla II muestra las características de las lesiones ulceradas.

Los grupos no mostraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la edad, sexo, comorbilidad, tratamientos médicos previos, duración del estudio, localización de la lesión, tiempo de evolución de la úlcera previa al estudio, área inicial de la úlcera, estadio de la lesión y signos de infección, mostrando homogeneidad frente a estas variables. De los 51 pacientes, 28 (54.9%) presentaron ulceración múltiple frente a 23 (45.1%) que presentaron una única lesión en las extremidades inferiores, sin que ello supusiera una diferencia estadística entre los grupos. El 74.5% de los pacientes presentaron lesión ulcerada en grado III de la clasificación *National Pressure Ulcer* y el 82.35% de los pacientes (20 del grupo tratado y 22 del grupo control) presentaron úlceras venosas con signos de infección en la primera visita. El germen más frecuentemente aislado en los estudios microbiológicos fue el *Staphylococcus aureus* (41.12%), seguido de la *Pseudomonas aeruginosa* (12.14%), *Corynebacterium striatum* (5.6%) y *Enterobacter cloacae* (5.6%), siendo su distribución similar en ambos grupos ($p=0.126$) (Figura 1). La duración media del estudio de 14.45 semanas (rango 1-71 semanas).

Para la determinación de la tasa de curación de las úlceras venosas en ambos grupos se realizó un análisis de supervivencia de Kaplan-Meier que se expone en la Figura 2. La reepitelización completa de las lesiones ulceradas ocurrió en 21 de los 28 pacientes del grupo control y en 17 de los 23 pacientes del grupo tratado, siendo el periodo de curación más corto en los pacientes sometidos a tratamiento con AAS (prueba de Log rank $\chi^2=3.90$, $p=0.04$; odds ratio=0.93, intervalo de confianza al 95% = 0.25-3.5), siendo este resultado estadísticamente significativo. El tiempo medio de curación de la úlcera venosa fue de 12 semanas en el grupo tratado y de 22 semanas en el grupo control siendo la tasa de curación del 50% de la población más corta en los pacientes sometidos a tratamiento antiagregante que los controles (7 vs 12 semanas, respectivamente). Esto supone un 46% de reducción en el tiempo de curación de las lesiones. El porcentaje de sujetos perdidos en el estudio fue de 7.14% en el grupo sin tratamiento (2 pacientes) y de 9.5% en el grupo tratado (2 pacientes). En dos casos se debió a ingresos hospitalarios que impidieron continuar el estudio y en dos casos por decisión de los pacientes de seguir el tratamiento en su área sanitaria más próxima.

Se realizó un seguimiento de los pacientes desde que la úlcera reepitelizó completamente hasta Mayo del 2008. Durante este periodo recidivaron 33.33% de los pacientes del grupo no tratado y el 25% de los pacientes del grupo tratado con AAS, no siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p=0.74$) (Figura 3). El tiempo medio en recidivar la lesión fue de 16.33 días (ds 7.5) en el grupo no tratado y de 39 días (ds 6.0) en el grupo tratado, siendo este resultado estadísticamente significativo ($p=0.007$) (Tabla III). Después de analizar los principales factores pronósticos de curación de la úlcera venosa, la única variable de todas las analizadas que influyó en la tasa de curación de la úlcera venosa fue la superficie inicial de la lesión ($p=0.032$, intervalo de confianza al 95% 0.882-0.994) (Tabla IV).

DISCUSIÓN

La úlcera venosa es el resultado del fracaso de un adecuado manejo de la insuficiencia venosa crónica, la cual progresa hacia sus grados más severos. Inicialmente, el tratamiento fundamental de la úlcera ve-

nosa es conservador basado en la corrección de la hipertensión venosa mediante la terapia compresiva y la cura local de la lesión. En este estudio demostramos que el tratamiento con AAS puede ser efectivo en la curación de las lesiones ulceradas de origen venoso cuando se emplea de forma coadyuvante al tratamiento compresivo y local de la misma.

La terapia compresiva permite reducir el volumen de la extremidad al diámetro menor posible. En nuestro estudio optamos por emplear un sistema de vendaje de dos capas ya que su efectividad ha sido claramente establecida^{2,3,4}, y proporciona una compresión de 40 mmHg en el tobillo, que es el nivel de compresión externa más efectiva en el tratamiento de la úlcera venosa⁵.

El objetivo del tratamiento tópico es alcanzar las mejores condiciones posibles para que se pueda producir la cicatrización de la lesión. Se ha demostrado que la curación de las heridas se acelera en un ambiente húmedo ya que se favorece la puesta en marcha de los mecanismos fisiológicos de regeneración tisular. Una revisión sistemática en la base de datos Cochrane recomienda que, para la mayoría de las úlceras venosas, un apósito absorbente sencillo no adherente ofrece suficiente protección a la úlcera bajo el sistema de compresión⁶, de ahí que decidiéramos emplear apósitos hidrocoloides, que favorece los procesos de granulación y epitelización⁷.

Como en la mayoría de las lesiones abiertas, las lesiones ulceradas son rápidamente colonizadas por bacterias patógenas o no patógenas, aunque, curiosamente, hasta el 15% de las úlceras venosas presentan una esterilidad microbiológica en los cultivos⁸. En nuestro estudio identificamos que hasta un 17% de las úlceras estaban libres de bacterias. La flora bacteriana que las afecta es, generalmente, homogénea aunque suele cambiar durante la evolución de la misma como pudimos objetivar a lo largo del estudio. Los gérmenes más frecuentemente aislados en nuestro trabajo fueron el *Staphylococcus aureus* seguido por la *Pseudomonas aeruginosa*, *Corynebacterium striatum* y *Enterobacter cloacae*, lo que es coincidente con la flora bacteriana descrita por otros autores⁸.

Estudios recientes demuestran que las alteraciones hemodinámicas derivadas de la hipertensión venosa, inducen la activación de los leucocitos, células endoteliales

y plaquetas que participan en la marginación, adhesión y activación leucocitaria⁹. En este sentido se han evaluado una serie de fármacos, con capacidad para modificar la activación leucocitaria, en pacientes con ulceración venosa con diferentes resultados. Entre ellos destacan los estudios realizados con la pentoxifilina, prostaglandina E1, análogos de la prostaciclina, los flavonoides y AAS. La utilización de la aspirina en la insuficiencia venosa crónica fue reportada por primera vez por Layton¹⁰ en 1994. Desde entonces no se han publicado más trabajos de la eficacia de la aspirina en la ulceración venosa lo cual puede ser debido a la ausencia de una explotación comercial de la aspirina que impide que sus efectos positivos sean descubiertos y que otros antagonistas plaquetarios sean estudiados. En nuestro trabajo demostramos que el grupo tratado con AAS presentó una aceleración en el proceso de la curación (12 semanas en el grupo tratado vs 22 semanas en el grupo control), siendo la diferencia entre ambos grupos significativa ($p=0.04$) con un 46% de reducción en el tiempo de curación. Para estudiar la tasa de curación de la úlcera venosa en ambos grupos se realizó un análisis de supervivencia de Kaplan-Meier, aplicando el método de Log-rank para realizar la comparación de las funciones de supervivencia de ambos grupos. La reepitelización completa de las lesiones ocurrió en el 75% de los pacientes de ambos grupos, lo que indica que la terapia compresiva se realizó correctamente. Cuando se asocia una terapia compresiva adecuada al tratamiento de la úlcera venosa se pueden llegar a conseguir tasas de curación elevadas hasta del 60%-80% en 6 meses según revisión en la Base Cochrane⁵ o del 93% en 5.3 meses según Mayberry y cols¹¹. La tasa de recidiva fue menor en el grupo tratado con AAS aunque esta diferencia no fue significativa, sin embargo, sí que mostró significación estadística el periodo libre de úlcera, que fue más prolongado en el grupo tratado con aspirina (16.33 ± 7.5 días en el grupo control vs 39 ± 6 días en el grupo tratado).

En cuanto a los principales factores pronósticos en la curación de las úlceras venosas, la única variable que influyó significativamente en la curación de la lesión venosa fue la superficie inicial de la úlcera venosa sin mostrar influencia otras variables como la edad, antecedentes de trombosis venosa profunda y la presencia de infección. Por

ello se debe recomendar la identificación del área inicial de la úlcera venosa cuando se comparan diferentes actitudes terapéuticas. Esta determinación ha de realizarse mediante planimetría que es el método más correcto para realizar las mediciones de la lesión³³. Este factor pronóstico nos permitirá identificar pacientes cuya evolución pueda ser más desfavorable lo cual puede ayudarnos a plantear un tratamiento más adecuado en pacientes con peor pronóstico.

CONCLUSIONES

La curación de las úlceras en la insuficiencia venosa crónica es acelerada por la administración de ácido acetilsalicílico como terapia coadyuvante al tratamiento local y compresivo de las mismas. La tasa de recidiva ulcerosa fue inferior en los pacientes sometidos a tratamiento con aspirina y el periodo libre de recidiva de la úlcera venosa fue más prolongado en los pacientes tratados con ácido acetilsalicílico. El principal factor pronóstico en la curación de las lesiones ulceradas de etiología venosa fue la superficie inicial de la úlcera. La determinación de los factores pronósticos debe ser identificada en todos los pacientes pues permite estratificar la tasa de curación y orientar nuestra actitud en individuos con peor pronóstico.

REFERENCIAS

- Bergstrom N, Horn SD, Smout RJ, Bender SA, Ferguson ML, Taler G, Sauer AC, Sharkey SS, Voss AC. The national pressure ulcer long-term care study: outcomes of pressure ulcer treatments in long-term care. *J Am Geriatr Soc* 2005 Oct; 53:1721-9.
- Tennant WG, Park KGM, Ruckley CV. Testing compression bandage. *Phlebology* 1988; 3: 55-61.
- Jones NAG, Webb PJ, Rees RI, Kakkar VV. A physiological study of elastic compression stockings in venous disorders of the leg. *Br J Surg* 1980; 67: 569-72.
- Cornwall JV, Doré CJ, Lewis JD. Graduated compression and its relation to venous refilling time. *Br J Surg* 1987; 295: 1087-90. *BMJ* 1987; 295: 1087-90.
- Cullum N, Nelson EA, Fletcher AW, Sheldon TA. Compression bandages and stockings for venous leg ulcers. *Cochrane Library* 1999; 4:1-19.
- Cullum NA, Nelson EA, Fletcher AW, Sheldon TA. Compression for venous leg ulcers (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Oxford: Update software; 2001(2).
- Limova M, Troyer-Caudle J. Controlled, randomized clinical trial of two hydrocolloid dressings in

the mangement of venous insufficiency ulcers. *J Vasc Nurs* 2002; 20: 22-32.

8 Ramelet AA, Monti M. *Phlebology. The guide. Elsevier*. 1999. Paris.

9 Bergan JJ, Schmid Schönbein GW, Takase S. Therapeutic approach to chronic venous insufficiency and its complications: place of Daflon 500mg. *Angiology* 2001; 52: S43-S47.

10 Layton A, Ibbotson S, Davies JA, Goodfield M. Randomised trial of oral aspirin for chronic venous leg ulcers. *Lancet* 1994; 344: 164-5.

11 Mayberry JC, Moneta GL, Taylor LM, Porter JM. Fifteen-year results of ambulatory compression therapy for chronic venous ulcers. *Surgery* 1991; 109: 575-581.

Tabla I. Características de los sujetos de la fase clínica del estudio.

	CONTROL	ASPIRINA	TOTAL	P
EDAD	58.59 (DS 16.55)	60.50 (DS 12.07)		0.65*
SEXO				
VARÓN	9	13	22	0.08†
MUJER	19	10	29	
COMORBILIDAD				
NINGUNA	10	9	19	0.052*
HTA	6	6	12	
TVP	8	6	14	
TVP+HTA	3	2	5	
IRC	1	0	1	
TOTAL	28	23	51	
TRATAMIENTO PREVIO				
NINGUNO	20	10	30	0.237†
ANSIOLÍTICOS	0	1	1	
ANTIHTA	6	7	13	
AB	1	1	2	
ANTIHTA+PENTOXIFILINA	1	0	1	
AB+DIURÉTICO	1	0	1	
PERSANTIN	2	0	2	
AB+ANTIHTA	0	1	1	
TOTAL	31	20	51	
DURACIÓN DEL ESTUDIO (SEMANAS)	16.5	12.4		0.07‡

(HTA= Hipertensión arterial, IRC= insuficiencia renal crónica, ANTIHTA= antihipertensivos, AB= antibióticos, DS= desviación estándar)

* Test de T-student

† Test de χ^2

‡ Test de Mann-Whitney

Tabla II. Características de las úlceras venosas de la fase clínica del estudio.

	CONTROL	ASPIRINA	TOTAL	P
LOCALIZACIÓN				
INTERNA	19	14	33	0.489*
EXTERNA	6	5	11	
ANTERIOR	2	4	6	
POSTERIOR	1	0	1	
EVOLUCIÓN				
<1 MES	1	2	3	0.247*
1-3 MESES	10	5	15	
3-6 MESES	5	6	11	
6-12 MESES	5	2	7	
>12 MESES	10	5	15	
ESTADIO				
II	1	2	3	0.95*
III	21	17	38	
IV	5	5	10	
SIGNOS DE INFECCIÓN				
NO	7	2	9	0.094*
SI	22	20	42	
SUPERFICIE (cm²)	24.87	25.15		0.944†

* Test de χ^2

† Test de Mann-Whitney

Tabla III. Porcentaje de recidiva y tiempo medio en recidivar de la úlcera venosa en el grupo control y e el grupo tratado.

	RECIDIVA ULCEROSA (%)	TIEMPO MEDIO EN RECIDIVAR ($p=0.007$)
GRUPO CONTROL	33.3	16.33 \pm 7.5
GRUPO TRATADO	25	39 \pm 6

Tabla IV. Variables y covariables del modelo de regresión con su significación estadística.

VARIABLE	COEFICIENTE	χ^2	p	ODDS RATIO
CONSTANTE	1.969	15.307	0	7.163
ÁREA INICIAL	-0.66	4.58	0.032	0.936

VARIABLE	p
CONSTANTE	0
ÁREA INICIAL	0.032
TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE	0.315
EDAD	0.937
LOCALIZACIÓN	0.663
EVOLUCIÓN	0.348
ESTADIO	0.789
INFECCIÓN	0.857

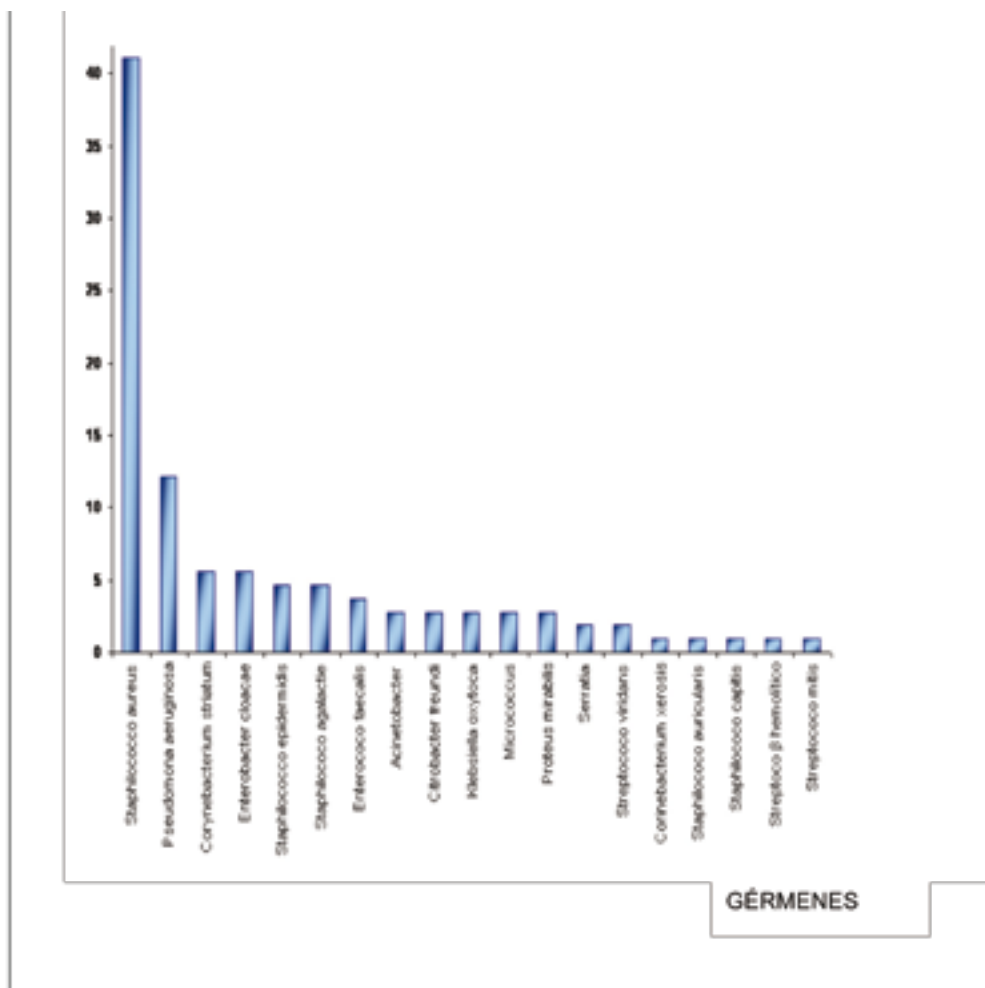


Figura 1. Distribución de la frecuencia de gérmenes aislados de las lesiones

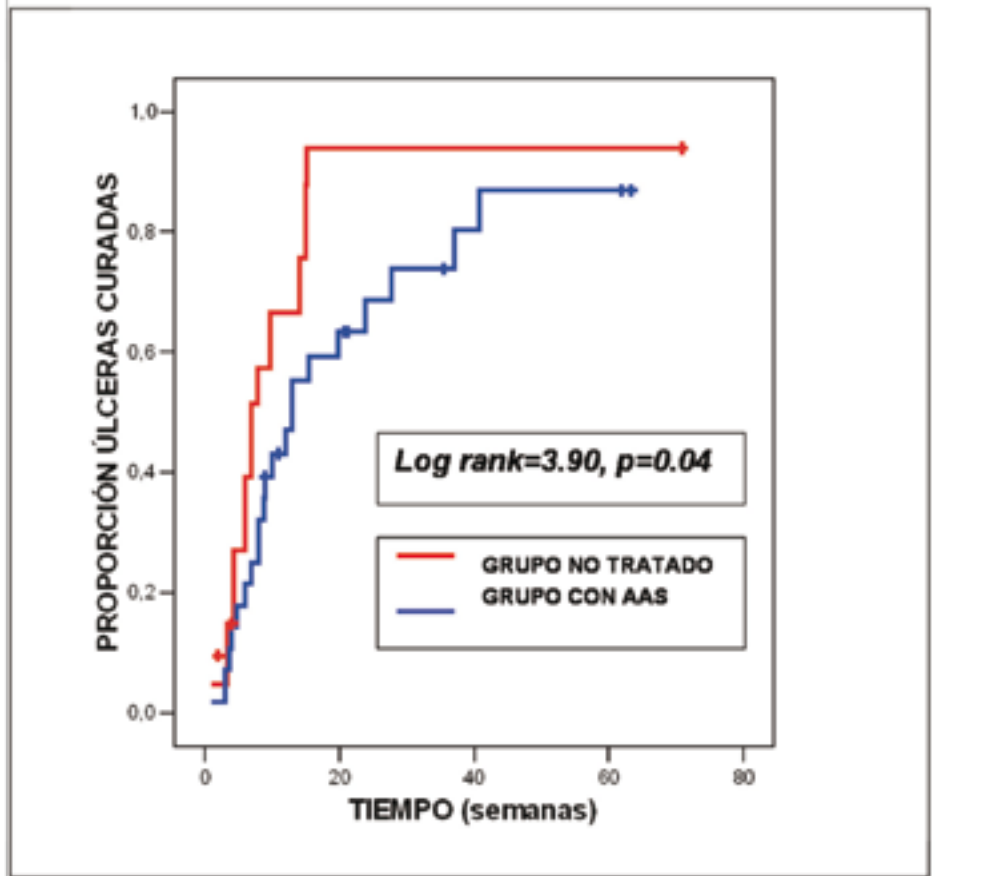


Figura 2. Análisis de supervivencia de la tasa de curación de úlceras venosas durante el estudio.

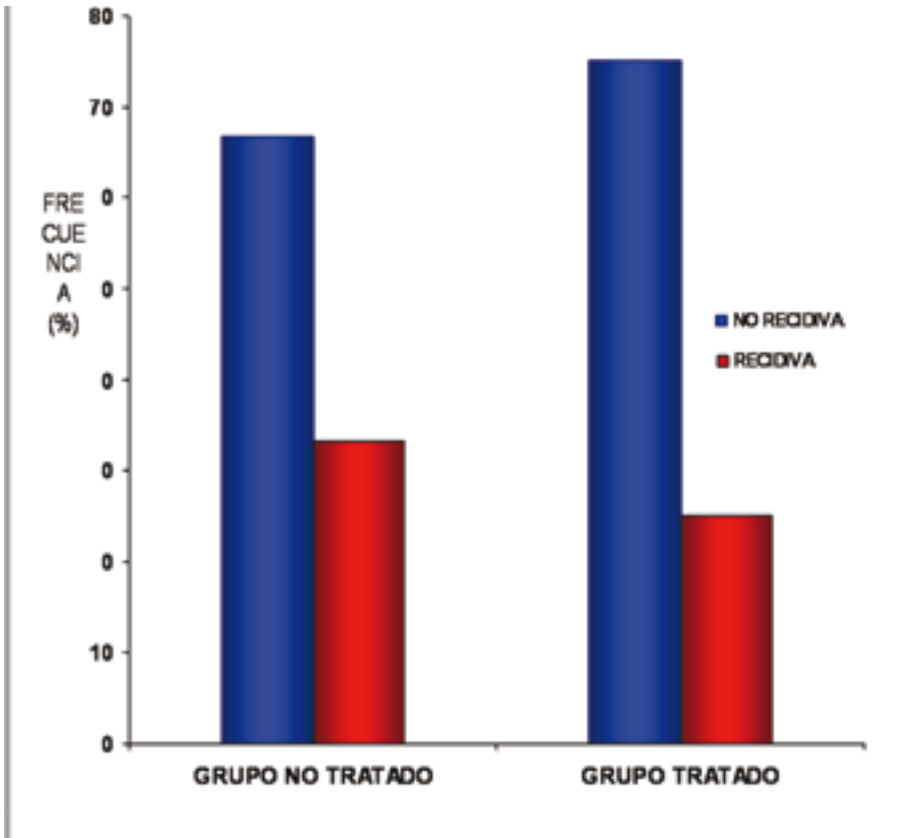


Figura 3. Distribución de la frecuencia de recidiva ulcerosa en el grupo tratado con ácido acetilsalicílico y el grupo no tratado.



Raquel Blasco Redondo. Miembro de la Sociedad Española de Médicos Escritores y Artistas

raquelblascoaxis@hotmail.com

In extremis. Los deportes de aventura (VIII)

Deportes aéreos

Antes de iniciar este número, quiero desear al nuevo equipo de la Junta Directiva del Colegio Médicos suerte y buen hacer en esta andadura. Voluntad y entusiasmo (por lo que sé y conozco) no les falta en absoluto. ¡Enhorabuena a todos!



Las montañas rusas del deporte

En numerosas ocasiones he llegado a clasificar en mi mente (necesito, y cada vez más, tener archivos/clasificadores en mi interior) a los deportes a los que vamos a dedicar éste número, los de riesgo/liberación de adrenalina a tope, como las montañas rusas del deporte. Y eso es porque me da la impresión de que su práctica y desarrollo se transforma en una especie de montaña rusa hormonal en el individuo que los disfruta.

Me explico: La relación que se suele tener con ellos es algo así como la atracción repentina en las relaciones de pareja. Es algo humoral e inesperado, pero ya tiene todo el potencial de la entrega total. No debemos subestimar el conocimiento del riesgo (por el subconsciente colectivo según el maestro Jung) asimilado por

la amígdala cerebral durante eones, pero no es, obviamente, el momento adecuado para la calma.

Bajan los niveles de serotonina. Surge al mismo tiempo un rechazo a dejarse arrastrar por estímulos nuevos que trastocan hábitos ya adquiridos. Aumentan los niveles de cortisol, vasopresina, oxitocina y como no, de adrenalina y todo ello, conecta con los receptores dopaminérgicos con lo que el organismo va a relacionar esa relación con el deporte de riesgo, con una sensación placentera, de recompensa. Y ¿quién se resiste a esa sensación? Nos hemos enamorado del deporte de riesgo!

Parapente

El parapente es una modalidad del paracaidismo en la que se utiliza un paracaídas

de forma rectangular que permite una gran movilidad y desplazamiento horizontal.

El parapente, sujeto a la espalda mediante un arnés, se gobierna con la ayuda de las anillas en las que culminan los suspensores que tiene a ambos lados. El parapente es muy ligero, no pesa más de cinco kilogramos, tiene una longitud de 6 a 9 metros y una superficie de entre veinte y treinta metros cuadrados.

El practicante de parapente precisa ropa gruesa, un casco ligero, guantes, rodilleras y botas altas. Es conveniente disponer de un altímetro, un variómetro y un aparato de comunicación para mantenerse en contacto con tierra. Si las condiciones de vuelo no son las idóneas se aconseja el uso de un paracaídas de reserva. El deportista precisa de bastante autocontrol y, como en todos los deportes, se requiere un aprendizaje paulatino.

No se requiere una especial forma física, ni reconocimiento médico específico para su práctica, salvo para competición en cuyo caso es necesario reconocimiento médico de aptitud deportiva, para cumplir la licencia de competición.

Ala delta

Modalidad deportiva de vuelo libre en la que se utiliza un vehículo impulsado únicamente por la fuerza del viento.

El ala delta es un vehículo ligero de forma triangular reforzado con cables de acero e integrado por una estructura tubular sobre la que se extiende una vela. El piloto va suspendido de un arnés y sujeto una estructura en forma de letra «A» que actúa



como bastidor de control del aparato. Las características del ala delta (envergadura o distancia entre los extremos de las alas, superficie de vela, peso) varían en función de su finalidad.

El despegue del aparato se consigue tras una carrera previa en un terreno de, aproximadamente, un 20% de pendiente. La velocidad del viento y su dirección, así como el ángulo de incidencia son factores que el deportista ha de tener en cuenta para evitar el desequilibrio del aparato. El piloto va en posición ventral o sentado, según la duración del vuelo, y la velocidad y dirección del ala delta son controladas mediante el desplazamiento de su peso corporal.

Las principales pruebas que se llevan a cabo en esta modalidad de vuelo libre que controla la Federación Aeronáutica Internacional (FAI) son: resistencia (volar una distancia o un tiempo máximo), precisión (efectuar el aterrizaje en un punto concreto) y acrobacia (realización de figuras en el aire).

No se requiere especial forma física, ni reconocimiento médico para su práctica, salvo para competición en cuyo caso, al igual que en el caso anterior, es necesario reconocimiento médico de aptitud deportiva.

Ultraligeros

La modalidad de vuelo en ultraligeros motorizados consiste en volar gracias a un pequeño avión monoplace o biplace, cuya potencia se halla comprendida entre los 10 y los 40 caballos y con un peso inferior a los 170 kg. No es una modalidad deportiva en exceso arriesgada, la posibilidad de accidente se basa fundamentalmente en volar bajo condiciones atmosféricas adversas.

Los ultraligeros surgen como modifica-

ción al aladeltismo con el fin de poder practicar el vuelo libre en parajes no accidentados. Los ultraligeros fueron evolucionando hasta dividirse en dos grupos, los ultraligeros derivados del ala delta, que conservan el pilotaje por acción directa sobre el ala y los ultraligeros de forja aerodinámica más clásica, que se pilotan mediante timones. Su velocidad suele ser entre 40 y 80 km/h y la mayoría están dotados de motor de dos tiempos. Para el aterrizaje y el despegue se requieren sólo unas pocas decenas de metros. Casco protector y paracaídas es todo el material que se necesita, además del ultraligero.

El aspirante a piloto tiene que cursar unas clases teóricas y realizar unas sesiones de prácticas, que consisten en un mínimo de diez horas de vuelo. Estas horas se dividen en siete horas con un monitor y tres en solitario. Para optar al título de piloto se requiere tener 18 años y presentar el correspondiente certificado médico de aptitud deportiva.

Globo aerostático

Esta actividad deportiva consiste esencialmente en volar gracias al efecto producido al calentar el aire encerrado dentro de una envoltura. Este deporte se practica individualmente o en grupo, dependiendo de esto el tamaño del envoltorio, siendo el número máximo de tripulantes cuatro.

El globo aerostático consta de tres partes, la envoltura, la barquilla y los quemadores. La envoltura está hecha de un tejido impermeabilizado, generalmente tafetán, que es capaz de resistir temperaturas interiores superiores a los 100 grados y la acción exterior de los rayos ultravioletas sin perder la elasticidad. La barquilla, donde se hallan los tripulantes, está suspendida mediante una red que rodea y cubre toda la parte superior del globo; suele ser de mimbre o junco entrelazado, materiales flexibles y resistentes. Por último el quemador, que funciona con bombonas de gas que tienen una autonomía de vuelo de unos tres cuartos de hora. Otros instrumentos de ayuda para el vuelo son el altímetro, el barómetro, el variómetro, el termómetro y el equipo de radio.

El piloto tiene que ser hábil en el manejo del quemador, de él depende situarse en las corrientes más adecuadas, puesto que es la única manera de marcar el rumbo del globo. El piloto gobierna la ascensión insuflando calor cuando conviene y hace descender el

globo abriendo la válvula de escape situada en la parte superior del envoltorio.

Como deporte de aventura el globo aerostático es arriesgado en la medida que el globo se encuentra muy limitado por las condiciones atmosféricas. El piloto ha de tener mucho cuidado con las turbulencias y los vientos racheados. Aparte de esto, puede practicarse en cualquier época del año y para obtener el título de piloto solo se requiere tener 16 años y el correspondiente certificado médico de aptitud.

Puenting

Sin duda, el puenting es uno de los más espectaculares y emocionantes, pese a su corta duración, de los deportes de aventura. Consiste en lanzarse desde un puente atado a una cuerda de escalada que suele tener un grosor de 12 mm y una resistencia de 2.500 kg. La cuerda está sujeta al puente por el lado opuesto al lugar del que se efectúa el salto.

Para practicar el puenting se requieren dos personas aparte del saltador, una que va soltando la cuerda una vez efectuado el salto y otra que se coloca bajo el puente para ir recogiendo la cuerda.

Cuando ya se ha saltado la cuerda inicia un movimiento de péndulo que contrarresta la inicial elasticidad de la cuerda. Una vez terminado el movimiento de péndulo el saltador es descendido por sus compañeros.

Una modalidad del puenting es el «bungy jumping», cuya diferencia respecto del puenting clásico estriba en que se salta con una cuerda elástica y se salta del mismo lado del que se atan las cuerdas. Con frecuencia, el puenting también se practica desde grúas o desde globos aerostáticos.

Pese a lo que pudiera parecer, no es una modalidad deportiva en exceso arriesgada. Sólo hay que vigilar que el arnés esté sujeto firmemente y saltar con dos cuerdas por si una se rompiera. Por sentido común fundamentalmente a personas con patología cardiovascular les está contraindicada esta práctica. No se requiere una especial forma física, ni reconocimiento médico previo.

Bueno, pues, después de más de un año hablando de deportes de aventura, se inicia la aventura para otros, a los que como siempre deseamos buena suerte y ¡buena guardia!

Se conmemora el 27 de septiembre

Ciriaco Casquete Román

San Cosme y San Damián, patronos de médicos, cirujanos y farmacéuticos

Biografía: estos dos hermanos gemelos, de familia noble y cristiana, nacieron en Arabia en la primera mitad del siglo III. Estudiaron medicina para ejercerla de forma gratuita, no habiendo caso clínico que no curaran por la gracia de Dios. Se les llamaba 'los anargiros' que significa "los sin dinero".

Durante el Gobierno de Diocleciano y Maximiano surgió una feroz persecución a los cristianos. Concretamente en la ciudad de Igea, de Sicilia, el procónsul Lysias los detiene y los condena por no aceptar a los ídolos romanos, a diversos tormentos: cargados con cadenas, encarcelados, pasados por agua y fuego, aseteados y crucificados, no experimentando daño alguno. Al final, fueron decapitados ellos dos y tres hermanos menores, que previamente estos últimos fueron lanzados por un acantilado, sobreviviendo milagrosamente. Fueron enterrados en Igea y años después sus restos trasladados a Roma, a la Iglesia de S. Cosme y S. Damián. El gran pintor Fray Angélico (recordar la Anunciación del M. Del Prado), en un proceso narrativo continuado, nos cuenta, en nueve cuadros, de 36x47 cm, la vida de estos santos, dispersas hoy dichas obras en los siguientes museos: Louvre, Munich, Washington, Dublín y San Marcos de Florencia. Las obras fueron encargadas por Cosme y Lorenzo de Medicas, pues estos eran sus patronos. Los cuadros se titulan:

1. San Cosme y San Damián ante Lysias
2. Lysias liberado de los demonios
3. La curación de Paladio
4. Sueño de Diacro Justiniano
5. Los santos condenados al tormento
6. Martirio de San Cosme y San Damián
7. Crucifixión de ambos
8. Entierro de San Cosme y San Damián y sus tres hermanos

Todas estas obras estaban en la predela del altar mayor de San Marcos de Florencia, estando colocada en el centro la Piedad. El



retablo mayor representa la Virgen con el Niño en un trono de Ángeles y Santos, destacando en primera línea y de gran tamaño el dedo a la Virgen.

La leyenda se extendió por oriente y occidente. Dice San Gregorio de Tours que seguían haciendo milagros después de muertos, se aparecían a los enfermos en sueños y les decían lo que tenían que hacer para quedar curados; otros rezando sobre su tumba recibían también la curación. En el II Concilio de Nicea se citan alguno de estos milagros. El Papa Simaco les consa-

gró un oratorio en el Esquilino y san Félix IV, en el 530 les dedicó un templo en la vía sacra que aún se conserva. San Isidoro de Sevilla tenía de forma preferente sus imágenes en los recipientes de su botica. En los mosaicos de Rávena y Roma se pueden ver también sus figuras.

OBRAS

Hay muchísimas sobre San Cosme y San Damián esparcidas por España y por Europa. Las obras relatan el milagro del trasplante de una pierna y pertenecen la mayoría de ellas a los siglos XV, XVI y XVII,



a excepción de las de Fray Angélico que ya hemos comentado, que pertenecen al siglo XIV.

La exposición del tema es bastante semejante de unas a otras, no así la ambientación. La invocación de santos para conseguir es muy extensa; destacaremos las más conocidas: San Roque para las llagas, San Antonio para el ergotismo, San Blas para la garganta, Santa Polonia para afecciones dentarias, Santa Águeda para afecciones de mamas (martirizada amputándole los dos pechos), Santa Lucía, oftalmólogos, (la martirizaron extrayéndole los ojos) y San Lorenzo para enfermedades de columna y más concretamente para los lumbagos. Sobre todo en el siglo XV aparecen óleos, grabados, esculturas y hasta altares mayores de nuestros santos, los cuales son representados el uno con un mortero y el otro con un frasco de orina,

aunque hay otras variantes frecuentes: un libro, un hisopo, bendiciendo, etc.

El milagro más conocido es el que señalamos en las dos obras que vamos a comentar. La amputación se ha realizado a nivel de tercio medio muslo izquierdo (bastante más frecuente que la derecha) por posible gangrena, trasplantándose la de un moro o negro que acababa de morir, como se observa en la obra San Cosme y San Damián. "En una curación milagrosa". Museo del Prado. Tabla al óleo de 1,88 x 1,55. El autor es Francisco de Rincón (1450-1517) quien era examinador de pinturas de los Reyes Católicos). La obra fue realizada en Guadalajara en 1491. Si observamos el cuadro, la pierna gangrenada está colocada en la del donante para no quedar este amputado. Uno de los santos coloca la pierna en el paciente y el otro prepara el unguento que casi parece pegamento cicatrizante.

El paciente está dormido pero sentado y apoyando su mano izquierda sobre la cara. En el centro hay un tondo con la Virgen y el Niño presidiendo la escena. Se trata pues del primer trasplante de órganos pero produciéndose el milagro ya que no hubo rechazo ni se precisaron suturas, y la unión fue inmediata.

La otra obra a destacar es El milagro de la pierna de San Cosme y San Damián de Pedro Berruguete. Hacia 1490. 102x98. Colegiata de Covarrubias Burgos. Destaca la gran belleza del color y de brocados. En la mesa de madera cubierta con un paño blanco se realiza la misma intervención que en el cuadro anterior: el uno coloca la pierna y el otro prepara el unguento. Con ambos trabaja un ayudante y a la derecha dos mujeres contemplan la escena con recogimiento. No se ve ángel o ángeles o cuadros de devoción. No se ve el rostro del paciente ni sangre por ningún lado y tampoco se ve al donante. Los movimientos de los personajes son muy naturales y el rostro más expresivo es el de la primera dama de la derecha; los rojos y los verdes son exquisitos. El enlosado y la oblicuidad de la mesa marcan la perspectiva con punto visual bajo y ascendente. El fondo verde destaca toda la obra y crea el espacio de la habitación.

Otras obras a destacar son la del Maestro de Burgos, la del maestro de Llado, la del maestro Oliva, la de Pedro Raxis, al de los discípulos de Borrásá, la del Miguel Nadal, la de la escuela de Rosellón, la del maestro de palanquines en la catedral de León y la de Franc Francken en los Países Bajos.

Como conclusión, podemos decir que estamos ante milagros que lo curan todo por la Gracia espiritual y por la aplicación de la calidad y su profesionalidad, en la bondad de la gratuidad, seamos o no católicos.

Melquiades Andrés dice: "Quien se busca a sí mismo, para darse, para servir, ese se encuentra, se personaliza, se hace feliz. Y este acercamiento al paciente nos libera de la nada, nos acerca a Dios.

Gocemos con el mensaje poético de San Juan de la Cruz:

"Al que a ti amare, Hijo,
a mí mismo le daría,
y el amor que yo en ti tengo
ese mismo en él pondría,
en razón de haber amado
a quien yo tanto quería".

Escocia: corazón verde

El territorio escocés es uno de los lugares más hermosos del planeta, donde se dan la mano de manera armoniosa, castillos e historia, caza y pesca, golf, whisky, ciudades monumentales y paisajes que quitan el sentido. Escocia es un país hermoso, verde, lleno de tradiciones y peculiaridades, que sorprende por la pureza de muchas de sus costumbres, heredadas de la época en que esta tierra era habitada por hombres en kilt, valientes y muy orgullosos de su libertad.

Llena de leyendas, recorrida de norte a sur por una colección impresionante de patrimonio, y amarrada como pocas tierras a su pasado y tradiciones, Escocia es una visita obligada para todo aquel que disfrute de los bellos paisajes y de las muestras culturales de añeja historia.

Edimburgo, la Atenas del norte

Con menos de medio millón de habitantes y más de 32 millones de visitantes anuales, Edimburgo es la capital de Escocia y su ciudad más importante (aunque no la más grande, superada en este aspecto por Glasgow). Todo un espectáculo visual, en Edimburgo hay cientos de cosas que ver y hacer. Su castillo, auténtico emblema de la ciudad, y la Old Town, están elevados como la Acrópolis griega, de ahí que la capital reciba el apelativo de 'La Atenas del norte'. Tanto la Old Town como la New Town, partes esenciales de la ciudad histórica, son Patrimonio de la Humanidad desde 1995.

El histórico centro de Edimburgo está dividido en dos grandes áreas verdes por los jardines de Princess Street. Hacia el sur el panorama está dominado por el Castillo de Edimburgo, asentado sobre los restos de un volcán dormido y la larga franja que es Old Town encaminándose por su borde. Esta parte de la ciudad mantiene



Edimburgo.

la estructura de la ciudad medieval que fue, con estrechas calles de altos edificios oscurecidos por los humos de siglos pasados, inmuebles emblemáticos como la Catedral de Saint Giles o la Universidad de Edimburgo y hasta calles subterráneas, reliquias de antiguas formas de construcción.

Hacia el norte se encuentra la New Town, que comenzó a edificarse en el siglo XVIII y que supuso un soplo de aire fresco para la sobrepoblación de la ciudad

vieja, aglomerada en el reducido espacio de la peña sobre la que se asienta. Ante la necesidad de ampliar la ciudad se abrió un concurso arquitectónico para añadir un ensanche a la ciudad. El ganador fue un joven arquitecto desconocido, James Craig, cuyo sencillo y elegante plan consistía en un eje principal formado por George Street, con amplias plazas en ambos extremos. Durante los siglos XVIII y XIX la ciudad nueva se amplió con nuevas plazas, glorietas, parques y calles, alguna de ellas verdaderas obras



Edimburgo.



Highlands.



maestras de la arquitectura neoclásica. En la actualidad la New Town constituye el ejemplo más completo y mejor cuidado de arquitectura y urbanismo georgianos del mundo.

Para muy curiosos, es obligada la parada en 'The Elephant House', una cafetería situada en el número 21 del puente de George IV, donde JK Rowling asegura que dio vida a su célebre niño-mago, Harry Potter. En su ventana lo han querido reflejar de manera oficial, lo que junto a su fachada roja, convierten al lugar en un sitio bastante fácil de encontrar.

Como ciudad internacional de los festivales, Edimburgo se muestra en agosto en todo su esplendor como anfitriona del mayor encuentro anual de la cultura y las artes del mundo: el Festival Internacional de Edimburgo, que no es otra cosa que la suma de más de un millar de actuaciones musicales y teatrales de enorme categoría. Aunque lo bueno de esta ciudad es que se celebran actos culturales todos los días del año y que además del gran festival, hay mil ofertas que llegan de otros más modestos, como el Fringe (teatro y humor) el Festival

de Jazz y Blues, festivales de cine y literatura y el espectáculo militar del Tattoo. Además, no hay que olvidarse de la celebración de la Hogmanay durante la Nochevieja, uno de los mayores festivales callejeros de Europa.

Entre las muchas ciudades de Escocia, merece la pena también acercarse a Glasgow, la urbe de mayor tamaño del país y un ejemplo único de estilo, diseño y arquitectura. Glasgow es una ciudad abierta, elegante, dinámica y vital y, sobre todo, el principal ejemplo de ciudad victoriana de Gran Bretaña.

Highlands e Islas, la Escocia agreste, salvaje y única

Para mucha gente, las Highlands o Tierras Altas son sinónimo de la propia Escocia y es que el país entero se ve reflejado en este territorio donde nacieron las leyendas y donde aún perduran los clanes y las canciones que hablan de guerreros legendarios y los parajes son vírgenes, bastos y hacen evocar todo tipo de fantasías épicas. Las Highlands poseen muchísimas cualidades que la hacen incomparable: la belleza

agreste de sus montañas, el silencio de las grandes extensiones de brezo, las vistas que dejan sin habla, sus fascinantes bahías y sus tranquilos pueblecitos, tanto en el litoral como en el interior.

Durante siglos, las Tierras Altas se distinguieron marcadamente de las bajas, tanto en el idioma como en las costumbres (incluida la indumentaria). El paisaje de las Highlands está marcado por la sucesión de colinas, montañas, y valles de increíble verdor y salpicados por cientos de torrentes, cascadas y lagos. Algunos de estos lagos son tan famosos como el Loch Ness, donde Nessie, la mítica criatura marina que durante años ha sido el reclamo de la zona, sigue atrayendo turistas animados por las supuestas teorías que desmienten o verifican su existencia.

Y si hay algo que identifique más a las Tierras Altas, aparte de los clanes y los kilt, son los Juegos de las Highlands, celebrados cada verano en distintas comarcas escocesas de las Tierras Altas. En estos juegos, reminiscencia viva de las competiciones entre clanes que perviven desde hace siglos, se mide la destreza, la fuerza y la resistencia

Ahora decide usted...



Nadie conoce mejor que usted sus necesidades, por eso, en A.M.A. le ofrecemos **4 modalidades** de seguros para su Automóvil.



Ahora, además, premiamos su fidelidad

Ponemos a su disposición un servicio de **Asistencia Jurídica Telefónica Especializada**, de manera totalmente gratuita para consultas en los ámbitos **personal** y **profesional**

TELÉFONO DE ASISTENCIA JURÍDICA

91 572 44 22

40 años asegurando a los profesionales sanitarios

Infórmate sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

• A.M.A. Valladolid **983 357 833**

Doctrinos, 18 ; Bajo 47001 VALLADOLID

valladolid@amaseguros.com

• A través de internet: **www.amaseguros.com**



de los diferentes clanes, así como antaño se hacía para prepararse para guerrear. Hoy son famosos los juegos de la Isla de Bute, el Gathering de Argyllshire, el Cowal Highland gathering, el Brinan Highland Games, y el más conocido de todos: el Braemar Highland Games, al que incluso acude anualmente la familia real británica.

Las islas escocesas son, al igual que las míticas Highlands, un destino indispensable al pisar este territorio mágico. Cada isla cuenta con un patrimonio y una historia particulares, y unos ritmos de vida marcados por el ir y venir de los transbordadores que las unen con tierra firme.

Las Hébridas, un archipiélago que agrupa a más de 500 islas, se encuentra en la costa noroeste de Escocia y presenta un paraje natural y único, con playas desiertas, terrenos inexplorados, una vida salvaje fascinante, y una cultura ancestral que aún perdura. Es muy destacable la isla de Skye, por sus castillos históricos de piedra aún en pie, su artesanía y sus antiguas granjas convertidas en museos. El puerto de su capital, Portree, es una de las postales más identificativas de Escocia.

El grupo de Islas ubicado más al norte de Escocia se llaman Orcadas y Shetland, y son impresionantemente bonitas. Además de sus extasiantes paisajes, en estas islas se hayan las excavaciones más misteriosas de Europa: túmulos funerarios, círculos de piedras y los primeros establecimientos de los pueblos más antiguos, que hablan de la lejana herencia nórdica de Escocia.



William Wallace.

Jardines y castillos, un paraíso en el sur

Si las Highlands han sido bendecidas con unos paisajes espectaculares, las Tierras Bajas del sur no se quedan detrás en cuento a maravillas, aunque éstas sean producto de la mano del hombre. A lo largo de toda la región meridional de Escocia se puede contemplar una amplia variedad de jardines que permiten visitas, especialmente en Galloway, donde las bondades climáticas que trae la corriente del Golfo de Solway permiten las prácticas de jardinería más innovadora.

Son de obligada visita el Jardín Botánico de Logan, especializado en especies delicadas traídas de Oceanía; los jardines del castillo de Kennedy, mandados construir por un comandante militar a sus soldados, el jardín Threave, donde el organismo de conservación del patrimonio National Trust dirige su escuela de jardinería, o el Jardín Botánico de Dawyck, que es uno de los mejores parques de todo el Reino Unido, con algunos árboles de más de trescientos años y de los más altos del país.

Además de la exuberante flora de los jardines, el sur tiene muchas más cosas que ofrecer. El pasado bélico de la región, que es la frontera natural con Inglaterra, queda patente en todo un legado de castillos y fortalezas. Algunos de ellos, con el tiempo, se han convertido en magníficas mansiones y casas solariegas abiertas al público.

Merecen la visita el castillo de Hermi-

tage, del siglo XIV, donde la reina María Estuardo se encontró con su amante después de una dramática cabalgada; el castillo de Floors, una impresionante mansión de auténtico lujo que atesora importantes colecciones de arte y es residencia del duque de Roxburghe; Manderston, una mansión de estilo eduardiano cuya mayor prueba de opulencia es su escalera elaborada en plata, o Traquair House, descrita como la mansión habitada más antigua de Escocia y entre cuyas curiosidades destacan el haber sido visitada por 27 monarcas desde el siglo XII y albergar en su interior su propia cervecería.

Mucho más al norte, en Aberdeen, se puede disfrutar de otra gran cantidad de castillos, en la zona conocida como Royal Deeside, entre ellos la residencia de la familia real cuando visitan el país: Balmoral. El castillo data de finales del siglo XIV, de los días de Robert II y es casa estival de la reina desde que así lo estableciera su predecesora Victoria I, en 1848.

Tierra de Héroes

William Wallace, Robert I Bruce, Rob Roy... seguir a estos personajes que viven en las tradiciones escocesas y que son bien conocidos gracias al cine, es posible en esta hermosa tierra. Hay itinerarios turísticos diseñados específicamente para cubrir los pasos que en vida recorrieron los grande hombres que ayudaron a forjar el país. Es imprescindible la visita a la histórica ciudad de Stirling, estratégicamente situada en el centro de Escocia y punto clave en las famosas guerras de independencia. Su antiguo puente, que cruza el río Forth, en uno de los mejores ejemplos de puentes medievales por su impecable conservación. Es en Stirling, también, donde se haya el monumento nacional al legendario William Wallace, una majestuosa torre erigida en Abbey Craig y que reúne exposiciones sobre los héroes escoceses y unas vistas espectaculares.

Otros lugares vinculados a los grandes hombres de la historia de estas hermosas tierras son Lanark, donde Wallace vivió y se casó; Elderslie, al oeste de Glasgow; y la Cueva de Bruce, donde tuvo lugar el legendario encuentro entre Robert I Bruce con una araña, cuya perseverancia inspiraría al líder escocés a "intentarlo una y otra vez" (su lema), situada en la isla de Arran.

MI CLUB DE JAZZ FAVORITO

EL, CON LUZ DE FONDO,
SOLO PARA MÍ.....

EL ÚNICO BAR DEL MUNDO CON
SÁBANAS DE SEDA

LA FORMA MÁS FÁCIL DE LLEGAR:

POTENCIA DE
GRAVES QUE
ME LLEGAN AL
ALMA

EL INICIO Y EL FINAL

CREE SU PROPIO CLUB DE JAZZ. Con BeoVision 10, disponible en versiones de 46", 40" y ahora 32". Adéntrese en su sonido, diseñado para sumergirse en él. Disfrútelo en cualquier habitación y traslade su alma al lugar que desee. Para descubrir cómo, visite nuestra tienda.

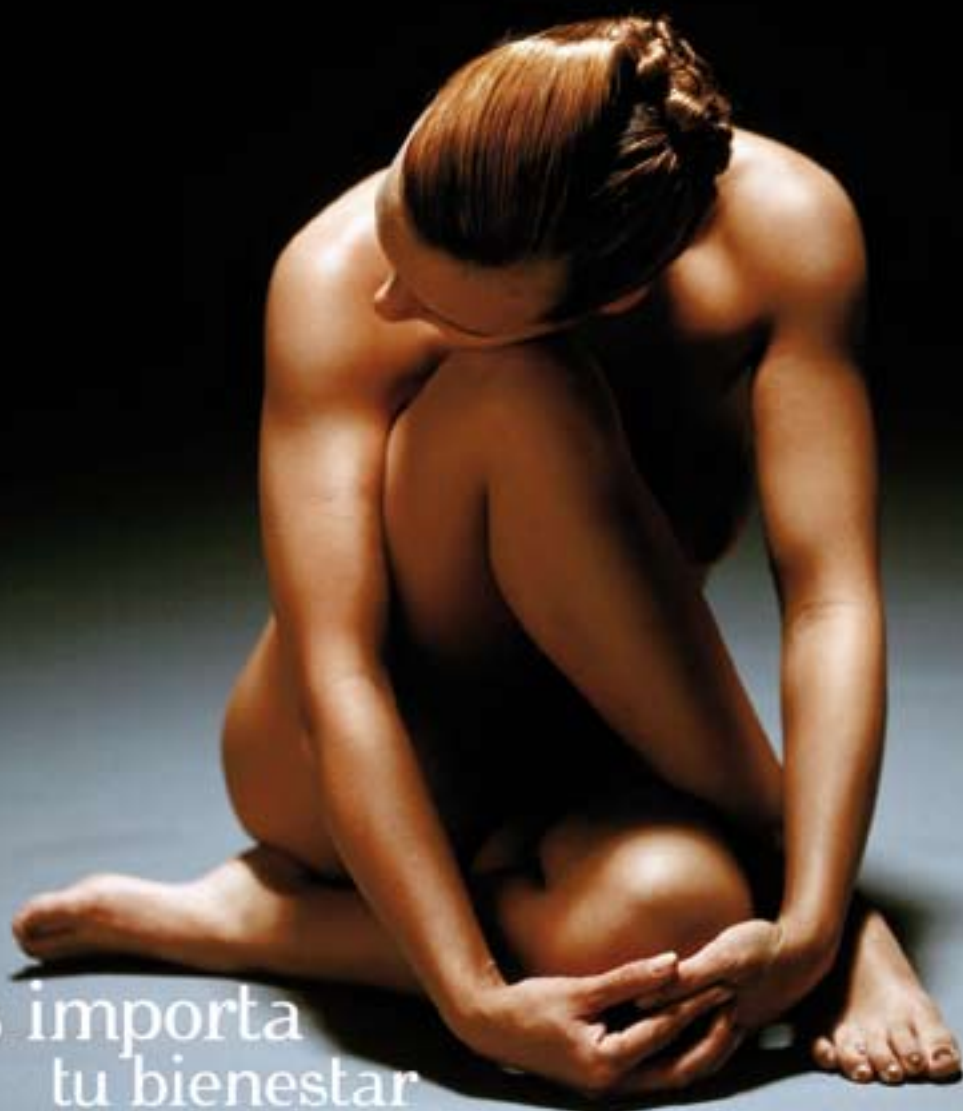
BANG & OLUFSEN

Bang & Olufsen San Lorenzo
San Lorenzo 10
47001 Valladolid
Tel.: 983 355 963
mh.sanlorenzo@bang-olufsen-spain.com

Ortopedia Pérez Galdós Valladolid

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

C/. Bailarín Vicente Escudero, 6 · Tel: 983 303 333



Nos importa
tu bienestar