



Octubre 2012

axis

Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid



Una de las imágenes del viaje del Dr. José Pascual a Camerún como voluntario médico

SÓLO
DE OCTUBRE
A DICIEMBRE

"Sin gafas la
vida se ve de
otra manera"
Imaculada Nieto



¡DESPÍDETE AHORA DE GAFAS Y LENTILLAS!

Promoción
CIRUGÍA REFRACTIVA LÁSER
Cº MÉDICOS
DE VALLADOLID

905€/ojo

Consulta médica preoperatoria

35€

Imprescindible. Médico Cirujano Laser nº 27111. Verificar disponibilidad en el momento de la reserva.

© 2015 Clínica Baviera. Todos los derechos reservados.

**FINANCIACIÓN A 12 MESES
SIN INTERESES**

(hasta 100€ de interés)

ALTERNATIVA
colegiado

CIRUGÍA REFRACTIVA LÁSER | VISTA CANSADA | CATARATAS |

IMPRESINDIBLE PRESENTAR ACREDITACIÓN
en la 1ª visita a Clínica Baviera.

Resto de consultas y servicios 10% dto.
Excepción lentes e implantes intraculares.

LÍDER EN ESPAÑA EN OFTALMOLOGÍA AVANZADA

Palencia. Plaza de Abilio Corderón, 1 | 975 70 63 52
Valladolid. Plaza de Castilla y León, 2 | 983 24 71 34

CLUB CB PREMIER
CLUB LLIBRE DE PRIVILEGIOS

PIDE TU 1ª CONSULTA MÉDICA **902 130 100 / clinicabaviera.com**

Sea por la crisis económica, por prioridades políticas o por ambas cosas a la vez, nuestra situación económica, laboral y profesional se ha deteriorado hasta niveles que era difícil sospechar.

El desprecio por nuestro trabajo ha quedado demostrado una vez tras otra por las medidas que tanto los gobiernos centrales, como autonómicos han ido tomando, unas veces como empleados públicos y otras, además, por ser médicos.

No nos merecemos ninguna de ellas en tanto no se tomen otras, evidentes para todos menos para aquellos que tienen que decidir, por razones obvias, aunque se disfrace de grandes principios democráticos y de convivencia.

Pero, como siempre, los médicos estamos entre dos aguas. Afortunadamente es mayor el compromiso con nuestros pacientes y con los Valores de nuestra Profesión que la indignación y ganas de rebeldía para aprovechar nuestro gran poder de decisión.

Pero esto no dura siempre, nosotros lo sabemos, pero no se si los políticos y ciudadanos se dan cuenta. De ahí que debamos buscar soluciones desde la Profesión, por responsabilidad social, en este nuevo escenario que ya se vislumbra.

Nuestro trabajo vale mucho, mucho más de lo que se nos valora. Y lo vamos a decir en todos los lados, a propios y extraños, públicos y privados.

El Colegio al Día 5

- ° Comienzo de los cursos de inglés
- ° Acuerdo con la empresa Audi
- ° Presentación del 'Programa SAL'
- ° Reunión con el Comité de la II Jornada de 'Jóvenes Profesionales de la Salud Mental'
- ° El Dr. José Pascual Aja presenta su viaje solidario a Camerún
- ° Renovación de las instalaciones del Colegio

Publicaciones 18

- ° Publicación del trabajo de Raúl Pesquera, ganador de los 'Premios de Investigación en Medicina del COMVA'

Un día en... 26

- ° Centro de Salud de Peñafiel
- ° Unidad de Salud Mental de Casa del Barco

Estudios 30

- ° Ayer y hoy del cáncer de mama

La Prensa del s.XVIII 34

- ° La RCP en la época de la Ilustración

Arte 36

- ° El médico y el enfermo en la pintura del XIX y el XX

CONSEJO EDITORIAL

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

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

EN OCTUBRE DAN COMIENZO LOS CURSOS DE INGLÉS DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE VALLADOLID



El inicio del curso escolar da comienzo en octubre en el Colegio de Médicos de Valladolid.

Un año más, los cursos de inglés adaptados a niños y adultos abren sus puertas hasta el mes de mayo.

Las dos profesoras encargadas de impartir estas clases aseguraron que “la acogida que tienen es increíble”, ya que, en el caso de los grupos que se forman para los adultos, estos se acaban convirtiendo “más en amigos que en meros compañeros”, señaló Mirella Rodríguez, su profesora.

“En estas horas de estudio buscamos más un buen ambiente que una clase entendida convencionalmente”, explicó. “Pretendemos que estén a gusto

y que se rompan las barreras de la vergüenza”. Para ello, estas clases se dividen dependiendo del nivel de los alumnos, de manera que todos estén igualados en conocimiento.

“Basamos la dinámica de estas horas en la conversación”, apuntó Mirella. “Mis alumnos casi no llegan a coger un papel y un boli en todo el curso”.

Y estas pautas son las que procura seguir Angie González con los más pequeños. “Mis niños aprenden divirtiéndose”, comentó la profesora.

Las manualidades, los talleres de teatro o la cocina imaginativa son algunos de los ‘trucos’ que esta neoyorkina utiliza en sus clases. De esta manera, la idea de aulas, horarios y deberes desapa-

rece para dejar paso a un recreo en el que los niños hablan en inglés con sus compañeros mientras juegan.

Estos cursos se llevan impartiendo en el Colegio de Médicos desde hace más de diez años y cada vez son más los que se apuntan a ellos. Destaca el creciente número de grupos que han surgido a lo largo de esta década. Ya son seis los que se han formado para los adultos, frente a los tres en los que se dividen los pequeños (de entre 2 y 12 años). “Estamos pensando crear un nuevo grupo con alumnos de la E.S.O”, apuntó Angie, “para facilitarles el estudio y la realización de sus deberes, de manera que no conciban el inglés como una asignatura más, sino como algo entretenido que les ayudará mucho en su futuro”.

Se recuerda a los colegiados que, como en años anteriores, queda renovado el acuerdo de colaboración con los cursos de inglés de la Universidad de Valladolid. Más información en la página web www.medicosva.es

PLANIFICACIÓN DE LOS NUEVOS CURSOS DE INGLÉS

INFANTIL

StudyHall. "Sala de Tareas" para que los niños reciban toda la ayuda que necesitan con sus asignaturas en inglés. Harán sus deberes y repasarán el material dado en clase.
 - 1ro - 4to de la ESO (12 - 16 años), jueves de 5:00 a 6:00pm
 - Primaria 1ro - 3ro (6 - 9 años), viernes de 6:00 a 7:00pm
 - Primaria 4to - 6to (9 - 12 años), jueves de 7:00 a 8:00pm

Conversation / Reading / Writing / Listening, basado en la 'metodología Cambridge'. 100% conversación para alcanzar buena pronunciación, comprensión auditiva, lectora y comunicación verbal y escrita.
 - 1ro - 4to de la ESO (12 - 16 años), lunes de 5:00 a 6:00pm
 - Primaria 1ro - 3ro (6 - 9 años), lunes de 6:00 a 7:00pm
 - Primaria 4to - 6to (9 - 12 años), martes de 7:00 a 8:00pm

Arts & Crafts. Clases de Conversación para los más pequeños. Juegos, cocina, manualidades...
 - Guardería, Infantil y 1ro primaria (2 - 6 años), jueves de 6:00 a 7:00pm.

Las clases tendrán lugar en el Club Social Médico, C/ Santuario, 3- bajo. Información e inscripciones en el Colegio de Médicos.

ADULTOS

En nuestros cursos lo fundamental es que los participantes se comuniquen en inglés y sean capaces de expresar ideas y opiniones sin miedo a equivocarse, superando el miedo escénico que supone hablar y entender una lengua extranjera a través de las siguientes acciones:

- Énfasis en **expresión oral y comprensión auditiva**
- Interés primordial en el uso activo del idioma en lugar de darle un enfoque teórico a las clases
- Clases y grupos dinámicos e interactivos donde el alumno es el protagonista haciendo hincapié en que sus niveles de energía permanezcan altos

Las clases darán **comienzo el 15 de octubre** y se extenderán hasta el mes de mayo del año próximo quedando divididos los períodos lectivos en dos trimestres y un bimestre respectivamente. tendrán una duración de una hora durante dos días a la semana.

Las clases se impartirán en la sede del Colegio. Los días 9 y 10 de Octubre prepararemos una sesión de orientación e información que tendrá lugar en el aula de inglés del Colegio de Médicos.

El Colegio Oficial de Médicos y Valladolid Wagen firman un acuerdo de colaboración muy ventajosos para los colegiados

El Dr. Antonio Otero, Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid, y D. José Ángel Rodríguez, Gerente de la empresa Valladolid Wagen (copatrocinadora en la fiesta patronal 2012), han firmado un acuerdo de colaboración con condiciones ventajosas para los colegiados y sus familiares, tanto para la adquisición de vehículos de las marcas Audi y Volkswagen nuevos como matriculados así como para los servicios post venta. Valladolid Wagen se compromete a aplicar las condiciones de precio más ventajosas tanto para un vehículo nuevo como uno matriculado, para cada colegiado según sus circunstancias personales y profesionales aplicando las campañas vigentes.

Además como ventaja exclusiva para los clientes del Colegio de Médicos de Valladolid, ponen a su disposición un teléfono de atención al cliente dedicado específicamente a ellos, donde un trabajador atenderá inmediatamente a los usuarios sin necesidades de esperas. Además, la Extensión de Garantía es de

2 años o 80.000 Km para vehículo nuevo y de 1 año para vehículos seminuevos. Pero el acuerdo incluye varias ventajas más: cuatro años de mantenimiento o 60.000 km de regalo financiado todo o parte de su nuevo vehículo con Audi Credit o Volkswagen Credit, revisión gratuita de niveles a los 5.000 km, servicio de movilidad gratuito durante 7 años mediante Audi Class, servicio de movilidad gratuito durante dos años, mediante el servicio asistencia 24 horas de Volkswagen, servicio ITV, descuento del 10% en mano de obra, descuento del 10% en accesorios y montaje, descuento del 20% en neumáticos de primeras marcas y descuento del 15% en mano de obra en chapa y pintura. Y por si esto fuera poco, todos los clientes de Valladolid Wagen entrarán en un sorteo de dos plazas para el curso de conducción sobre nieve "Audi Driving Experience" para los compradores de un Audi en el año 2012 y en el sorteo de dos plazas para el curso de conducción "Race Tour Volkswagen 2012" para los compradores de un VW durante este año.

Teléfono de Atención Directa para los colegiados de Valladolid: 636304072. Operativo de 08:00 a

13:00 horas y de 16:00 a 19:00 horas.

También pueden dirigirse al siguiente correo electrónico rocioherran@valladolidwagen.es



El Dr. Otero y D. José Ángel Rodríguez

Cinco alumnos de la Facultad de Medicina de Valladolid han viajado a Alemania para ampliar su formación en el campo de la Investigación Biomédica gracias al 'Programa SAL'

El Colegio de Médicos de Valladolid, la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid y la Empresa de Base Tecnológica 'Citospín' han financiado cinco becas que cubrirán la matrícula y los gastos de estancia en Göttingen durante el Science Camp del 14 de Julio al 4 de Agosto



La Dra. Sánchez, el Dr. Otero, el Dr. Rigual y el Dr. García-Sancho

El Instituto de Biología y Genética Molecular (IBGM) ha venido observando en los últimos años que el programa MIR, tan excelente en casi todos los aspectos, no contempla la formación del perfil científico y académico durante sus años de formación.

Esto condiciona que se generen dos problemas: por un lado la falta de recambio en las posiciones académicas de los profesores de las Facultades de Medicina; y por otro, la insuficiente proyección científica de los Hospitales, muy inferior a la de su potencial y a la de otros centros de investigación no vinculados a los Hospitales.

Tratando de suplir estas carencias ha ideado un plan conjunto con la Universidad de Göttingen, Alemania, que desde hace años desarrolla la iniciativa Xlab, dedicada a fomentar la vocación científica entre los jóvenes. Para ello organiza distintas actividades a lo largo del año entre las cuales destaca el Science Camp, en el

que han participado estudiantes de la Facultad de Medicina de Valladolid desde 2003.

El resultado de esta colaboración ha sido la creación de cinco becas que se entregaron a cinco estudiantes de Medicina el pasado 19 de julio en la sede colegial y que les ha permitido asistir al Science Camp de Göttingen.

El fin de estas becas es alentar y ayudar a estos jóvenes a desarrollar su interés por el perfil científico y académico ya que la atracción de éstos por los temas de Investigación Biomédica suele irse diluyendo a lo largo de la carrera, eclipsado por la actividad clínica, más inmediata y demandante según van avanzando en edad y compromiso.

Para conseguir que este proyecto se convirtiese en realidad el Colegio de Médicos de Valladolid, junto al Decanato de la Facultad de Medicina, el Dr. Ricardo Rigual, y la Empresa de Base Tecnológica

Citospín, que crearon la Dra. Ana Sánchez, Directora del IBGM y el Dr. Javier García-Sancho en el Parque científico de la Uva, han financiado las cinco becas que han sufragado la matrícula y los gastos de estancia en Göttingen durante el Science Camp celebrado del 14 de julio al 4 de agosto de los cinco alumnos que han sido seleccionados entre los 20 mejores de la asignatura 'Investigación y Nuevas Tecnologías'.

Los alumnos seleccionados, Patricia Alonso Rivero, Juan Asensio Noruega, Laura García Calvo, Diego Morante Martínez y Alberto Redondo González, han tenido la oportunidad de ampliar sus conocimientos científicos en un ámbito completamente nuevo y especializado en la formación de estudiantes. Los creadores de estas becas únicas esperan que "se puedan llevar a cabo durante muchos años más", ya que "el enriquecimiento formativo que adquieren estos jóvenes durante estos meses" es incalculable.



Un momento de la rueda de prensa

El Colegio de Médicos de Valladolid se reúne con el Comité de las II Jornadas de Jóvenes Profesionales de la Salud Mental para mostrarle su apoyo y colaboración

Tras el éxito cosechado por esta iniciativa el año pasado, sus organizadores preparan la segunda edición para el 16 y el 17 de noviembre con la intención de promover el intercambio de ideas, estrategias y prácticas médicas entre los profesionales de este campo

El pasado julio tuvo lugar en el Colegio de Médicos de Valladolid la presentación de las II Jornadas de Jóvenes Profesionales de la Salud Mental por parte de su Comité Organizador formado por la Dra. Laura Martín López-Andrade, Psiquiatra en el Hospital Universitario Río-Hortega de Valladolid y los médicos residentes Antonio González Herrera, Juan Pablo del Busto Bretonche, Celia Valdivieso Burón y Antía Briones de Miguel, Psicóloga clínica en el Hospital Universitario Río-Hortega de Valladolid; la presentación contó con la presencia del Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid, el Dr. José Antonio Otero y el Secretario General del mismo, el Dr. José Luis Almudí.

Los promotores del grupo encargado de esta iniciativa, "La Revolución Delirante", comienzan en 2011 como un proyecto de jóvenes que se forman o trabajan en los servicios de Salud Mental de Valladolid, a los que les mueve el deseo de afrontar su profesión desde un punto de vista diferente.

Como podemos leer el Manifiesto que encabeza su página web: "cada día comprobamos que estamos heredando una psiquiatría enrarecida, naturalista pero desnaturalizada, que se aparta del loco, de su acompañamiento y de su escucha refugiándose en las clasificaciones, las teorías genéticas y el tratamiento exclusivamente farmacológico".

Así, en octubre del pasado 2011, estos emprendedores organizaron las 'Primeras Jornadas de Jóvenes Profesionales de la Salud Mental', que obtuvo un gran éxito de convocatoria, consiguiendo reunir

a cerca de 300 profesionales de este campo médico en nuestra provincia.

Tras el éxito de la primera edición y con el objetivo de volver a crear un "lugar de encuentro clínico y asistencial que, entre otras cosas, nos lleve al intercambio de ideas, el cuestionamiento de nuestra propia práctica y el planteamiento de estrategias para mejorarla", tendrán lugar las II Jornadas el 16 y 17 de noviembre en el Palacio de congresos Conde Ansúrez.

En esta edición pretenden incidir especialmente en la composición multidisciplinar de las mesas clínicas, que estarán formadas por un psiquiatra o psicólogo, un enfermero o auxiliar de enfermería y un trabajador o educador social.

Con estos objetivos "buscamos que en todos los ámbitos de estas jornadas esté

representado el equipo terapéutico, entendido como pieza fundamental e insustituible de la asistencia en salud mental".

Por supuesto, "conservaremos los tres principios que se mostraron fundamentales en la edición inaugural. En primer lugar, será organizada, promovida y llevada a cabo por jóvenes; en segundo, irá dirigida a todo tipo de profesionales de la salud mental; y, por último, tendrá un carácter absolutamente gratuito para todos los asistentes", aseguraron los jóvenes.

La "Revolución Delirante" tiene todo el apoyo del Colegio Oficial de Médicos de Valladolid, por considerar que se trata de una iniciativa dirigida a la formación, práctica y teórica, de los jóvenes médicos -y no médicos- desde la independencia, el debate y el interés por el campo de la Salud Mental.



El Dr. Otero y el Dr. Almudí durante la reunión con el Comité Organizativo de estas jornadas

Inglés

en Valladolid

- programa completo
- todas las edades desde infantil
- cursos intensivos
- cursos para certificación oficial
- cursos de verano en el extranjero
- master y universidad en el extranjero



Queen's Gate
School

Gamazo, 12 - 2º Izqda
47004 Valladolid
983 39 80 66

www.queensgateschool.com

Mi viaje a Camerún. Una experiencia inolvidable

Dr. José Pascual Aja. Médico de Familia del Centro de Salud de La Victoria



El Dr. Pascual (izquierda) con el grupo de voluntarios del año 2012

Hace ya cuatro o cinco años tuve noticias del proyecto que el pediatra burgalés Doctor Emilio Sastre estaba desarrollando en África, concretamente en Camerún, por lo cual me puse en contacto con él para ofrecer mi colaboración.

En los dos viajes realizados hasta el momento he tenido la satisfacción de practicar la medicina en un entorno completamente desconocido para mí hasta ese momento, en colaboración con otros voluntarios, médicos de familia, enfermeros, pediatras, cirujanos, oftalmólogos, anestesiistas y ginecólogos fundamentalmente.

El lugar donde radica el centro sanitario de la Fundación Mayo-Rey, hasta donde nos desplazamos en esta ocasión, es la aldea Rey-Bouba, situada al noroeste del país, cerca de Níger y el Chad, con Douala como ciudad más cercana



de referencia desde la cual luego nos desplazamos en todo-terrenos hasta la aldea.

Allí encontramos el hospital de la fundación, que consta de varias

construcciones dispuestas alrededor de un patio central, entre las que se encuentran las casas de los sanitarios, dos consultas generalistas, una con dotación oftalmológica y otra para la prestación odontológica, dos quirófanos,

dos salas de hospitalización (que en total pueden dar atención sanitaria a unas 20 personas), farmacia y un almacén, amén de los servicios auxiliares correspondientes a los que próximamente se añadirá un laboratorio.

Desde este año, se cuenta, además, con tres religiosas que permanecen en el hospital todo el año. La comparación con el hospital estatal local no requiere comentarios y alguna de las imágenes así lo corrobora.

Las campañas de voluntariado se han ido incrementando en su cobertura temporal a medida que se iba desarrollando la infraestructura del hospital y ya abarcan desde octubre hasta el mes de junio, interrumpiéndose en época de lluvias por las grandes dificultades que entraña el viaje.

Os podéis hacer una idea de todo esto por las fotos que acompañan este texto, aunque éstas nunca llegarán a reflejar



Farmacia con la que contaban los voluntarios

las sensaciones y los sentimientos que muchas de las representaciones gráficas acumulan detrás, tanto de los pacientes, de los amigos que allí dejamos y de los profesionales que hemos compartido momentos, buenos y malos, pero



El Dr. Emilio Sastre

ciertamente inolvidables, de esos que uno se guarda para sí en la retina y en el corazón. Las campañas de colaboración se realizan en turnos de dos o tres semanas, según las distintas disponibilidades. Y aunque pueda pareceros mentira, creed que aunque se echan de menos aspectos de la vida habitual, las estancias siempre se nos hacen cortas al llegar la hora de la

vuelta. La vida en el hospital no es fácil en un primer momento, pero todo se olvida y se compensa con la satisfacción de la actividad diaria. En cualquier caso puedo asegurar que tampoco se trata de nada "extremo" y que todos los compañeros que hemos acudido lo hemos sobrellevado bien, incluso muchos hemos repetido en otras ocasiones.



Uno de los hospitales estatales de Camerún





Uno de los colegios a los que acudían los niños del poblado



En mi experiencia, la seguridad personal es total y el trato con las gentes del lugar es muy amigable, además de que el respeto hacia nosotros siempre ha sido exquisito por parte de todas las personas de la aldea. Las frustraciones, compartidas por todos los miembros de este grupo de voluntarios, surgen cuando encuentras un problema de salud que aquí o en cualquier país medianamente desarrollado se orientaría sin dificultad y que allí a veces puede ser fatal.

Para dar una idea del trabajo realizado puedo daros los datos de las dos campañas realizadas en los años 2011 y 2012, durante las cuales se han tratado a más de 6.000 pacientes y se han realizado más de 200 intervenciones quirúrgicas.

En cuanto a las patologías tratadas, son las propias de estas regiones centroafricanas: paludismo, parasitosis, problemas ginecológicos, traumatismos, quemaduras, hernias, cataratas y cuadros cutáneos.

Los medios de que se dispone son bastante adecuados aunque a veces hay que improvisar ya que “esto es lo que hay” dependiendo mucho en cada momento de los medios humanos y su especialización.

Si alguien pudiese estar interesado en participar podéis llamar al teléfono de la Fundación para recabar mas información o a mí personalmente (en el Colegio de Médicos de Valladolid os facilitarán estos números con mucho gusto), pero os aconsejo visitar el ‘blog’ de “Fundación Mayo Rey” para que os hagáis una idea de lo necesario de la ayuda de todos y cada uno de nosotros.

Espero que alguno de los lectores pueda estar interesado y así unir voluntarios de Valladolid a los de Salamanca, Zamora, Burgos, País Vasco, Cantabria o Madrid que ya han participado en estos viajes. Les aseguro que es una experiencia que jamás olvidarán.

El Colegio Oficial de Médicos de Valladolid renueva y moderniza el antiguo Salón de Actos

La sala de reuniones antigua ha sido dividida, obteniendo dos estancias que pueden unirse nuevamente cuando se desee a través de unos paneles corredizos que aíslan térmica y acústicamente ambas partes del salón



Cuando en mayo de 2010 el Dr. José Antonio Otero Rodríguez fue elegido como nuevo Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid, tanto él como la Junta Directiva de esta institución ya manifestaron su intención de rejuvenecer la imagen de esta entidad para acercarse más a los nuevos colegiados y ofrecerles a los que llevan años con nosotros los mejores servicios posibles.

Con esta idea en la cabeza, hace varios meses se comenzó a planear la renovación de la sala de reuniones y de conferencias situada en la sede colegial, unas reformas que han culminado en el pasado mes de septiembre con unos resultados óptimos que permitirán un mejor aprovechamiento de estas instalaciones por parte de los colegiados y de todos los médicos

que puedan necesitarlas durante las próximas décadas.

“Restauración Castilla y León”, empresa constructora encargada del proyecto junto con “Diagonal”, que ha ideado el diseño y el mobiliario de las nuevas estancias, ha centrado sus esfuerzos en conseguir dos salas que puedan funcionar tanto por separado como unidas, adecuándose a las necesidades de las reuniones y jornadas que en ellas suelen realizarse para lograr un mejor uso de nuestros espacios.

“Gracias a la utilización de un muro acústico plegable hemos construido una sala de reuniones muy amplia y confortable y una estancia polivalente o multifuncional que puede unirse a la primera en caso de necesitarse más espacio para alguna conferencia,

exposición o situación concreta”, explicaron desde la empresa encargada de esta reforma.

Uno de los puntos fuertes de este proyecto consistía en crear un espacio más moderna y más comprometida con el medio ambiente, por lo que a través de la instalación de pantallas ‘led’ se ha conseguido disminuir el consumo de energía en un 80%.

La iluminación se ha ideado de forma que funcione independientemente de una sala a otra (al igual que el aire acondicionado), con reguladores de intensidad que pueden conseguir una ‘bajada en penumbra’ desde el 100% al 10%, lo que permite un aprovechamiento óptimo de los recursos del Colegio.

Además, las obras que se han llevado a cabo han permitido adaptar estas

nuevas salas analógica y digitalmente, de forma que cualquier visitante puede acceder a los contenidos que el Colegio quiera compartir con ellos a través de su propio ordenador, con un sistema VGA (para los operadores analógicos) y con un HDMI (para los digitales).

El control de todas las fuentes de entrada y salida de audio y video están dirigidas por un sistema domótico, lo que implica que éstas pueden ser controladas a través de un iPad. Este aparato permite el manejo del proyector, la pantalla y todas las fuentes de entrada y salida que se han dispuesto en las dos nuevas salas de reuniones.

Existen siete entradas analógicas y digitales repartidas entre la cámara IP, el atril de la sala principal, la sala polivalente o multiusos y la Presidencia. A su vez, las fuentes de salida se hayan situadas en el proyector de la sala principal y en la mesa de Presidencia, lo que permitiría instalar en el futuro dos monitores más para poder visualizar mejor las presentaciones y los videos.

Igualmente, en la sala multiusos se han añadido dos fuentes de salida más que permitirían una opción similar, al ofrecer la opción de incluir, además de la televisión de plasma con la que ya cuenta, una televisión más o un proyector en el que visualizar los encuentros que allí tengan lugar.

Las imágenes que se proyectan desde la cámara IP se pueden visualizar desde cualquiera de las salas del edificio a través de un ordenador y, además, existe la posibilidad de habilitar este sistema para que los usuarios del Colegio de Médicos de Valladolid puedan ver y oír las conferencias y los cursos que se celebren en esta institución desde sus propias casas, sin necesidad de desplazarse hasta la sede, u ofreciendo videoconferencias en caso de no poder estar personalmente en la misma estancia en ese momento.

Las nuevas tecnologías, la fácil utilización de las instalaciones, el ahorro

de energía y la mejoría de los recursos han sido constantes buscadas en cada paso de esta obra. Es por ello que se ha prestado especial atención a los detalles, como la idea de hacer que la entrada de audio y video con transmisores de RJ45, lo que dota a la sala polivalente de alta definición, o el hecho de que el sonido de ambas estancias sea independiente.

El concepto de alta definición se ha hecho patente al hablar de la cámara IP,

ya que la red del edificio a nivel interno se ha modificado hasta conseguir que sea diez veces más rápida.

Desde este mes las salas ya están en pleno funcionamiento, acogiendo todo tipo de actos y recibiendo a los colegiados de todo Valladolid. Esperamos que los cambios sean de su agrado y que estas mejoras permitan que puedan disfrutar de la oferta médica y cultural del Colegio durante muchos años más.



La sala principal, con la mesa de Presidencia al fondo



Sala polivalente o multiusos con monitor de plasma

A.M.A prepara una decena de actividades para el 2º semestre de 2012

El Patronato de la Fundación A.M.A., que preside Diego Murillo, aprobó el pasado julio apoyar una decena de actividades de formación, investigación y apoyo social durante 2012, a las que destinará en total un presupuesto cercano a los cuatrocientos mil euros.

La principal actividad de la Fundación será la séptima campaña de becas de formación, concedidas por sorteo a un total de 75 médicos, farmacéuticos y enfermeros que estén preparando sus respectivos exámenes de internos residentes. Las solicitudes podrán hacerse hasta febrero de 2013, y ese mismo mes se entregarán las becas.

Asimismo, pondrá en marcha a la vuelta de verano los decimocuartos Premios Científicos A.M.A., sobre un tema de investigación sanitaria y asistencial de seguros, que repartirán 36.000 euros a un primer premio y 12.000 euros a un accésit. Los trabajos, que se están presentando desde septiembre, podrán entregarse hasta abril, y los premios se fallarán a finales de junio de 2013.

La fundación fue creada en 2010 por A.M.A. Agrupación Mutua Aseguradora, única mutua especializada en ofrecer seguros para profesionales de la Sanidad. El patronato fundacional también ha aprobado hoy colaborar con diferentes fundaciones y Consejos de profesionales sanitarios en diferentes acciones formativas y sociales.

En concreto, cooperará con la Fundación de Enfermería en Castilla y León, FECyL, en la puesta en marcha del Tesoro Porus, un software de gestión que facilitará acceso a la literatura científica de Enfermería entre sus colegiados.

Además, sufragará para la Fundación de Lorenzo el primer Premio Nacional de Derecho Sanitario, que se convocará próximamente, y organizará un Aula Taller específica sobre Derecho Sanitario dentro del Congreso Nacional organizado por la Asociación Española de Derecho Sanitario entre los próximos días 18 y 20 de octubre.

Concederá también varios másteres y becas para estudios veterinarios y



farmacéuticos, en colaboración con los Consejos Generales de Colegios Veterinarios y de Dentistas españoles. Con estos últimos colaborará en el Premio Clínica del Futuro, organizado por la revista Gaceta Dental.

La Fundación participará un año más en los Premios Solidarios del Seguro, convocados por el Inese, división de Seguros de Reed Business Information, y en los que distintas compañías aseguradoras y empresas financieras patrocinan otros tantos proyectos solidarios de varias ONG.

En paralelo, la Fundación A.M.A. ayudará a la ONG Paliativos sin Fronteras, que busca desarrollar los cuidados paliativos en el Tercer Mundo, realizará distintas aportaciones sociales durante el segundo semestre y completará en julio, a través del Colegio de Dentistas de Sevilla, su contribución a las revisiones y tratamientos bucodentales de 130 niños y jóvenes bielorrusos, afectados o familiares de damnificados de la catástrofe de Chernóbil y que este verano han pasado un mes de vacaciones en Sevilla.

Refuerzos en la Fundación

Para reforzar el patronato fundacional, se ha designado nuevo vicepresidente patrono a Alberto García Romero, presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, así como asesor financiero no patrono a Manuel

Campos Villarino. Además, han sido designados nuevos patronos de la Fundación Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la Organización Médica Colegial, Guillermo López, director de Obstetricia y Ginecología de la Clínica Universitaria de Navarra; Manuel Sánchez García, y Francisco J. Herrera Gil, anterior secretario.

Se mantienen como patronos fundacionales Carmen Peña López, presidenta del Consejo General de Farmacéuticos de España; Juan José Badiola Díez, presidente del Consejo General de Veterinarios de España; Alfonso Villa Vigil, presidente del Consejo General de Odontólogos de España, y José Manuel Bajo Arenas, presidente de FACME.

Participan también en el Consejo de patronos Ricardo de Lorenzo y Montero, presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario; Javier de Teresa Galván, presidente del Colegio Oficial de Médicos de Granada; Luis Cáceres Márquez, presidente del Colegio de Odontólogos de Sevilla, y Alfredo Escaja Fernández, presidente del Consejo de Enfermería de Castilla y León.

Además, se incorporan a la Fundación Luis Núñez como secretario no patrono, y Luis Cáceres como vicesecretario no patrono. Álvaro Basilio Durán prosigue como director gerente, y Juan Luis Alañón como abogado.

MOVIMIENTO COLEGIAL / Agosto - Septiembre

ALTAS

D ^a . M ^a Concepción González Fuentes	Traslado de Madrid
D ^a . Josefa Martín Gago	ID. de Palencia
D ^a . M ^a Eugenia Martínez Díaz	Ingreso
D ^a . M ^a Esther Bahillo Marcos	Traslado de Burgos

BAJAS

D. José Antonio González Gago	Fallecimiento
D. Egdunio Pérez González	Fallecimiento
D ^a . M ^a del Consuelo González Torres	Fallecimiento
D. Eduardo Yagüe Encinas	Traslado a Segovia
D ^a . Sara Panero González	ID. a Salamanca
D. Fernando Yagüe Solís	ID. a Madrid
D. Ioan Alexandru Ordeán	ID. a Palencia

BAJAS

D. Jansen Olavid Quispe	Traslado a Madrid
D. Christian Kevisn Perea Osorio	Cese
D. Ramón Álvarez Fernández	Fallecimiento
D ^a . Helena Castro López	Cese
D. Evaristo A. Llorente Cohen	Fallecimiento
D. Carlos F. Massa Hortigüela	Fallecimiento
D. Pedro A. Pascual Alonso	Traslado a Segovia
D ^a . M ^a Mónica Olmedo de Gracia	Cese
D ^a . M ^a . Laura Parra Morais	Traslado a Palma
D. Williams Rojas Blaz	Cese
D ^a . Carolina Magdalena Atea	Cese
D ^a . Julissa Yamille Pita Álvarez	Cese
D ^a . Cristina Plaza Alonso	Cese



CENTRO ANTICALVICIE CLÍNICA CAPILAR

Especialistas en todo tipo de enfermedades capilares



Micropiel · Prótesis capilares · Postizos

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

Gorros · Turbantes

Pestañas y Cejas de pelo natural



C/ Cánovas del Castillo, 11 - Valladolid

Tel.: 983 29 69 69

Primer Premio: Estudio de los patrones de crecimiento de la población infantil en Cantabria

Raúl Pesquera, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
y Director del Observatorio de Salud Pública de Cantabria

INTRODUCCIÓN:

En España, durante las décadas de los ochenta y noventa del siglo pasado se han realizado numerosos estudios de crecimiento en diferentes poblaciones: Barcelona, Bilbao, Canarias, Galicia, Madrid, Murcia, etc.¹⁻⁷. La hipótesis de partida ha sido entender el crecimiento humano como la expresión fenotípica de una potencialidad genética (propia del individuo) modulada por agentes externos (propios del ambiente). De esta manera resultaba interesante conocer cómo los avances en el nivel socioeconómico de la población española, traducidos en mejoras en la nutrición y en la atención a la salud infantil, mejoraban la expresión genética, lo que se reflejaba en aumentos en el crecimiento de los niños españoles, con incrementos en la talla, el peso y su relación el IMC (peso/talla²)^{8,9}. Los datos publicados por estos trabajos han servido para elaborar los estándares de crecimiento nacionales sobre los que comparar al resto de la población infantil^{8,10,11}.

En el curso de estos últimos años han finalizado los estudios longitudinales que se iniciaron en aquel periodo¹²⁻¹⁵ y se han realizado numerosos estudios transversales^{12,16-19} que han permitido enfrentar los datos actuales con los datos obtenidos hace 20 años. Su análisis constata que ha aumentado tanto la talla como el peso de nuestra población en términos generales y también, que el incremento de peso no ha sido proporcional a la talla, ha sido superior. Esto ha supuesto un aumento de los valores de IMC, sobretudo en los percentiles extremos (>P85) y de forma más acusada en el sexo femenino^{10,20,21}.

Estos hallazgos además de confirmar el incremento de la prevalencia de obesidad infantil como fenómeno epidemiológico en las sociedades occidentales^{22,23}, al cual no es ajeno España²⁴, plantean dos interrogantes: primero, ¿hasta que punto están cambiando los patrones de crecimiento de nuestra población infantil?. Son válidas, y por tanto adecuadas estas gráficas de referencia para monitorizar el crecimiento actual, o es necesario actualizarlas. Las recomendaciones del MSC recientemente publicadas²⁵ no se postulan hacia su actualización y sugieren utilizar en la práctica clínica las gráficas de Orbegozo 88⁷, al menos para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad infantil. Segundo, ¿Existen diferencias loco-regionales en los patrones de crecimiento?,

Si el crecimiento humano es una expresión fenotípica condicionada tanto por la genética (raza) como por el ambiente (hábitos del entorno relacionados con su desarrollo socioeconómico y sociocultural). Parece razonable plantearse que los procesos madurativos de los niños varíen de unas zonas geográficas a otras y por lo tanto, sea lo más adecuado monitorizar el crecimiento de los niños utilizando gráficas propias, elaboradas a partir de su población diana. Esta controversia, sobre qué gráficas de crecimiento utilizar, si internacionales o nacionales, aún no esta resuelta. La OMS se ha posicionado recientemente sobre este problema^{26,27}. Ha publicado unas nuevas gráficas que representan los estándares de crecimiento de la población infantil mundial, bajo la hipótesis de que todos los niños, con independencia de su raza, tienen idénticos patrones de crecimiento siempre que se les facilite un ambiente óptimo con atención sanitaria y alimentación adecuada, controlando factores cruciales como el control del embarazo (Ej..no fumar) y la lactancia materna hasta los 6 meses.

El objetivo de este trabajo ha sido conocer los patrones de crecimiento de los niños de Cantabria y responder a estos dos interrogantes. Como elemento innovador respecto a la literatura existente, este estudio tiene un diseño poblacional, contempla la totalidad de la población infantil de Cantabria comprendida entre 2 y 14 años y tiene la particularidad de ser el primer estudio que ha utilizado la información registrada informáticamente por los pediatras de Atención Primaria (AP) de todos los niños que acuden a los centros de salud de una región.

POBLACIÓN Y MÉTODOS:

Se ha desarrollado un estudio transversal y un estudio semilongitudinal. El primero ha permitido dibujar las gráficas de peso, talla e IMC en percentiles por edad y sexo, y el segundo las gráficas de velocidad de incremento de estas variables. El estudio transversal incluyó todo el universo de niños comprendidos entre 2 y 14 años residentes Cantabria (62.145 niños, padrón municipal 2008) que dispusieran tarjeta sanitaria en el Servicio Cantabro de Salud (60.344 niños, censo SCS 2008). De estos se seleccionaron tras un proceso de depurado **60.015 niños**¹. La metodología del estudio se ha descrito exhaustivamente en una tesis doctoral²⁸. En resumen, Cantabria dispone de un sistema único de Historia Clínica (HC) informática implantado desde 1999 en todas las Zonas Básicas de Salud (ZBS). Esta herramienta permite disponer de datos de su población en soporte informático superiores al 90%. Para la realización de esta investigación se ha utilizado la información recogida en la HC procedente sobretudo del "programa del niño sano"²⁹.

La selección de los niños se hizo mediante una sentencia SQL (Structured Query language) que interrogó a la base de datos de HC de cada una de las ZBS, solicitando "la extracción del último peso y talla tomado en el mismo día de todos los pacientes nacidos después

PREMIOS DE INVESTIGACIÓN DE MEDICINA DEL COMVA

de enero de 1988". Esta instrucción se ejecutó en las ZBS del GAP-1 (del 4 al 8 de Noviembre del 2007), y del GAP-2 (del 10 al 16 de Julio del 2008). El número de registros facilitados fue de **76.062**. Posteriormente se realizó un proceso de exclusión, descartando los niños < 2 y > 15 años en el momento de realizar las mediciones, los niños con tomas realizadas antes de 1/1/2002 y aquellos con registros erróneos.

Para el estudio semilongitudinal se utilizaron los datos de peso, talla e IMC de 21.397 niños incluidos en un estudio transversal piloto realizado con idéntica metodología en el año 2006³⁰. A estos niños se les realizó una segunda medición de peso y talla entre 1 y 5 años más tarde. A partir de estos datos antropométricos se ha calculado la velocidad de crecimiento en peso (kg/año), en talla (cm/año) y en IMC (kg/m²/año) de los 2 a los 14 años. Primero, se ha calculado el incremento de estas variables entre las dos mediciones de cada niño. El valor resultante se ha atribuido a la edad del niño en el punto medio del intervalo de tiempo entre tomas. Posteriormente, las edades resultantes (edad del punto medio de intervalo por niño) se han categorizado en periodos de ½ año, calculándose a partir de aquí los distintos estadísticos descriptivos (media, percentiles, etc.) diferenciados por sexo.

Las variables incluidas en el estudio fueron Peso, Talla e IMC calculado según la formula: peso (Kg)/ talla (m²). Las mediciones fueron realizadas (entre el 1/1/ 2002 y el 16/7/ 2008) por sus pediatras o sus enfermeras de pediatría, según el protocolo del programa del niño sano²⁹. Descalzos y en ropa interior para el peso y estirados provocando el contacto de la cabeza en el tallímetro incorporado a la báscula, tomando como referencia el plano de Frankfurt. Las básculas utilizadas eran de precisión de la marca SECA® o Asimed® dependiendo de la ZBS. El peso fue medido en kg. con un error de +/- 100 g. y la talla en cm. con una precisión de +/- 1 mm.

Los programas informáticos utilizados para la realización del estudio fueron: el software utilizado para la gestión de la HC de Atención Primaria, *OMI-AP inet*® (versión 6.0/ 5A-03) y para el estudio descriptivo y estadístico el programa *SPSS*® (versión 14). Las bases de datos fueron facilitadas, previa solicitud motivada, por las Gerencias de AP (GAP 1 y GAP 2) del Servicio Cantabro de Salud (SCS), con registros anónimos de acuerdo a lo estipulado en la ley de protección de datos 15/1999. La autoridad sanitaria a pesar de su solicitud, no consideró necesaria la remisión al comité de ética.

RESULTADOS:

1. Descripción de la muestra

La muestra utilizada en el estudio transversal fue de **60.015** niños con edades comprendidas entre 2 y 15 años (**59.470** entre 2-14 años) y en el estudio longitudinal de **21.397 niños**. En ambos estudios la distribución de la muestra por ZBS fue un fiel reflejo de la distribución de la en población en Cantabria. Por sexo, al igual que en población empadronada, hay mayor número de varones entre 2 y 15 años en todos los ámbitos estudiados: áreas de salud, ZBS y edades. Por edad, la muestra refleja una mayor concentración de registros en las edades que se corresponden con los controles establecidos en el programa del niño sano 2, 3, 4, 6, 11 y 14 años.

2. Patrones de crecimiento

En las siguientes tablas y gráficos se representan separados por edad y sexo los percentiles de 2 a 15 años² de peso, talla, IMC (en intervalos anuales) del estudio trasversal y sus velocidades de crecimiento (en intervalos ½ año) del semilongitudinal.

Tabla 1: Percentiles de peso por sexos y edad en años

Peso (kg.)		Percentiles niñas							Percentiles niños							
Edad	n	3	5	15	50	85	95	97	n	3	5	15	50	85	95	97
2	3.109	10,14	10,42	11,10	12,50	14,30	15,80	16,50	3.193	10,55	10,85	11,64	13,00	14,90	16,00	17,00
3	2.224	12,00	12,20	13,20	15,00	17,50	19,40	20,30	2.291	12,50	12,90	13,80	15,50	17,80	19,50	20,01
4	3.043	13,72	14,00	15,20	17,30	20,00	22,20	23,40	3.129	14,10	14,50	15,60	17,70	20,20	22,40	23,40
5	944	15,70	16,23	18,00	21,00	25,53	30,00	32,00	955	16,30	16,80	18,30	21,20	25,46	29,00	30,93
6	5.464	17,20	17,70	19,20	22,50	27,00	30,50	32,50	5.840	17,70	18,30	19,90	23,00	27,50	31,30	33,00
7	787	19,36	20,00	21,72	26,20	33,38	39,00	41,44	884	19,20	20,00	22,40	26,30	33,50	39,00	40,55
8	1.225	21,00	22,00	24,00	29,50	37,70	44,64	47,42	1.312	22,04	22,67	24,80	29,50	38,20	44,57	46,30
9	896	23,09	24,29	27,00	33,00	43,00	49,30	52,00	874	24,00	24,60	26,70	33,10	43,00	49,13	53,60
10	848	26,79	27,89	30,64	38,00	48,70	56,17	59,21	842	27,30	28,02	31,00	38,50	49,50	56,63	60,83
11	2.794	29,00	30,00	34,00	42,10	53,50	60,93	64,00	2.931	29,00	30,00	33,50	41,25	52,50	60,14	64,00
12	1.278	32,00	33,80	38,00	47,50	59,82	68,00	70,00	1.376	31,36	33,00	36,86	47,00	60,00	69,58	73,50
13	1.257	38,57	40,50	45,00	53,70	65,00	73,32	76,28	1.487	37,16	39,08	45,00	55,10	68,50	79,16	82,50
14	4.976	40,50	42,00	46,00	54,00	65,50	74,63	79,00	5.511	40,20	42,00	47,08	57,60	71,00	82,00	86,13
15	242	43,15	44,32	49,05	55,75	70,73	82,46	85,95	303	42,52	44,42	50,36	62,80	78,50	89,70	96,94

PREMIOS DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA COMVA

Tabla 2: Percentiles de talla por sexos y edad en años

Talla (cm)		Percentiles niñas							Percentiles niños							
Edad	n	3	5	15	50	85	95	97	n	3	5	15	50	85	95	97
2	3.109	81,50	82,00	84,00	87,50	91,80	95,00	96,47	3.193	83,00	83,50	85,50	89,00	93,00	96,50	98,00
3	2.224	89,00	90,00	92,00	96,50	101,0	104,5	106,0	2.291	90,50	91,00	93,58	97,50	102,00	105,08	106,50
4	3.043	95,60	96,50	99,00	103,5	108,0	111,0	112,7	3.129	97,00	98,00	100,00	104,70	109,25	112,00	113,50
5	944	102,5	103,5	107,5	114,0	120,0	123,0	124,2	955	104,00	105,00	109,00	114,50	120,00	124,00	125,00
6	5.464	108	109	112	117,00	122,5	126,00	127,50	5.840	109,00	110,00	113,00	118,00	123,40	127,00	128,00
7	787	114,00	115,00	118,50	124,00	131,00	135,00	137,00	8.84	113,78	115,00	119,00	125,50	131,50	135,28	136,23
8	1.225	118,00	120,00	123,50	130,00	136,00	140,00	142,00	1.312	120,00	121,00	125,00	131,40	137,50	141,00	143,00
9	896	123,46	124,97	129,00	135,50	143,00	147,00	148,50	874	124,05	126,00	129,50	135,85	142,95	147,00	149,00
10	848	130,00	131,50	135,44	143,00	150,86	155,61	157,50	842	130,00	132,00	136,00	143,00	150,50	154,59	156,00
11	2.794	134,59	136,50	140,50	148,00	155,50	160,00	162,00	2.931	134,00	135,88	139,60	146,00	154,00	158,50	160,50
12	1.278	139,69	141,49	146,50	154,00	161,00	165,00	166,50	1.376	138,50	140,00	144,50	152,75	161,00	167,00	169,35
13	1.257	147,00	148,49	152,50	159,30	166,00	169,50	170,33	1.487	146,00	148,00	153,50	162,50	172,00	177,00	179,00
14	4.976	149,00	150,00	154,00	160,00	166,50	170,20	172,00	5.511	150,00	152,00	157,00	166,00	174,00	178,00	180,00
15	242	150,50	152,56	155,84	161,80	168,00	171,43	172,86	303	154,50	156,10	161,12	169,50	177,00	181,00	183,00

Tabla 3: Percentiles de IMC por sexos y edad en años

IMC(kg/m ²)		Percentiles niñas							Percentiles niños							
Edad	n	3	5	15	50	85	95	97	n	3	5	15	50	85	95	97
2	3.109	14,07	14,28	15,01	16,31	17,84	18,93	19,37	3.193	14,15	14,45	15,19	16,44	17,90	18,94	19,44
3	2.224	13,76	14,06	14,88	16,18	17,80	19,19	19,87	2.291	14,05	14,35	15,05	16,32	17,84	19,12	19,76
4	3.043	13,66	13,98	14,79	16,17	17,94	19,34	20,09	3.129	13,91	14,20	14,94	16,17	17,74	19,22	19,80
5	944	13,73	14,04	14,62	16,32	18,64	21,18	21,87	955	13,71	14,03	14,75	16,18	18,27	20,53	21,73
6	5.464	13,71	14,00	14,75	16,36	18,81	20,78	21,56	5.840	13,80	14,11	14,87	16,37	18,69	20,81	21,72
7	787	13,89	14,24	14,96	16,80	20,36	23,11	24,49	884	13,85	14,11	15,15	16,80	20,15	22,65	23,44
8	1.225	13,99	14,36	15,20	17,44	21,01	23,87	24,93	1.312	14,18	14,43	15,27	17,28	21,04	23,64	24,79
9	896	13,85	14,28	15,50	18,03	22,00	24,46	25,34	874	14,32	14,57	15,41	17,82	22,17	24,73	25,89
10	848	14,40	14,82	15,93	18,60	22,61	25,24	26,56	842	14,66	14,91	15,98	18,72	23,08	25,36	26,64
11	2.794	14,74	15,17	16,31	19,30	23,28	25,93	26,87	2.931	14,97	15,32	16,43	19,15	23,25	25,96	26,80
12	1.278	15,10	15,58	17,12	19,90	24,09	26,98	27,81	1.376	15,23	15,69	16,78	19,82	24,44	27,46	28,94
13	1.257	16,12	16,75	18,28	21,10	25,10	28,49	29,76	1.487	16,02	16,49	17,81	20,68	24,98	28,16	29,26
14	4.976	16,69	17,09	18,32	20,93	25,08	28,29	29,70	5.511	16,33	16,80	18,05	20,75	25,12	28,30	29,58
15	242	16,87	17,68	18,67	21,49	26,36	31,54	33,34	303	16,76	17,11	18,32	21,46	26,26	30,84	32,53

Gráfico 1: Percentiles de la velocidad de incremento de peso (kg/año) en niñas

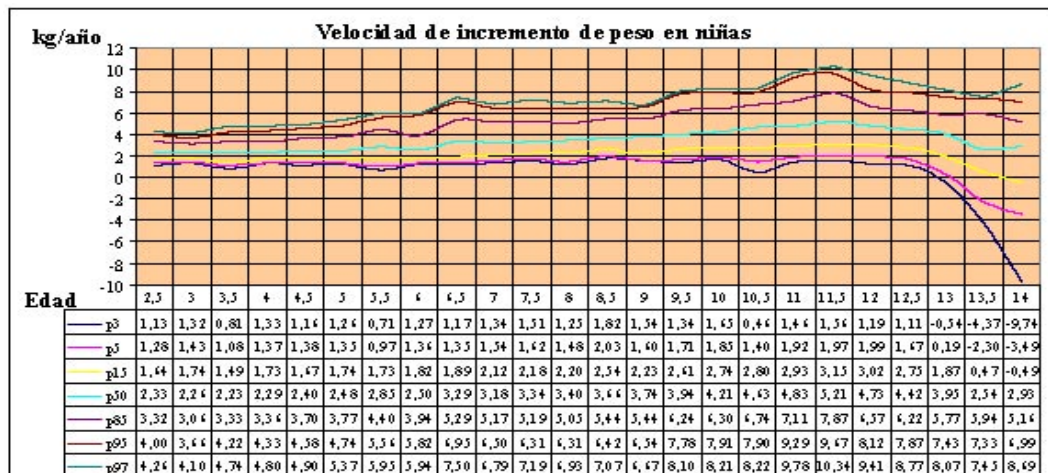


Gráfico 2: Percentiles de la velocidad de incremento de peso (kg/año) en niños

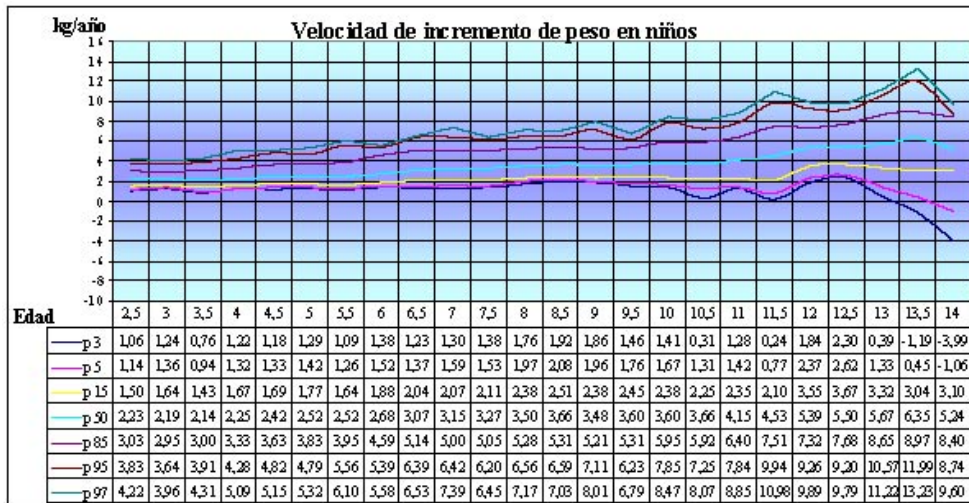


Gráfico 3: Percentiles de la velocidad de crecimiento en talla (cm/año) en niñas

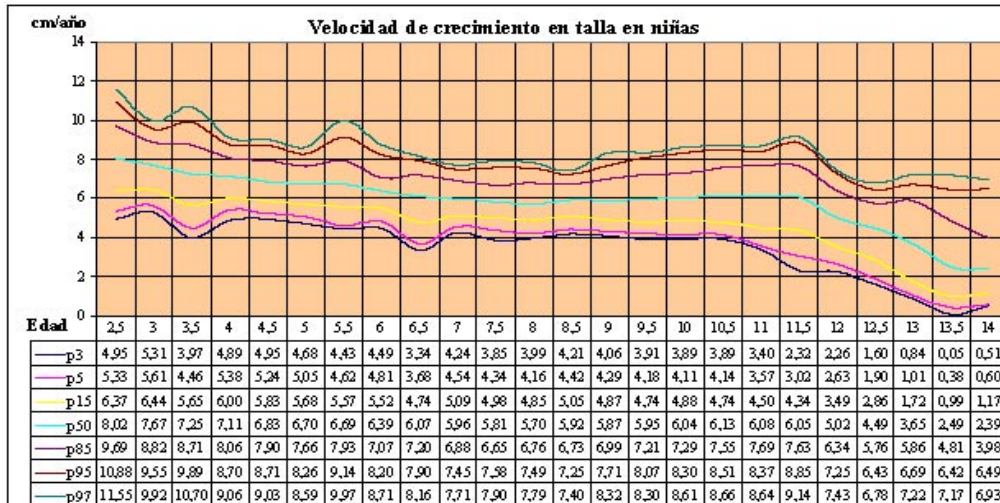
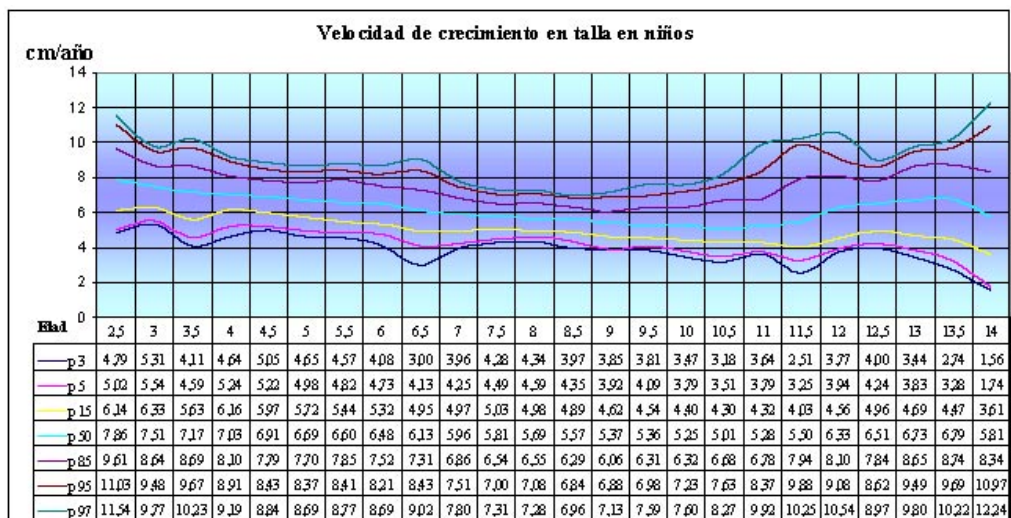


Gráfico 4: Percentiles de la velocidad de crecimiento en talla (cm/año) en niños



PREMIOS DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA COMVA

Gráfico 5: Percentiles de la velocidad de incremento del IMC ($\text{kg}/\text{m}^2/\text{año}$) en niñas

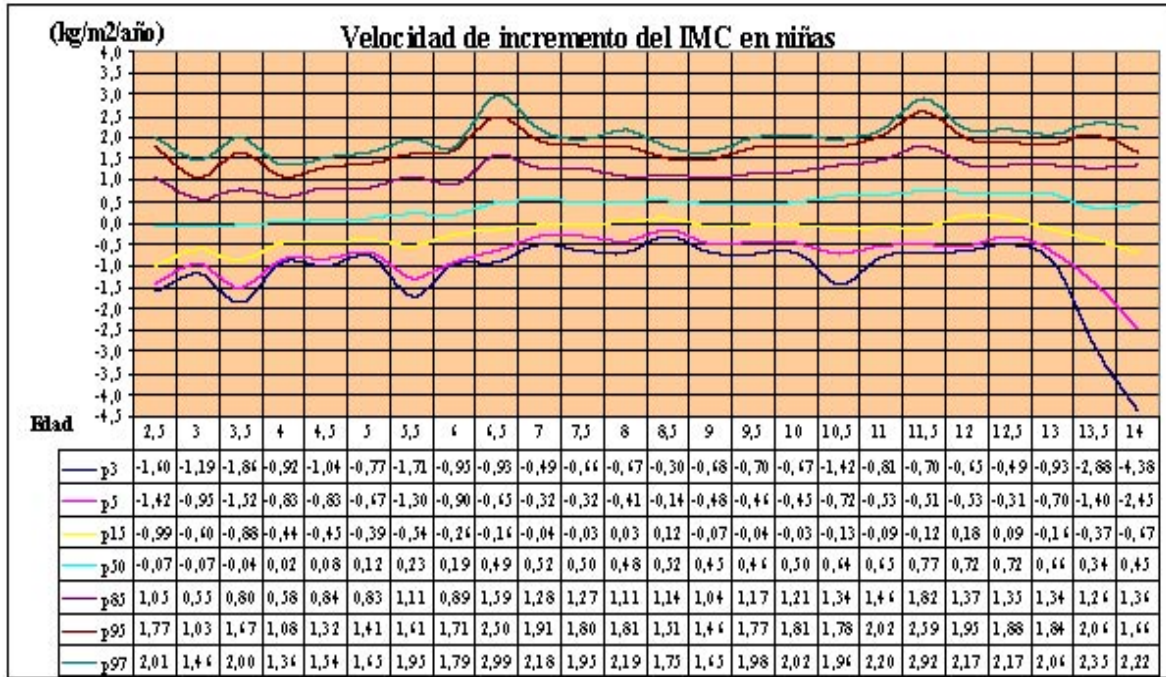
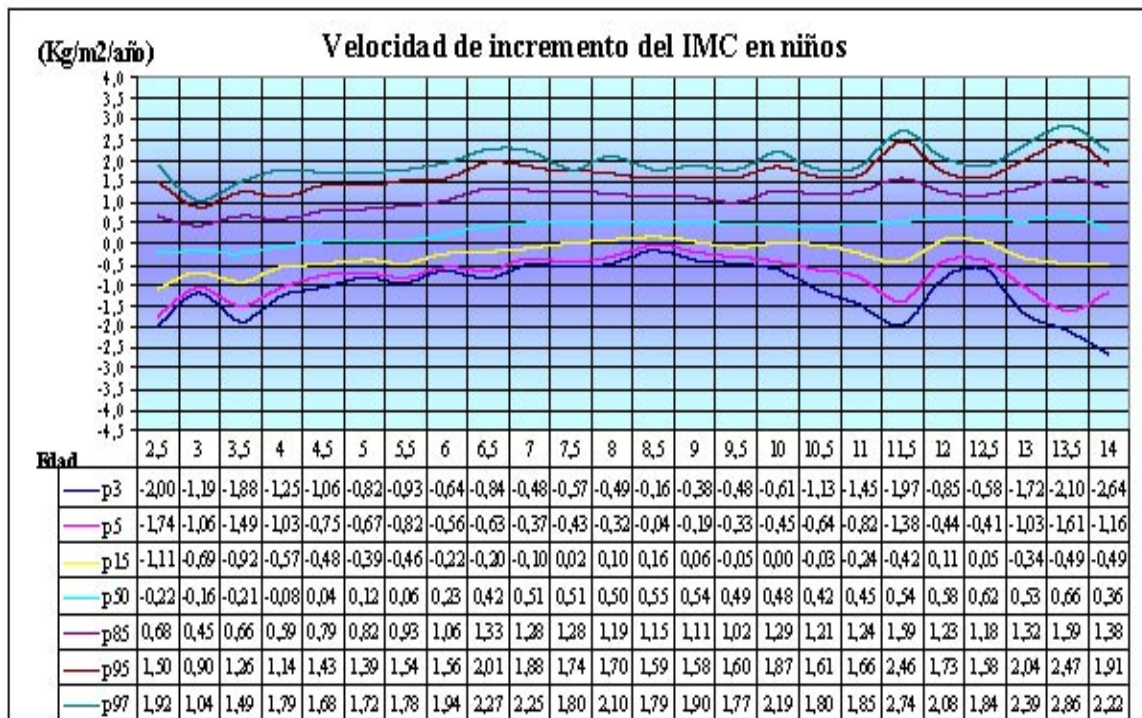


Gráfico 6: Percentiles de la velocidad de incremento del IMC ($\text{kg}/\text{m}^2/\text{año}$) en niños



DISCUSIÓN:

Primero, el desarrollo socioeconómico de nuestra sociedad ha contribuido a la mejora de la expresión de la potencialidad genética, y ha provocado el aumento progresivo tanto de la talla como del peso en los niños españoles. Estos cambios se ponen de manifiesto al

PREMIOS DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA DEL COMVA

contrastar dos estudios representativos de la población española, el estudio Paidos (1984) y el estudio de Carrascosa (2008)³, con el nuestro (véase tabla 4).

Esto evidencia, por un lado la necesidad de actualizar las gráficas de crecimiento, y por otro, que al menos en Cantabria la expresión fenotípica de los genes que intervienen en el crecimiento todavía no se ha agotado, debiéndose seguir actualizando estos datos hasta que los valores antropométricos se estabilicen.

Segundo, se confirma un incremento del “sustrato obesogénico” en los niños de nuestra comunidad en todas las edades con valores del P50 y P97 de IMC superiores a los de generaciones precedentes (tabla 5).

Varios autores han descrito la existencia de un “ambiente obesogénico⁴”. Propiciado, por los cambios en los hábitos alimenticios y la disminución de actividad física consecuencia del actual modelo sociocultural y socioeconómico. De tal forma que junto a esta mejora en la expresión genética, traducida en aumentos en la talla y el peso, paralelamente se han producido desajustes en su relación, reflejados en aumentos en el IMC (tabla 5).

Tercero, los resultados de este estudio ponen de manifiesto la existencia de cambios en los ritmos de crecimiento. Es decir, en la fo□

Esta situación, no descrita con anterioridad, plantea el interrogante de conocer si estas variaciones son fruto de la evolución natural de la expresión genética, o si por el contrario están asociadas a factores regionales dependientes tanto de la etnia predominante como de la exposición a factores ambientales del entorno que condicionen los cambios. Por ejemplo el ambiente obesogénico previamente descrito.

Con los datos que disponemos, sólo podemos concluir que los patrones de crecimiento en los niños de Cantabria han variado. Para atribuir que parte es consecuencia de la mejora de la expresión genética y cual de la influencia ambiental se deberán desarrollar otros estudios específicos.

Tabla 4: Comparación de los percentiles de peso y talla, estudios Paidos, Carrascosa y Pesquera

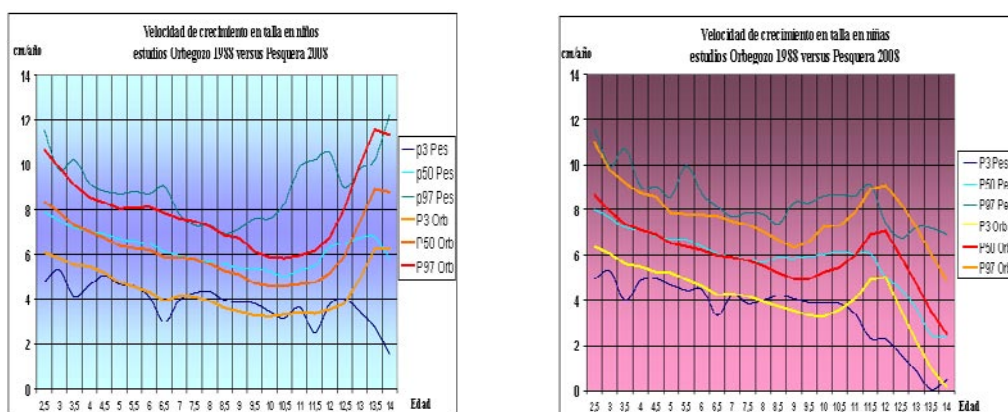
	Talla (cm)						Peso (kg)					
	Niños											
	P50			P97			P50			P97		
Edad	Paidos 1984	Carras. 2000-4	Pesquera 2002-8	Paidos 1984	Carras. 2000-4	Pesquera 2000-8	Paidos 1984	Carras. 2000-4	Pesquera 2002-8	Paidos 1984	Carras. 2000-4	Pesquera 2002-8
6	118,4	116,3	118,00	129,1	125,9	128,00	22,9	21,6	23,00	32,69	31,4	33,00
7	121,7	123,4	125,50	133,2	134	136,23	24,35	24,8	26,30	35,93	37,4	40,55
8	126,1	129	131,40	138,4	139	143,00	27,16	28,2	29,50	42,52	41,2	46,30
9	131,6	134,5	135,85	144,3	144	149,00	29,92	32	33,10	42,98	48,8	53,60
10	136,1	139,6	143,00	148,1	151	156,00	32,74	35,2	38,50	48,83	53,9	60,83
11	140,6	145	146,00	155,1	156,1	160,50	36,55	40,3	41,25	55,93	63,6	64,00
12	144,6	151,5	152,75	157,9	164,6	169,35	39,63	44,1	47,00	57,38	71,8	73,50
13	147,4	157,2	162,50	161	172	179,00	42,7	48,3	55,10	59,45	75,8	82,50
Edad	Niñas											
	P50			P97			P50			P97		
6	117,3	116,3	117,00	126,1	124	127,50	22,4	21,4	22,50	29,93	31,30	32,50
7	120,6	121,7	124,00	129,2	131,2	137,00	23,9	24	26,20	34,13	35,80	41,44
8	125,2	128	130,00	136,9	138,7	142,00	26,4	28	29,50	41,09	42,50	47,42
9	130,3	134	135,50	143,7	144,5	148,50	29,79	31,7	33,00	46,08	51,80	52,00
10	135,8	139	143,00	149,4	152	157,50	33,99	34,4	38,00	49,58	55,20	59,21
11	141,2	145,5	148,00	157,2	157,4	162,00	36,72	41	42,10	52,03	63,00	64,00
12	146,3	151	154,00	161,5	163	166,50	41,13	44,4	47,50	57,04	69,40	70,00
13	149,6	156,6	159,30	165,9	167,5	170,33	44,74	50,4	53,70	62,04	79,30	76,28

Tabla 5: Comparación de la evolución de los percentiles de IMC entre Orbegozo 88 y Pesquera.

IMC Niños	P 50			P 97			
Edad	Orbegozo (1978-88)	Pesquera (2002-08)	Incremento (%)	Orbegozo (1978-88)	Pesquera (2002-08)	Incremento (%)	
6	16,3	16,4	0,2	19,1	21,7	13,5	
8	16,7	17,3	3,5	20,2	24,8	22,7	
10	17,1	18,7	9,2	21,2	26,6	25,7	
12	18,2	19,8	8,7	23	28,9	25,7	
13	18,8	20,7	10,2	23,8	29,3	23,0	
Incremento medio (6 -13 años)			5,9	Incremento medio (6- 13años)			21,9
IMC Niñas	P50			P97			
Edad	Orbegozo (1978-88)	Pesquera (2002-08)	Incremento (%)	Orbegozo (1978-88)	Pesquera (2002-08)	Incremento (%)	
6	16,5	16,4	-0,82	20,0	21,6	8,7	
8	16,9	17,4	2,3	21,0	24,9	18,0	
10	17,6	18,6	6,6	22,2	26,6	19,9	
12	18,7	19,9	6,2	23,7	27,8	22,1	
13	19,4	21,1	6,8	24,8	29,8	18,2	
Incremento medio (6 -13 años)			3,9	Incremento medio (6 -13 años)			17,2

En los gráficos 6 y 7 se han superpuesto los percentiles P3, P50 y P97 de la velocidad de crecimiento del estudio de Orbegozo 1988 a los de este estudio. Se aprecia como se ha adelantado la aceleración del crecimiento y como casi ha desaparecido el estirón puberal, siendo más evidente en el P50 de las niñas. Hubiese sido muy interesante disponer junto a los parámetros antropométricos, los estadios de maduración de Tanner. Esto permitiría ver si estas variaciones en el crecimiento se asocian a cambios en su maduración sexual. Desafortunadamente no ha sido posible obtener estos datos, por lo que se deberá seguir estudiando este proceso en futuras investigaciones. Otro dato interesante a destacar es que a pesar de que el crecimiento es más rápido y precoz que hace 20 años, esta situación no ha influido en la talla final obtenida, que ha sido superior a la de los estudios previos (tabla 4).

Gráfico 6 y 7: comparación velocidades de crecimiento Orbegozo 1988-Pesquera 2008



Por último, destacar, cuando enfrentamos nuestros resultados con los estándares de crecimiento recientemente definidos por la OMS ^{26 27}; apreciamos valores mayores en las tres variables (tabla...). Por tanto parece que si que existe algún tipo de diferencia regional relacionada con esta mejora de la expresión genética. Con lo que la hipótesis formulada por la OMS sobre la no existencia de diferencias en el crecimiento entre áreas geográficas y etnias parece que no se cumple en Cantabria. Posteriores estudios tendrán que seguir investigando si se confirma esta tendencia.

Como conclusión a la vista de estos singulares cambios en los patrones de crecimiento, parece pertinente por un lado actualizar las gráficas de crecimiento de forma periódica, y por otro monitorizar el crecimiento de los niños a partir de gráficas propias que faciliten interpretar estas diferencias regionales.

PREMIOS DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA DEL COMVA

Tabla 6: P50 y P97 de Peso, talla e IMC de la OMS y del estudio Pesquera por sexos.

Percentiles niñas													
Edad	PESO				TALLA				IMC				
	50	97	50	97	50	97	50	97	50	97	50	97	
Cant	OMS	Cant	OMS	Cant	OMS	Cant	OMS	Cant	OMS	Cant	OMS	Cant	OMS
2	12,5	12,5	16,5	16	87,5	89,9	96,5	96,4	16,3	15,6	19,4	18,4	
3	15,0	14,8	20,3	19,2	96,5	98,4	106,0	106	16,2	15,3	19,9	18,2	
4	17,3	17	23,4	22,5	103,5	105,6	112,7	114,1	16,2	15,3	20,1	18,4	
5	21,0	19	32,0	25,4	114,0	111,7	124,2	127,4	16,3	15,2	21,9	18,7	
6	22,5	21	32,5	28,7	117,0	117,5	127,5	127,4	16,4	15,3	21,6	19,1	
7	26,2	23,4	41,4	32,4	124,0	123,2	137,0	133,7	16,8	15,5	24,5	19,7	
8	29,5	26,3	47,4	36,9	130,0	129	142,0	140,2	17,4	15,8	24,9	20,5	
9	33,0	29,7	52,0	42,3	135,5	135	148,5	146,8	18,0	16,3	25,3	21,5	
10	38,0	*	59,2	*	143,0	141,3	157,5	153,5	18,6	16,9	26,6	22,5	
11	42,1	*	64,0	*	148,0	147,7	162,0	160,3	19,3	17,5	26,9	23,7	
12	47,5	*	70,0	*	154,0	153,6	166,5	166,5	19,9	18,3	27,8	24,9	
13	53,7	*	76,3	*	159,3	158	170,3	171,1	21,1	19,1	29,8	26,1	
14	54,0	*	79,0	*	160,0	160,7	172,0	173,8	20,9	19,9	29,7	27,1	
Percentiles niños													
Edad	Cant	OMS	Cant	OMS	Cant	OMS	Cant	OMS	Cant	OMS	Cant	OMS	
2	13,0	13,1	17,0	16,4	89,0	91,2	98,0	97,5	16,4	15,8	19,4	18,4	
3	15,5	15,2	20,0	19,2	97,5	99,2	106,5	106,6	16,3	15,5	19,8	18,0	
4	17,7	17,2	23,4	22,1	104,7	106,1	113,5	114,3	16,2	15,3	19,8	17,6	
5	21,2	19,2	30,9	24,8	114,5	112,4	125,0	121,3	16,2	15,3	21,7	18,1	
6	23,0	21,5	33,0	28,1	118,0	118,4	128,0	127,9	16,4	15,4	21,7	18,5	
7	26,3	23,9	40,5	31,7	125,5	124,1	136,2	134,3	16,8	15,6	23,4	19,0	
8	29,5	26,5	46,3	35,8	131,4	129,5	143,0	140,4	17,3	15,9	24,8	19,7	
9	33,1	29,3	53,6	40,7	135,9	134,7	149,0	146,3	17,8	16,2	25,9	20,5	
10	38,5	*	60,8	*	143,0	140,0	156,0	152,2	18,7	16,6	26,6	21,4	
11	41,3	*	64,0	*	146,0	145,5	160,5	158,4	19,1	17,2	26,8	22,4	
12	47,0	*	73,5	*	152,8	151,9	169,3	165,5	19,8	17,8	28,9	23,5	
13	55,1	*	82,5	*	162,5	159,1	179,0	17,3	20,7	18,6	29,3	24,7	
14	57,6	*	86,1	*	166,0	165,8	180,0	180,4	20,8	19,3	29,6	25,8	

En Rojo se representan los pe

BIBLIOGRAFÍA

- Martí-Heneberg D. Estudio de crecimiento en la comunidad infantil. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona; 1971.
- Tojo R, Fraga J, Peña J. Curvas de crecimiento. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago; 1981.
- Moreno B, Monereo S, Moreno J, Desco M. Curvas de crecimiento de la Comunidad Autónoma de Madrid. In: Moreno B, ed. Retrasos del crecimiento. Madrid: Jarpio; 1988:7-22.
- Hernández Martínez AM. Estudio antropométrico y valoración nutricional en la población escolar de la comunidad autónoma de Murcia. Tesis doctoral. Murcia: Universidad de Murcia; 1989.
- Sandín M, Fraile R, Pérez M, González A, López P, García L. Curvas de crecimiento de la Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid: Ediciones Universidad Autónoma de Madrid; 1993.
- Suárez R, Trujillo R, Díaz-Klamas M, Toledo F, Alguacil P, Sierra A. Estudio de crecimiento de la población pediátrica de la comunidad canaria. Madrid: Ergón; 1994.
- Hernández M, Castellet J, García M, Narvaiza JL, Rincón JM, Ruiz I. Curvas y tablas de crecimiento. Instituto de Investigación sobre crecimiento y desarrollo. Fundación Orbeago; 1988.
- Carrascosa Lezcano A, Fernández García J, Fernández Ramos C, et al. Aceleración secular de peso, talla e IMC. Estudios españoles transversales y longitudinales de crecimiento 2008. Anales de Pediatría 2009;65(3):184-9.
- Bueno-Sánchez M. Estudio epidemiológico sobre nutrición y obesidad infantil. Proyecto universitario grupo PAIDOS 1984. Madrid: DANONE; 1985.
- Carrascosa Lezcano A, Fernández García J, Fernández Ramos C, et al. Estudio transversal español de crecimiento 2008. Parte II: valores de talla, peso e índice de masa corporal desde el nacimiento a la talla adulta. Anales de Pediatría 2008;68(6):552-69.
- Carrascosa Lezcano A, Ferrández Longás A, Yeste D. Estudio transversal español de crecimiento 2008. Parte I: valores de peso y longitud en recién nacidos de 26-42 semanas de edad gestacional. Anales de Pediatría 2008
- Curvas y tablas de crecimiento. Estudios longitudinal y transversal. Fundación Faustino Orbeago Aguirre, 2004.
- Fernández A, Labena C, Mayayo E, Rueda C, Ruiz Echarri M, Puga B. Estudio longitudinal de niños españoles normales desde el nacimiento hasta la edad adulta. Zaragoza: Fundación Andrea Prader; 2003.
- Carrascosa Lezcano A, Audi L, Bosch-Castañe J, Gussinyé M. Influencia de la edad de inicio del brote de crecimiento puberal en la talla adulta. Med Clin (Barc) 2008;130(17):645-9.
- Durá Travé T. Estudio longitudinal de crecimiento en Navarra (1993 a 2007). Anales de Pediatría 2009;70(6):526-33.
- Carrascosa Lezcano A, Yeste D, Copil A, Gussinyé M. Aceleración secular del crecimiento. Valores de peso, talla e índice de masa corporal en niños, adolescentes y adultos jóvenes de la población de Barcelona. Med Clin (Barc) 2004;123(12):445-51.
- López-Siguero J, Fernández García J, Luna del Castillo J, Moreno Molina J, Ruiz Cosano C, Jurado Ortiz A. Cross-sectional study of height and weight in the population of Andalusia from age 3 to adulthood. BMC Endocrine Disorders 2008;8(suppl 1:S1):1-20.
- Hernández Martínez AM, Tebar Masso F, Serrano I, Álvarez Cantalapiedra I, Illán Gómez F, Valdés Chavarri M. Estudio antropométrico de la población escolar de la Comunidad Autónoma de Murcia. Med Clin (Barc) 1992.
- Galiano de los Aires M, Quiles Izquierdo J, Pérez Hoyos S. Estudio antropométrico de la población escolar de Deltrebe, Tarragona. Rev Esp Nutr Comunitaria 1998;4(1):114-23.
- Factores de riesgo cardiovascular en la infancia y adolescencia en España. Grupo Cooperativo Español para el Estudio de los Factores de Riesgo Cardiovascular en Infancia y Adolescencia Anales de Pediatría 1995;43:11-7.
- Factores de riesgo cardiovascular en la infancia y adolescencia en España. Estudio RICARDIN I: objetivos, diseño y resultados del estudio piloto. Grupo Cooperativo Español para el Estudio de los Factores de Riesgo Cardiovascular en la Infancia y Adolescencia Anales de Pediatría 1995;43:5-10.
- WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Ginebra: World Health Organization; 2000. Report No.: 894.
- Lobstein T, Baur L, Uauy R, IASO. Obesity in children and young people: a crisis in public health Obesity Reviews 2004;5(Suppl.1):4-85.
- Aranca Bartrina J, Serra Majem L, Foz Sala M, Moreno Esteban B, SEEDO. GC. Prevalencia de obesidad en España. Med Clin (Barc) 2005;125(12):460-6.
- MSYPS. Guía de la práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantil/juvenil. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
- WHO. Child growth standards. Ginebra: Department of Nutrition for Health and Development.; 2006.
- De Onis M, Onyango A, Borghi E, Siyam A, Nishida C. Development of WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bulletin of the World Health Organization 2007;85(9):660-7.
- Pesquera Cabezas R. Prevalencia de Obesidad Infantil en Cantabria. Santander: Universidad de Cantabria; 2010.
- SCS. Atención a la infancia y adolescencia. Santander: Servicio Cantabro de Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria; 1995.
- Pesquera Cabezas R. Prevalence of childhood obesity in Cantabria, Spain. Nottingham: University of Nottingham; 2006.

CENTRO DE SALUD DE PEÑAFIEL

Este centro presta atención sanitaria a sus más de 10.300 pacientes que llegan desde 28 municipios diferentes y que tienen a su disposición servicios novedosos y punteros en tecnología, como la radiología digital o el retinógrafo que prevén instalar próximamente

El Centro de Salud de Peñafiel se inauguró en el año 1986, incorporando en ese momento a los médicos y practicantes del Cuerpo de Titulares que habían estado ejerciendo de forma individual y aislada hasta dicho año, cada uno en su municipio.

Desde su inicio hasta ahora, este Centro de Salud ha ido incorporando nuevos profesionales, servicios, actividades, tecnología y ampliando sus instalaciones, mejorando ostensiblemente su capacidad de respuesta y resolución para todos los problemas de salud de la población de la zona básica, que consta de 10.300 pacientes repartidos en 28 municipios entre los cuales destacan por número de habitantes Peñafiel, Campaspero, Cogeces y Pesquera de Duero. "En un principio contábamos con cierta desconfianza y rechazo por parte de algunos profesionales y también de algunos usuarios al nuevo modelo de Atención Primaria", aseguró el Dr. José Luis Almodí Alegre, Coordinador del centro y Secretario General del Colegio de Médicos de Valladolid. "Muchos pacientes pensaron que la apertura del centro de salud significaría la pérdida de su médico de cabecera, que hasta

ese momento había estado viviendo en el pueblo y prestando sus servicios prácticamente las 24 horas al día y para algunos profesionales dudas ante el cambio en su forma de trabajo y su relación laboral", explicó.

Con el paso del tiempo la desconfianza dio paso al entusiasmo de los profesionales y a la mayoritaria aceptación de los vecinos de la Zona de Salud, motivado por la prestación de muchos servicios y actividades y la puesta en marcha de actividades de Formación Continuada y de trabajo en equipo que aumentaron la capacitación y la competencia de los profesionales sanitarios. El centro presta toda la cartera de servicios del SACYL, ha sido pionero en la incorporación de tecnología como la radiología digital, la telecardiología o la puesta en funcionamiento próximamente de un retinógrafo, así como mejoras en el acceso a las consultas, como es la cita previa automatizada.

También dispone de servicios que facilitan el acercamiento a las pruebas complementarias a los pacientes, como son la extracción periférica de muestras, el control de la anticoagulación sin necesidad de extracciones de sangre, "simplemente



Sala de Radiología

con un pinchazo", la espirometría, la electrocardiología, así como la preparación al parto, el seguimiento del embarazo o la consulta de Ginecología y Obstetricia, que cuentan con una gran aceptación por parte de la población, ya que consiguen evitar desplazamientos a Valladolid (ubicado a 55 kilómetros del núcleo rural de este centro).

Peñafiel cuenta con una unidad de salud bucodental y con una unidad de fisioterapia que "no solamente viene atendiendo a todos los pacientes de la zona básica que necesitan recuperación por problemas crónicos sino que también está absorbiendo muchas de las necesidades de rehabilitación de muchos pacientes que de otra manera deberían haber sido trasladados hasta la ciudad", señaló el Dr. Almodí.

Otro punto clave, especialmente al hablar de zonas rurales alejadas del núcleo urbano, es la unidad de admisión, encargada de gestionar todos los



El Dr. José Luis Almodí Alegre, Coordinador del Centro de Salud de Peñafiel

accesos a los servicios sanitarios, tanto de Atención Primaria como Hospitalaria. “Más del 90% de los trámites relacionados con el acceso a las consultas con el hospital se gestionan por esta unidad”, apuntó el coordinador del centro. El Centro de Salud cuenta con un eficaz servicio de Urgencias, gracias en buena parte a que su Punto de Atención Continuada, está dotado con recursos humanos suficientes y bien formados así como una Unidad de Soporte Vital Básico que permite disponer de “una rápida y profesional respuesta a todas las demandas de atención urgente o no demorable que ocurren en la zona de Peñafiel y también en zonas limítrofes como Esguevillas o Sacramenia que son competencia nuestra o entran en nuestro ámbito de influencia”, comentó el Dr. Almudí.



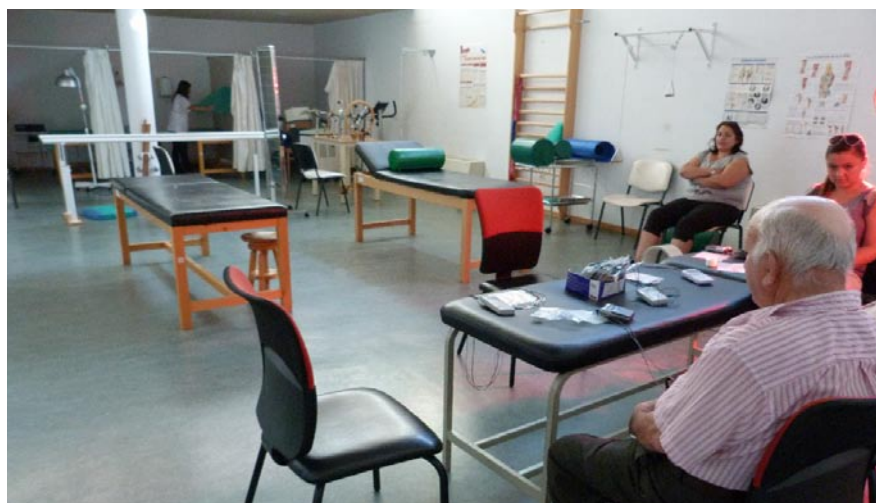
Clases de preparación al parto

Entre las unidades que componen el centro, también existe un Área de Salud Pública, en la que tres veterinarios y dos farmacéuticos realizan el control y seguimiento de las industrias alimentarias, bodegas, mataderos y establecimientos de hostelería de la zona básica de salud, ya que la economía de estos pueblos gira alrededor de la agricultura, la transformación de cereales, la elaboración de quesos y especialmente el vino y el enoturismo. El objetivo de ofrecer a sus pacientes el mejor trato posible y una mayor capacidad de resolución ha llevado a este centro a convertirse en un referente tecnológico con la “próxima puesta en funcionamiento de un retinógrafo”, aseguró el Dr. José Luís Almuadí, “lo que nos permitiría hacer un diagnóstico precoz y un seguimiento de la patología retiniana asociada a enfermedades muy prevalentes, como la diabetes o la hipertensión”.



El retinógrafo que se comenzará a usar en los próximos meses

“Es cierto que la crisis está afectando a toda la población y también a las instituciones”, reconoció el Coordinador del Centro de Salud y Secretario General del Colegio de Médicos, “pero todos los profesionales de este centro de salud a pesar de los recortes en materia laboral o salarial, están realizando un esfuerzo importante que está consiguiendo minimizar en la prestación de los servicios los posibles efectos que podrían sufrir nuestros usuarios. Esto solo se consigue gracias al compromiso que estos profesionales tienen con su profesión y con sus pacientes”.



La Unidad de Fisioterapia del centro

Unidad de Salud Mental de Casa del Barco

Por Gonzalo Ortiz Trifol, Coordinador del Centro de Salud Mental

Es bien conocido que la actual, no siempre fue la ubicación inicial de la sede de este Centro. En 1984, en una política de atención comunitaria y descentralizadora, los diversos equipos que atendían el Antiguo Hospital Psiquiátrico “Dr. Villacián” se expandieron por la ciudad de Valladolid. Tocó en suerte al denominado “tercero” (los equipos eran cinco), acomodarse en los sótanos del conocido como Edificio de Sanidad, frente al Hospital Clínico. Bien es cierto que apenas duró ese acomodo unos meses, tras los cuales, en diciembre de ese mismo año, se instaló en la Casa del Barco de García Morato. De ahí el nombre con que se conoce al Centro de Salud Mental (y también al de Atención Primaria, con quien compartíamos edificio).

Eran épocas de tolerable presión asistencial, lo que permitió ejercer nuestras funciones sin graves agobios a pesar de no disponer más que de 3 despachos y una sala de reuniones. Debo decir que, en los últimos tiempos de los casi 20 años que permanecemos

en aquellas estancias la presión creció. Por otra parte los compañeros de Primaria extendían poco a poco sus tentáculos hasta el punto de vernos obligados a compartir con ellos lo que había sido nuestra sala de reuniones.

De tal manera que, a finales de 1997 y con la expectativa de unas instalaciones más adecuadas, fuimos trasladados a las antiguas consultas del Hospital Militar del paseo de Filipinos, espaciosas pero indiscretas: los tabiques, prefabricados, permitían escuchar al otro lado la respiración de las personas, según hipérbole de un compañero, lo que repercutía muy desfavorablemente en la necesaria e imprescindible intimidad que requiere una consulta en Salud Mental. Y así, desde hace poco más de 13 años, desde el 14 de julio de 1998, estamos ubicados en las actuales estancias, también en el paseo de Filipinos. Muy dignas he de decir, pero insuficientes. La demanda ha crecido casi exponencialmente en estos últimos 28 años lo que ha significado que los 6 despachos iniciales sean objeto

de deseo para los, en ocasiones, diez consultantes, si incluimos al personal en formación. Ambiciosos, muy ambiciosos en nuestros proyectos asistenciales, nuestros primeros tiempos abundaron en visitas a domicilio, en charlas y reuniones informativas con asociaciones de vecinos, con colectivos interesados, también encuentros con políticos, una vez salvados los primeros conflictos que supusieron dos encierros de los trabajadores en el Hospital Villacián. Hay que decir que estas ambiciones, estos encuentros, estos conflictos no eran patrimonio exclusivo del equipo de nuestro centro de Salud Mental sino de todo el colectivo.

Tras esa a modo de diáspora del 84 como decía nos instalamos no solo en el edificio de Sanidad sino también en el ambulatorio de la Seguridad Social de Medina del Campo, cabecera del sector rural del que nos ocupábamos a la sazón y a donde acudíamos una vez en semana. Sector rural que posteriormente fue sustituido por el de Laguna de Duero. Como queda plasmado hubo algunos cambios en cuanto a la población a asistir. Cambios incómodos para los pacientes y sus familias, por supuesto, pero también para nosotros. Aunque he de reconocer que una de las características de un equipo de Salud Mental ha de ser la flexibilidad.

Tras la última modificación, la población que ahora nos corresponde atender desde esta Unidad es aquella de la que se ocupan los equipos de Atención Primaria de Casa del Barco y de Huerta del Rey en la ciudad, y de Laguna de Duero y de Tordesillas en el ámbito rural. Un conjunto que ronda los 90.000 habitantes. Zonas básicas de Salud correspondientes al área Oeste de Valladolid todas ellas.



Nuestro quehacer

Los cometidos que nos incumben son, por supuesto, los asistenciales, que son los que ocupan la mayor parte de nuestro tiempo. Es decir los que se refieren a las consultas de los diversos profesionales: el psiquiatra, el psicólogo, la enfermera y el trabajador social. Estos dos últimos suelen recibir, en un primer contacto, la mayor parte de la demanda nueva, además de atender a sus cometidos específicos, como son el control de tratamientos depot, el control de la monitorización de determinados tratamientos y el control de constantes cuando así se precisa por parte de la enfermera. Por parte del trabajador social todas aquellas intervenciones, e informaciones psicosociales relevantes.

Pero también los de coordinación, tanto con esos equipos, en su mayor parte mediante interconsultas e intercambios telefónicos, a veces presenciales, con los compañeros de Atención Primaria de Casa del Barco, como con los recursos sociales o sociosanitarios, cuyo ámbito geográfico de intervención no siempre coincide con el nuestro, como con la Unidad de Hospitalización de Agudos del Hospital Río Hortega del que formamos parte funcionalmente. Pero también con la Unidad hospitalaria de Rehabilitación Psiquiátrica y con el Centro Ocupacional, ambos ubicados en el edificio del antiguo Hospital Villacián, con la Unidad de Hospitalización de Día del Hospital Clínico. Con la asociación de enfermos mentales y familiares El Puente. Hasta tiempos recientes con la Unidad de convalecencia psiquiátrica del Benito Menni. Así como con el Centro de Rehabilitación Psicosocial ubicado hasta ahora en el Hospital Villacián, en vías de transformación en un nuevo Hospital de Día, con mayor tiempo de atención a los pacientes, y de reubicación en una zona aislada del Río-Hortega. Todo ello en un continuum entre la prevención en su nivel primario más anticipador, en su nivel secundario más asistencial y en su nivel terciario más rehabilitador. No es desdeñable nuestro cometido docente, como el del resto de los equipos de Salud Mental



de Valladolid. Si bien el grueso de nuestro impacto docente se refiere a los psiquiatras, psicólogos y médicos de familia (ocasionalmente un residente de Geriátrica), épocas ha habido en que realizaban sus prácticas estudiantes de auxiliar administrativo y estudiantes de Psicología de la Universidad de Salamanca durante los veranos.

El equipo

Como equipo permanente somos dos psiquiatras, un psicólogo, una enfermera, una trabajadora social y un auxiliar administrativo que en los últimos dos años se ha visto reforzado "temporalmente" con otro auxiliar. En cuanto a residentes, en este curso 2012-2013 contamos con 3 PIR y 2 MIR a quienes tratamos de dotar de "autonomía controlada" a la mayor brevedad. De ahí las dificultades de espacio con los que nos encontramos con cierta frecuencia. Quiero señalar que hasta mayo de 1989 fuimos tres psiquiatras. Desde entonces no hemos conseguido aumentar a esa cifra, cuando hay equipos en la ciudad que disponen hasta de cuatro compañeros psiquiatras. Con el agravante de que uno de esos compañeros, perteneciente a la otra área de Salud (Este) viene percibiendo su nómina con cargo al presupuesto de la nuestra (Oeste). En el momento actual nuestra oferta asistencial, referida a adultos, es la de la consulta individual, pero también de pareja y de familia. Se han establecido dos tipos de grupos terapéuticos, uno

de relajación sofrológica, y otro más propiamente psicoterapéutico. El de relajación ha llegado a atender a 30 pacientes por grupo. El psicoterapéutico atiende a un máximo de 8 a 10 pacientes. En ocasiones, más de las que deseáramos, hemos de asistir a actos judiciales en calidad de peritos.

Acceso

El grueso de los pacientes acceden derivados desde su médico de Atención Primaria. Pero también pueden ser enviados por los especialistas, por los Servicios Sociales y por la Unidad de Hospitalización de Río-Hortega. No se contempla la atención a demanda espontánea. Tampoco la atención de urgencia para la que existe un dispositivo específico en el Hospital, lo que no quiere decir que, en determinadas circunstancias pueda abordarse alguna urgencia puntual. En el 2011 hemos atendido 8.652 pacientes, de los cuales 857 eran de primera consulta. Se han realizado 68 visitas a domicilio. Se han organizado 2 cursos de relajación sofrológica, cada uno de 5 semanas alternas de duración, así como 2 grupos de psicoterapia. Son cifras casi 4 veces que aquellas que se contabilizaron en 1990. Y aquí, a la vera de nuestro querido Campo Grande, seguimos desarrollando nuestra labor con la mayor dignidad, lo que no quiere decir que siempre podamos estar a la altura de determinadas demandas y de algunas expectativas. Nos disculpamos por ello.

Ayer y hoy del cáncer de mama. Evolución hacia la multidisciplinaridad

Dr. Ignacio González Blanco, Coordinador de la Unidad de Patología Mamaria del HURH
Dr. Fernando Vázquez Camino. Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HURH

SEGUNDA PARTE

Unidad de Patología Mamaria:

El cáncer de mama ha traspasado los límites de los centros médicos y de las conversaciones entre profesionales sanitarios, y los matices y problemas de este tumor se divulgan en medios de comunicación, en las tertulias de amigos o en los foros de internet. El carcinoma de mama se ha instalado en la sociedad actual y forma parte de la convivencia diaria de miles de familias. En Florencia, en el año 1998 y bajo los auspicios de las sociedades científicas europeas más relevantes en patología mamaria, *European Society of Mastology (EUSOMA)*, *Europa Donna* y *la European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC)*, se convocó la 1ª Conferencia Europea sobre Cáncer de Mama. Esta fecha será clave en el devenir del tratamiento del CM, ya que la conclusión final traduce la recomendación de que todas las mujeres europeas tengan acceso a **Unidades de Patología Mamaria** de carácter multidisciplinar para garantizar una asistencia superespecializada de máxima calidad y eficiencia. En el año 2004, el Parlamento Europeo en sesión plenaria, avanza en este concepto y lo expresa como un derecho inalienable de la mujer.

Desde febrero de 2009, con el traslado al nuevo Hospital y la llegada del Dr. Vázquez Camino a la Jefatura de Servicio de Obstetricia y Ginecología, el Hospital Universitario Río Hortega (HURH) cuenta con una **Unidad Multidisciplinar de Patología Mamaria (UPM)** con todas las especialidades necesarias e implicadas en satisfacer con alta calidad la asistencia integral de una mujer a la que se le diagnostica

un cáncer de mama. Un equipo médico adopta las decisiones en conjunto y por consenso, y actuará como un todo homogéneo y cohesionado. Se eliminó la anterior gestión unipersonal, donde un solo especialista era el centro del tratamiento, y se apostó por el modelo de gestión multidisciplinar.

Nace el modelo de gestión por "procesos patológicos" y se establece y se reconoce específicamente por la Dirección Médica del Hospital el **Proceso Cáncer de Mama**, donde un conjunto de especialistas perfectamente ordenados, estructurados y organizados, cooperamos de forma sistemática y paulatina en solucionar la particularidad de cada mujer. Sólo así somos capaces de alcanzar las altas cotas de eficacia y rendimiento clínico que exige la práctica de una oncología moderna. La gestión por procesos establece de forma clara y precisa los recorridos de la paciente oncológica por los distintos niveles del sistema sanitario, minimizando los tiempos de espera y facilitando la continuidad asistencial sin

tiempos muertos ni espacios en blanco. La paciente recorre un circuito asistencial con diferentes pruebas diagnósticas y terapias, realizados por diversas especialidades y por distintos profesionales.

En la UPM trabajamos con los *Protocolos* y *Oncoguías* más actualizados de las diferentes Sociedad Científicas de cada especialidad para lograr una equidad terapéutica con criterios de calidad, consenso y universalidad sobre cáncer de mama. Estos parámetros establecerán criterios de diagnóstico, tratamiento y seguimiento uniformes para cada tipo de paciente y orientando la práctica clínica hacia la mejor evidencia científica disponible en cada caso. Además la UPM realiza actividades asistenciales, docentes y de investigación, cuya gestión se canaliza a través de un **Comité de Mama**.

En el Comité nos reunimos semanalmente todos los especialistas implicados en el proceso CM, y es el lugar donde se comentan o discuten los casos más



FIG. 5. Unidad Multidisciplinar de Patología Mamaria

difíciles o particularmente relevantes y también donde se mejoran, adaptan y se ponen al día los distintos protocolos diagnósticos y terapéuticos.

El equipo profesional lo conforman la totalidad de especialidades implicadas en el proceso, deberán tener su titulación especializada correspondiente y es recomendable que también tengan la acreditación o una formación postgrado específica como Especialistas en Mastología. **FIG.5.**

Equipo Central:

- Especialistas en Radiodiagnóstico
- Especialistas quirúrgicos: Ginecólogos
- Anatómo-patólogo
- Oncólogo Médico
- Oncólogo Radioterapeuta
- Psiquiatra y/o psicólogo
- Cirujano Plástico
- Medicina Nuclear
- Rehabilitación
- Cuidados Paliativos
- Enfermería de la UPM
- Personal de Hospital de Día

Pasamos a describir una secuencia estándar en el diagnóstico y tratamiento de un CM de una mujer gestionada por la UPM del HURH de Valladolid.

El cáncer de mama obtiene mejor resultado cosmético y pronóstico conforme diagnosticamos tumores de un tamaño más pequeño. Esto se ha favorecido desde que en España, en 1990, se inició la introducción de los Programas de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM), prevención secundaria, cribado poblacional o métodos de *screening*. La Comunidad de Castilla y León empezó el programa por la provincia de Valladolid en el año 1992. En la actualidad todas las mujeres sin riesgo aumentado para CM de entre 45 y 69 años son cribadas mediante 2 proyecciones de mamografía cada 2 años. La lectura de dichas mamografías clasificará los hallazgos según el sistema internacional *BIRADS -Breast Imaging Report and Database System-*. Este sistema establece que los

BIRADS 1 y 2 se consideren resultados negativos y, por tanto, permanecen en el PDPCM y, muchos de los BIRADS 3 y todos los BIRADS 4 y 5 se consideran resultados positivos y son derivados para reevaluación directamente a los radiólogos de la UPM.

Este ha sido un logro clave y extraordinario para que la mujer con sospecha de patología maligna en el PDPCM (Atención primaria) entre en contacto de forma rápida con el primer eslabón de la UPM (Atención Especializada). El **Servicio de Radiología** del HURH ponen en marcha las pruebas complementarias de diagnóstico por la imagen (ecografía, proyecciones complementarias de mamografía o resonancia magnética de la mama) que ellos consideran oportuno para establecer un diagnóstico de certeza. Ellos mismos realizarán las biopsias que consideren necesarias para concluir un diagnóstico histológico, biopsias con aguja gruesa (BAG) guiada por ecografía o mesa de estereotaxia, tanto de lesiones de la mama como de la axila. Actualmente estamos pendientes de adaptar un sistema de biopsia sobre imágenes sospechosas en la resonancia magnética de mama, para mejorar la especificidad de la prueba y disminuir los falsos positivos. En función del resultado histológico de las biopsias, las mujeres pueden pasar de nuevo al PDPCM, a la consulta externa de la UPM para seguimiento temporal o a iniciar los trámites para ser intervenidas por haber tenido un resultado de malignidad.

FIG.6.

Es decir que, a casi un 99% de las mujeres se las diagnostica de un CM como consecuencia de una biopsia guiada por radiología y que hemos eliminado las biopsias diagnósticas en quirófano y con anestesia general y - con ello- hemos aumentado la eficiencia de la programación quirúrgica. También conseguimos explicar en las consulta de la UPM a las pacientes la indicación de cirugía más adecuada e individualizada según las características de cada caso.



FIG. 6. Biopsia de mama. Eco guiada.

La mujer siempre va a quirófano sabiendo que tiene un cáncer y qué técnica quirúrgica se efectuará tanto a nivel de mama como de axila y, por tanto, hemos podido contestarla a todas las dudas que el diagnóstico de este tumor la ha ocasionado.

La aportación del Servicio de **Anatomía patológica** se antoja fundamental, tanto a la hora de diagnosticar que una biopsia es un cáncer de mama, como para la realización de los estudios de inmunohistoquímica donde se aportan parámetros pronósticos de relevancia, tales como los receptores de estrógeno (RE) y progesterona (RP), herceptest (HER2/neu), p53 ó Ki67. Los patólogos también desarrollan actividad durante el procedimiento quirúrgico, ya que en todos los casos de cirugía conservadora nos informan de forma intraoperatoria de los bordes macroscópicos del tumor y analizan los ganglios centinelas extirpados.

La Biopsia Selectiva del Ganglio Centinela (BSGC) se ofrece según el cuadro de indicaciones del último consenso nacional de la *Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM)* celebrado en Valencia en mayo de 2010. En esta prueba participa el equipo técnico de **Medicina Nuclear** del Hospital Clínico Universitario (HCU) desde enero de 2012 y, en resumen, consiste en realizar una punción intra/peritumoral o peri/subareolar de un nanocoloide de albúmina marcado con Tc99m. Este producto se distribuye

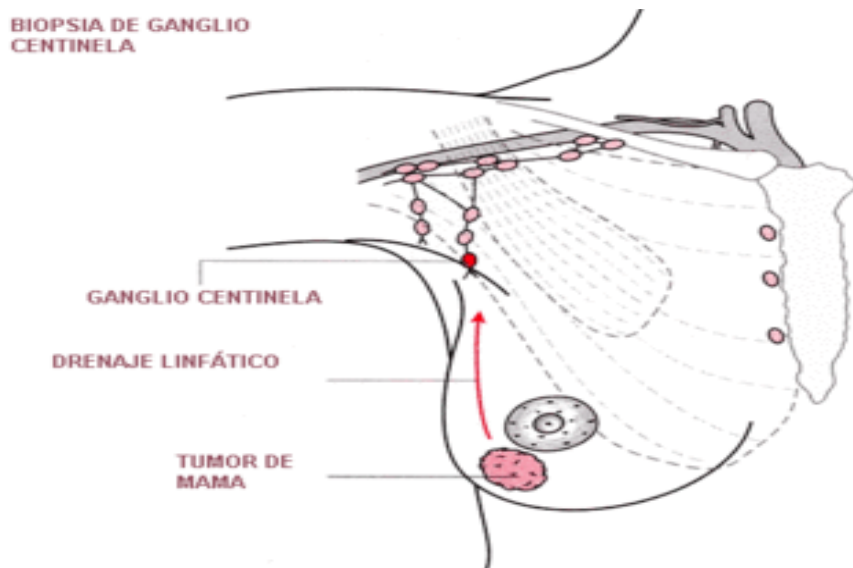


FIG. 7. Técnica del Ganglio Centinela en Cáncer de Mama

a través de los vasos linfáticos de la glándula mamaria y llega a la zona axilar u otras zonas de drenaje linfático donde marcará el/los ganglios que reciben las primeras células tumorales desde el tumor primario. Una linfogammagrafía, tras un periodo de tiempo establecido desde la administración, objetivizará el número y posicionamiento de dichos ganglios centinelas. Una vez en quirófano y con una sonda detectora de radiactividad, el cirujano disecciona dichos ganglios de entre todo el tejido ganglionar y los envía de forma inmediata para ser evaluados por el patólogo mientras se realiza la cirugía indicada sobre la mama (tumorectomía/mastectomía). En nuestro Hospital, estos ganglios son analizados a través de un novedoso y eficaz método de biología molecular que utiliza una técnica de amplificación isoterma mediada por transcriptasa. Se denomina *método OSNA -One Step Nucleic Acid Amplification-* y se basa en la detección del ARNm de la citoqueratina 19, que es un marcador de células epiteliales (cáncer de mama) y que no debe aparecer en un ganglio linfático no tumoral. El analizador expresa un número de copias de CK 19/ μ l, una mayor o menor cantidad de estas traducirá la afectación del ganglio a niveles de células tumorales aisladas,

micrometástasis o macrometástasis. Esta información condicionará la actuación posterior y en el mismo acto quirúrgico sobre la axila, por lo que la paciente finaliza en una sola sesión de quirófano toda la actividad quirúrgica indicada.

FIG.7.

Acabada la intervención quirúrgica la paciente regresa a la planta de hospitalización y, en el primer día de postoperatorio, se cursa para todas ellas y de forma reglada una interconsulta con el **Servicio de Rehabilitación**. De esta forma conseguimos que todas las pacientes nuevas operadas de un CM sean citadas por los médicos de rehabilitación, conozcan su filiación y el tipo de cirugía efectuada, para poder instaurar de forma precoz un *programa preventivo* que instruye a la mujer sobre actuaciones a evitar y ejercicios a realizar con objeto de prevenir el linfedema y las limitaciones funcionales o artralgias del hombro. Por otro lado, existe otro grupo de pacientes susceptibles de derivación al servicio de Rehabilitación. Son todas aquellas pacientes que en alguna fase del seguimiento oncológico y ya con morbilidad quirúrgica o radioterápica establecida (linfedema instaurado o en progresión), son subsidiarias de efectuar un *programa terapéutico* con ejercicios

de fisioterapia, masajes o la utilización de sistemas compresivos que mejoren el drenaje linfático

Tras la cirugía y una vez que el informe histológico sea definitivo, se estadifica a la paciente según el TNM (tamaño tumoral, ganglios, metástasis) de la *AJCC -American Joint Committee on Cancer 2009-*. Esta acción cumple un doble objetivo, elegir la mejor opción entre las terapias adyuvantes y establecer un pronóstico de supervivencia. La valoración de estas terapias se realiza a cargo de los Servicios de **Oncología Médica y Radioterápica**. Cuestiones como la edad, TNM, perfil inmunohistoquímico e incluso los resultados de algún test de perfil genético, marcan que tumores son más agresivos y por consiguiente tienen más riesgo de recaída y, por tanto, necesitan opciones adyuvantes más o menos agresivas. Los oncólogos médicos optan por determinadas pautas de quimioterapia y hormonoterapia en función de las particularidades de cada tumor. Palabras como taxanos, antraciclinas, ciclofosfamida, trastuzumab, tamoxifeno o letrozol han pasado a formar parte del lenguaje habitual entre médico, paciente y familiares. Se informa a por las mujeres que tras la cirugía y entre un periodo óptimo de 4-6 semanas se administrarán un número establecido de ciclos con una cadencia propia según los agente quimioterápicos empleados. Finalizada esta adyuvancia y tras un descanso de 4 semanas, se iniciará la radioterapia en todas las cirugías conservadoras y en aquellas mastectomías que cumplan criterios y, al unísono, se comenzará el periodo de adyuvancia hormonal con tamoxifeno o un inhibidor de aromataasa durante al menos 5 años.

Desde finales del año 2009, el HURH cuenta con la tercera Unidad de la Comunidad Autónoma de *Consejo Genético sobre el Síndrome de Cáncer de Mama y Ovario Hereditario*. Esta Unidad funcional está a cargo de Oncología Médica y trata de diagnosticar aquellos casos de cáncer de mama y/o ovario que, al presentar una numerosa carga de antecedentes

familiares y/o a edades tempranas, puedan ser de origen hereditario (sólo un 5-10%). El resultado de estos estudios establece qué cánceres de mama y/o ovario son consecuencia de una mutación en los genes BRCA-1 (cromosoma 17) y BRCA-2 (cromosoma 13) y poder explicar a cada paciente que riesgo acumulado tiene de desarrollar ambos tumores a lo largo de su vida. Cuestión que nos permite pautar un seguimiento estricto para lograr un diagnóstico precoz o bien instaurar cirugías profilácticas o reductoras de riesgo sobre los órganos implicados.

La elevada supervivencia del CM, tumores diagnosticados a edades cada vez más jóvenes, y el que la mama tenga un importante componente dentro de la estética, feminidad y la belleza corporal de la mujer, han hecho que cada día se demande más técnicas reconstructoras a la Cirugía Plástica. El Servicio de **Cirugía Plástica** de la UPM intenta minimizar la alteración que la cirugía oncológica ocasiona sobre la imagen corporal de las mujeres, con ello se mejora la autoestima, el estado de ánimo y -por ende- mejora las relaciones afectivas dentro de la pareja.

Las posibilidades de reconstrucción casi son tantas como el número de mujeres que lo demandan. De entrada puede ser inmediata, en el mismo acto quirúrgico que la exéresis tumoral, o diferida, una vez que hayan transcurrido una serie de años (habitualmente 2-3 años) y la mujer esté libre de enfermedad. Esta decisión se toma en conjunto con la paciente, teniendo muy presente la carga oncológica de cada caso e incluso la posibilidad de radioterapia adyuvante posterior. Los procedimientos reconstructores más sencillos, pasan por la colocación de expansores o prótesis de silicona. La cirugía reconstructora mamaria autóloga (con tejidos de la paciente) requiere sesiones de quirófano de larga duración y es más compleja en cuanto a técnica quirúrgica. Para conseguir el volumen mamario se pueden utilizar colgajos de tejidos abdominales, músculo y tejido celular subcutáneo pediculado o libre (TRAM- transposición del músculo

recto del abdomen) o colgajos con piel, grasa y el músculo dorsal ancho. Existen opciones muy novedosas que pasan por la cirugía con anastomosis vasculares microquirúrgicas, donde se utiliza la piel y la grasa del abdomen (DIEP- Deep Inferior Epigastric Perforator).

Durante cualquier momento del diagnóstico, tratamiento o seguimiento la paciente puede demandar algún tipo de asistencia con el **Psicólogo y/o Psiquiatra** del Hospital. Se habla ya de psico-oncología como aquellos especialistas específicamente dedicados a prestar ayuda al paciente y a su entorno familiar durante todo el tiempo que dure el tratamiento del cáncer, así como en las últimas etapas de la vida de la paciente oncológica. Está descrito que las pacientes viven, durante un periodo de tiempo variable, un proceso adaptativo denominado "*duelo oncológico*", en donde buscan un nuevo equilibrio en las relaciones afectivas de su vida para integrar este trágico diagnóstico. Está valorado en cinco etapas: negación-rabia-pena-negociación y aceptación, y para su superación la UPM dispone de la ayuda necesaria para permitir acortar estos tiempos a las mujeres y que finalmente las familias encuentren soluciones positivas.

Desgraciadamente, algunas de estas pacientes presentarán una progresión fatal de la enfermedad que las ocasionará la muerte. Los compañeros de la **Unidad de Cuidados Paliativos**, tanto a nivel hospitalario como a nivel domiciliario, serán los encargados de mantener un apoyo al paciente y a la familia con información veraz y un control de los síntomas tanto físicos como psíquicos. En resumen, y entre otras muchas acciones, se trata de garantizar una asistencia médica éticamente correcta fundamentada en el manejo, con pericia y humanidad, de la farmacología en la etapa final de nuestras mujeres.

Para finalizar, mencionar que todas las pacientes diagnosticadas de un cáncer de mama son seguidas regularmente durante un mínimo de 10 años según los protocolos establecidos en la UPM por los ginecólogos y oncólogos médicos, ya que realizamos un seguimiento conjunto, secuencial y complementario.

Sabemos que el camino no ha hecho más que empezar, que surgirán dificultades y sin sabores, pero somos un grupo fuerte e ilusionado, muy respaldado por la Dirección Médica de nuestro Hospital y con ganas de trabajar para mejorar la calidad asistencial de las mujeres con un diagnóstico de cáncer de mama.



Dr. Vázquez Camino y Dr. González Blanco del HURH



La RCP* en la época de la Ilustración

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

Desde la antigüedad existía el temor a la posibilidad de ser enterrado vivo, debido a la dificultad para diferenciar el estado de muerte real de la aparente, sobre todo cuando la inhumación se realizaba precozmente. Ya Demócrito refería la dificultad para asegurar de manera absoluta el fallecimiento de una persona. Los signos clásicos de la muerte no eran suficientes y por ello se buscaron otros medios para diagnosticarla fehacientemente y se idearon diversos dispositivos para la reanimación, principalmente en casos de asfixia o ahogamiento. En aquella época era frecuente la muerte por asfixia debido a la inhalación de monóxido de carbono por el tufo del carbón mal quemado en los hogares y por los vapores mefíticos de los pozos negros y las letrinas. También por los gases acumulados en los silos y las minas, los vapores tóxicos producidos en las bodegas en la fermentación del vino, etc.

En estas situaciones era necesaria la confirmación real del fallecimiento y ante la duda, sobre todo en casos de muertes no naturales, el médico o cualquier otro ciudadano mínimamente preparado tenían la obligación de realizar la reanimación por todos los medios oportunos. La Corona en su afán divulgador estimulaba a la población a que realizara estas reanimaciones incluyendo en la Gazeta noticias como la siguiente:

Toledo 14 de Agosto.

El 23 del mes último a las 6 de la tarde cayó en el río Tajo una muchacha de 10 años, llamada Ramona Oñate. Un hombre que sabe nadar se arrojó vestido al agua para socorrerla; pero al echarla mano, se hundió la niña en mucha profundidad, y fueron inútiles las diligencias del nadador. Viendo todo esto desde el terrado de su casa D. Luis Fernández, Visitador general de tintes del Reyno, pensionado por S.M., y socio de mérito de la económica de Madrid y otras, corrió al instante a aquel parage, cogió un barquillo del molino, y en él se dirigió solo al sitio donde le parecía que debía hallarse la niña. Empezó a registrar con un gran palo de gancho que llevaba a prevención, y al cabo de largo rato la encontró rodando por el suelo del río, arrastrada de las aguas hacia las canales de los molinos, que estaban muy inmediatos. Al fin, la sacó; y aunque advirtió

que tenía la cara cárdena, y que echaba sangraza por boca y narices, con todos los indicios de muerta, no quiso abandonarla sin socorrerla: para lo cual cargó con ella y la llevó a su casa. Los circunstantes, que eran muchos, le instaban a que la dexase a la orilla del río, según se acostumbra aquí con los ahogados; pero siguió su camino: y habiendo llegado a su habitación, puso a la niña en una cama, llamó a dos mugeres, les mandó que la desnudasen y la diesen friegas: y entre tanto le echaba en la cabeza y en todo el cuerpo vino, vinagre y aguardiente. Cansadas aquellas mugeres, que desconfiaban también del éxito de su trabajo no advirtiendo señal alguna de vida, mandó D. Luis que otras dos siguiesen las friegas, y él por su parte continuaba con los baños de dichos licores. Finalmente, al cabo de una hora de estas diligencias, y quando muchos, o los más de los concurrentes perdían las esperanzas del recobro de la axfítica, dio ésta algunas señales de vida, causando general satisfacción a todos, y muy particular a D. Luis, quien redobló su eficacia en dichas operaciones, y mediante su actividad y zelo logró que a las 9 de la noche, quando ya sus padres la lloraban por muerta, volviese en su acuerdo y recobrase el habla, aunque muy débilmente. Llegó en esto un médico que D. Luis había llamado por lo que pudiera ocurrir, aplaudió lo executado, mandó dar a la niña un caldo y ponerle reparos; y al día siguiente estaba la paciente recobrada, sin máquinas, ni más remedios que los referidos, que por ser tan comunes, pueden fácilmente suministrarse en qualquier caso de esta naturaleza. La niña había estado más de media hora dentro del agua: tardó cerca de una hora en dar señales de vida, y hora y media en recobrar enteramente su conocimiento.

G.M. 9-IX-1800; 73: 813-814

Boerhaave comparaba el cuerpo de un ahogado con un reloj parado que si se le da cuerda se pone en marcha de nuevo. Así, el que está entre la vida y la muerte, estimulado adecuadamente, podría ser revivido. Uno de los primeros métodos de reanimación fue insuflar humo caliente de tabaco en los intestinos a través del ano mediante una cánula. El objetivo era reavivar las zonas internas aún tibias del organismo a las que se podía acceder por orificios naturales, fundamentalmente la boca y el ano. Se consideraba que los intestinos por su situación y organización podían recuperar la sensibilidad casi

perdida y que la insuflación de aire caliente y de algo áspero e irritante como el humo de tabaco era un remedio eficaz que se debía usar sistemáticamente. Con sólo dos pipas, un encendedor y tabaco se podía socorrer inmediatamente a un ahogado o asfixiado. El tubo de una pipa se introducía en el ano, se sobreponían las dos cazoletas y se soplaban el humo por la segunda pipa. Era un sistema muy rudimentario que tenía sus inconvenientes y presentaba muchas incomodidades. La idea original fue progresivamente mejorando dando lugar a la aparición de las llamadas "máquinas fumigatorias". Se añadieron válvulas de seguridad para evitar el retroceso del humo o de otros vapores en la boca del soplador y posteriormente se sustituyó la boca por un fuelle. Una de estas mejoras se recoge en esta noticia de la Gazeta:

D. Félix Pérez Arroyo, Cirujano hernista que ha sido de los Reales Hospitales, hace máquinas fumigatorias, a las que ha añadido una nueva pieza para contener dentro una esponja, a fin de que el humo salga más fresco mojando ésta en agua, y para que no pase alguna chispa al intestino

G.M. 23-V-1797; 41: 430-431

El doctor parisino J.J. de Gardanne, ideó una "máquina fumigatoria portátil" que se convirtió pronto en un instrumento indispensable. Servía para reanimar a los ahogados, asfixiados, ahorcados, recién nacidos aparentemente muertos, gente tocada del rayo, etc. Esta "máquina fumigatoria portátil de Gardanne" fue la más famosa y utilizada por ser la más sencilla, la más cómoda, la más barata, la más resistente y duradera de cuantas se habían inventado. Los componentes de la misma se incluían en una caja de madera roja fácilmente identificable que contenía todos los dispositivos necesarios. Su uso era fácil pues iba acompañada de unas instrucciones sencillas y claras al alcance de todos los que precisaran usarla, especialmente las gentes del campo alejadas de los socorros médicos. Inicialmente se utilizó para la reanimación el humo caliente del tabaco, pero más adelante, al contenido de la máquina se le añadió "álkali volátil" preparado a partir de una sal de amoniaco.

Las maniobras de reanimación se ajustaban a la siguiente "guía clínica": Se instalaba al ahogado de lado, en un lecho caliente, que incluso podía ser estiércol de caballo, envuelto en una camisa de franela. Se le limpiaba bien la boca y los orificios nasales para después practicar el boca a boca o soplarle aire caliente con una cánula de metal. Otro socorrista hacía fricciones enérgicas con paños mojados en aguardiente alcanforado o sal de amoniaco, cuidando que en el vientre y tórax siguieran la dirección de abajo a arriba (quizás remedando un intento de masaje cardíaco). Se excitaba el interior de la nariz y la garganta con una pluma de ave o con vapores de álcali o de tabaco sopladados con una cánula. Si estas medidas eran insuficientes se utilizaba la máquina fumigatoria y se insuflaba humo de tabaco en los intestinos e incluso por la boca. Era sumamente importante continuar la reanimación durante varias horas, sin descorazonarse, hasta que se percibían unas leves señales de vida.

En la siguiente noticia se recoge la utilización de la máquina para reanimar a varios intoxicados por vapores mefíticos:

Baena 15 de Febrero.

El Cirujano de esta Villa D. Pedro Laguna Caballero hizo aquí el año último una prueba feliz de la utilidad de la máquina fumigatoria en beneficio de las personas asfíticas. Habiendo un hombre llamado Diego Pabón baxado a un pozo de la Almedina para sacar una porción de esparto, cayó en el agua sofocado por el vapor mefítico; a los gritos y clamores de la familia acudió Feliciano Hortiz, prima suya, que con espíritu varonil baxó a su socorro; pero tuvo la misma desgraciada suerte, como también otros dos hombres, el uno de ellos llamado Christobal Luna, y el otro un Negro esclavo del Sr. Conde de Pozos-dulces. Concurrió

entonces el Cirujano, y conociendo que la corrupción y fetidez del agua era la causa del fatal suceso, y que los ahogados podían aún conservar un resto de vida y recobrarla si fuesen pronta y adecuadamente socorridos, animó a los concurrentes a que con las debidas precauciones baxasen y los retirasen del agua, a lo qual se resolvió Luis Moreno. Mientras esto se practicaba, hizo el facultativo sus disposiciones. A los primeros extraídos, que fueron la muger y Christobal Luna, administró los remedios y auxilios que previene el arte, y consiguió mediante su actividad y esfuerzos que volviesen por grados a respirar y recobrar sus sentidos y conocimiento. No logró ver satisfechos del mismo modo sus deseos con los otros dos infelices: pues el Negro tuvo la desgracia de desprenderse dos veces hallándose ya casi a la boca del pozo, y de recibir algunas contusiones graves; y Diego Pabón no pudo sacarse hasta las 6 de la tarde, porque empezando a privarse también Luis Moreno le fue imposible volver por él; y así quedaron inútiles todos los auxilios del profesor.

G.M. 25-III-1791; 24: 209-210

Holanda fue el primer país europeo que se preocupó de prestar una ayuda sistematizada para la salvación de ahogados y asfixiados, creándose sociedades para tal fin que se extendieron al resto de países teniendo estipulados los emolumentos que se recibían por el intento de reanimación, siendo la cantidad aún mayor si se conseguía recuperar al paciente. Existía una precisa organización sobre el manejo de las máquinas fumigatorias estando estipulado quienes podían utilizarlas, cómo y en qué circunstancias, como se recoge en esta noticia:

Orihuela 13 de Abril.

Compadecido el Doct. D. Marcelo Miravete, Canónigo Lectoral de esta Sta. Iglesia, de la

suerte de varias personas que caen en el río Segura, en que perecen sin recibir eficaz auxilio para recobrar sus sentidos, o dar a lo menos alguna señal de vida a fin que se les pueda absolver: y deseoso de remediar tan graves daños, acaba de dar una nueva prueba de amor a sus conciudadanos, y del buen uso que hace de sus rentas en objetos de ilustrada caridad, formando una Junta para socorrer a los que se ahogan en dicho río, en las acequias o pozos inmediatos, como también a los sofocados, a los acometidos de muerte repentina, y demás asfíticos. La componen dos Médicos, un Cirujano director, dos Ayudantes y un substituto, que tienen a sus órdenes quatro nadadores para buscar y sacar del agua a los ahogados, y tres convocadores y conductores que den aviso apenas suceda alguna de estas desgracias, y lleven los pacientes al parage señalado para la operación: todos con situado fixo y gratificaciones eventuales, según la ocurrencia de los casos; uno y otro costeado a expensas del benéfico autor, quien asimismo ha alcanzado exención de alojamiento y bagages a favor de los siete subalternos referidos. Para completar su loable pensamiento encargó en Cádiz este zeloso Eclesiástico una excelente máquina fumigatoria que se hizo a toda costa, y se la remitieron con todos sus instrumentos y porción de cigarros havanos, aguardiente y álcali volátil; la qual cede a este Ayuntamiento después de sus días, y mientras se encarga de todo con una generosidad y zelo poco común. Aceptó el Ayuntamiento la manda dándole gracias, y alabando su humanidad y el interés que toma en la vida de sus conciudadanos. Finalmente el mismo bienhechor ha publicado una instrucción impresa, en que previene los varios lances que pueden ocurrir, el modo de administrar los auxilios en los diferentes casos, las obligaciones de los individuos de la Junta, y las que se impone a si mismo para su cumplimiento.

Enterado de todo el Rey Ntro. Sr. por su primer Secretario de Estado el Excmo. Sr. Conde de Floridablanca, se ha servido mandar escribir al expresado Canónigo Miravete manifestándole el gusto que ha recibido S.M. y lo muy grato que le ha sido este rasgo de patriotismo.

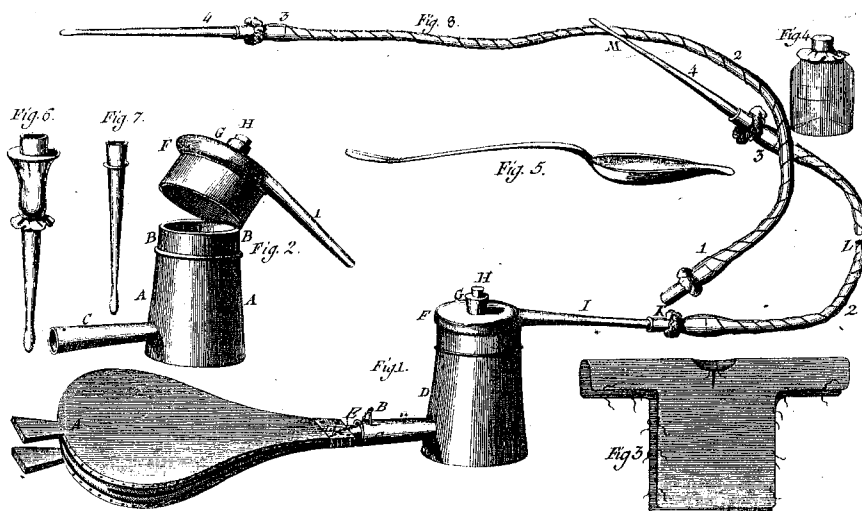
G.M. 19-IV-1791; 31: 269-270

*Reanimación cardiopulmonar

Bibliografía consultada:

Demerson P de. Muertes aparentes y socorros administrados a los ahogados y asfixiados en las postrimerías del siglo XVIII. Asclepio 2001; Vol. LIII-2: 45-68.

Mercurio de España 1800; II, mayo: 140-150.



El médico y el enfermo en la pintura del XIX y el XX

Dr. Ciriaco Casquete Román

La enfermedad es en realidad “un tanteo”, “un tour de forcé” para reforzar las defensas. Ana María Moulin lo sintetiza muy bien: “En el S. XVIII se busca la felicidad; en el S. XIX la libertad y en el S. XX la salud”. Hoy las cosas han cambiado. Se busca la desaparición de la enfermedad desde la practicidad y la ciencia, prolongamos la vida pero conservamos la tuberculosis, el Alzheimer y el cáncer como fracaso. Hasta el S. XVIII era el paciente el que se descubría a si mismo como paciente. A partir del S. XIX es la medicina objetiva la que define el carácter del enfermo y busca aplicarla en todo ciudadano y en todo el mundo, aunque debe tener un control vigilante del exceso del gasto. En esta época de consumismo, también la medicina esta afectada por este mal que ha llevado al despilfarro buscando el bien social, pero también el voto político. El cajón esta vacío y las deudas son ingentes que nos llevarán a enormes sacrificios. Y no es pesimismo.

S. XIX.-

CIENCIA Y CARIDAD. Pablo PICASSO: 1881-1973. (Ver figura 1). Óleo sobre lienzo de 197 por 249.5. Museo Picasso de Barcelona (donado por el propio autor en 1970). El cuadro consiguió medalla honorífica en la Exposición Nacional de Bellas Artes de Madrid de 1897 (Picasso tenía pues 16 años). Este tema gustaba al jurado, pues concedió también al pintor CUADRADO otra mención honorífica, siendo el título de la obra “Caridad”. El tema partía del padre de Picasso, pero la composición estaba muy influida por Mas y Fondevilla, profesor de Picasso en la Universidad de Barcelona. El padre de



Figura 2. El médico



Figura 1. Ciencia y caridad

Picasso le lanzo a realizar dos grandes cuadros, me refiero a su tamaño, esta obra que citamos y “Primera Comunión”. En aquella época, de fin de siglo, la pintura resalta por su luminosidad influenciada por el Impresionismo. En la obra hay cierto modernismo de caridad y de carácter social predominando los colores marrones y los tonos blanco y malva. En la obra el médico es D. José Ruiz, padre del pintor, que esta tomando el pulso a la paciente, cuya mano fue muy criticada, pues parecía un guante, según un importante crítico de la época. La monja de la Caridad, ofrece una taza reconfortante a la paciente y a la vez sostiene a una niña. La paciente es una mendiga de la calle y la niña es su hija. Podría tratarse de una enferma tuberculosa por rostro, sus manos descarnadas y el abatimiento físico.

Cuando Picasso pinto este cuadro Koch ya había descubierto el bacilo específico, pero la estreptomocina no llegaría hasta 1943 (50 años después). La abundancia de casos y la escasez de remedios llevaban a la muerte con mucha frecuencia. Estamos en la época del Romanticismo, que también propagó el amor enfermizo, la melancolía, la palidez, el cansancio, y al final la muerte, pero con frecuencia en personas muy jóvenes. Sólo citaremos algunos que la padecieron: los pintores Watteau y Rosales y los escritores Keats, Musset, Stivensón, Chejov, Orwel, Man... ¡Quien no recuerda el símbolo que fue Margarita Goutier!

En esta época Picasso se relaciona con obreros, prostitutas y bohemios, pero también con pintores de familia acomodada como Casas, Rusiñol y Nonell, que se reunían en el café “Los cuatro gatos”, fuente de noticias y exposiciones parisinas, así como del Modernismo catalán. Picasso aprendía deprisa, en estos sus primeros pasos pictóricos.

EL MÉDICO. SIR LUKE FILDÉS. 1843-1927. (Ver figura 2). Óleo sobre lienzo de 166 por 241. Galería TATE de Londres, que se inauguró en 1897, habiéndose finalizado la pintura en 1891. El cuadro ha sido reproducido cientos de veces como símbolo del médico. En 1947 las cartas norteamericanas llevaban este sello, conmemorando el centenario de la American Medical Association.

El autor era famoso por sus retratos, entre ellos los de Eduardo VII y de la reina Alejandra cuando su coronación. También retrato a Jorge V. El cuadro fue encargado por el magnate Henry Tate, magnate del azúcar, que financio la Galería Nacional, la cual empezó con 57 cuadros, entre ellos este, quizás el más destacado. El médico esta sentado, vigilando a la niña, que esta moribunda, en una cama improvisada con dos sillas y almohadones. El quinqué de la derecha ilumina la escena donde la madre esta sentada llorando y el padre pone su mano sobre el hombro de ella.

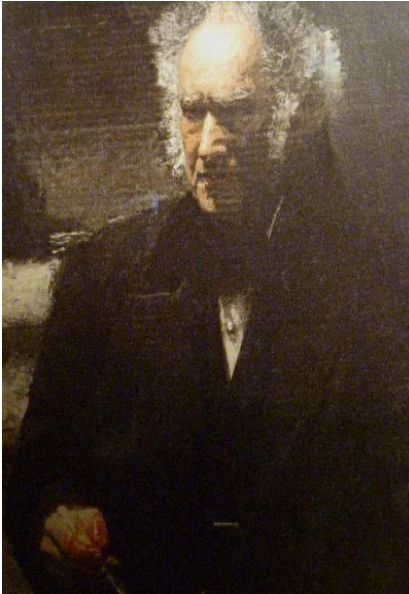


Figura 3. The Gross Clinic

El doctor observa expectante esperando signos clínicos de mejoría de la probable enfermedad infecciosa, muy frecuente entonces, de la que tantos niños morían en el siglo XIX. Solo un niño de cada cuatro llegaba a adulto. Precisamente en este año Pasteur descubrió los microbios y en fechas muy próximas a esta se descubren el carbunco, la tuberculosis, el gonococo, el bacilo de la lepra, la tifoidea, la peste bubónica (que asoló Europa en el siglo XIV), la neumonía, la meningitis y la difteria. Al aislarlos se inventaron las vacunas, pero aun pasarían otros cuarenta años para descubrir los antibióticos. El tema del cuadro lo eligió el pintor, pues años atrás había sufrido la muerte de su hijo el día de Navidad por una enfermedad semejante. También había un médico acompañándole, impotentes ante la muerte, pues recordemos, que la enfermedad y la muerte nos iguala a todos. Esta obra, simboliza como pocas el drama de la muerte y el altruismo del médico, su generosidad y nobleza de ánimo.

THE GROSS CLINIC.
Thomas EAKINS: 1844-1916. Óleo sobre lienzo: 2,43 por 2,00. 1875. Conservado en el Jefferson Medical College de Filadelfia.

Tras estudiar en París regresa a Filadelfia, lugar donde nació y murió. Su preferencia era el retrato y la figura, dentro de una pintura totalmente realista. Dotado de conocimientos anatómicos y científicos (fue profesor de Arte de la Academia de Filadelfia y asistente en la de Medicina), lo que permitió a sus alumnos dibujar al

desnudo, y por ello, fue expulsado de la A. de B. Artes. Busco la verdad y se acerca a los temas médicos, como en las dos obras, de gran tamaño, que vamos a comentar y que pasaron a la historia de la pintura americana.

El cuadro de la Clínica GROSS (ver figura 3), realizado en 1875, catorce años antes que la otra obra que comentaremos, que es muy diferente. Esta es brutal en cuanto a la abundancia de sangre, tan descarado que creo escándalo y fuertes protestas sociales. Hay mucha sangre pero no asepsia. No hay guantes ni batas, pero sí están bien peinados y bien vestidos. Al fondo, los estudiantes toman apuntes y delante de ellos, está retratado el pintor. La figura central es el profesor Gross y debajo el anestesista que coloca unas gasas con éter en la nariz del paciente. Recordemos que la primera anestesia se realizó en 1867, evitando por tanto el dolor, pero la antisepsia en cirugía no llegó hasta 1875. La intervención es una osteomielitis de fémur, la cual, entonces, solo se podía tratar con drenaje del pus, pues aun no había antibióticos.

AGNEW CLINIC (Ver figura 4). Óleo sobre lienzo: 213 por 300. 1889. Universidad de Pensilvania.

Se aprecia el señorío del catedrático-cirujano, que en este momento está descansando; se aprecia en él que no hay soberbia ni fatuidad; los ayudantes siguen trabajando en el campo operatorio. Él mantiene en su mano izquierda el bisturí y con la derecha señala con temple y elegancia la escena. Al fondo un hormiguero de estudiantes, en la oscuridad, observa la acción. La ropa blanca ilumina

al cirujano y a los ayudantes, pues ya se ha conseguido cierto grado de limpieza e higiene.

SIGLO XX.

LA OPERACIÓN (Apendicetomía en Ginebra). 1929. CRISTIAN SCHAD. 1894-1982. Munich. Stadtsche Gallerie. (Ver figura 5)

El pintor perteneció al movimiento Nueva Objetividad, donde destacan los rostros como congelados, estatuas indiferentes pero muy expresivas (irónicas, exóticas, concentradas), son retratos que han perdido la visión óptica pero que expresan los sentimientos o las ideas. No importa la pérdida de la realidad, lo figurativo, eso no es importante. Han superado al expresionismo alemán; a partir de 1920 el individuo se deshumaniza y a partir de 1930 entra en decadencia hasta que en 1937, en Munich, la exposición de este movimiento es calificada de "arte degenerado", pero pasó a la historia con los nombres de Schad, Dix, Grosz y Beckman, entre otros. Era el grupo de Berlín y Dresde.

En la obra de la figura 5, en la operación, se aprecia seis sanitarios trabajando en el quirófano. El paciente está anestesiado con su vientre abierto. Se trata del entomólogo y periodista Félix BRYK, amigo del pintor. La enfermera del fondo es Maika, famosa por el retrato individual que hizo de ella el pintor y que aparece en un sello de Alemania. Los intestinos visibles contrastan con el metal de las pinzas quirúrgicas, como si fuera un hormiguero sobre el blanco paño quirúrgico y las batas de los cirujanos.



Figura 4. Agnew Clinic

Hay una simultaneidad entre la técnica y la salud. No hay gorros ni mascarillas, pero reconozcamos que el avance es extraordinario, pues estamos en 1929, y estos pacientes sino se intervenían, morían del llamado “colico miserere”, por extensión maxiva de la infección.

BEFORE THE SHOT. 1958. **NORMAN ROCKWELL:** 1894-1978. Óleo sobre lienzo: 35 por 27,5. The Norman Rockwell Museum. Massachusetts . (Ver figura 6).

Fue una de las múltiples portadas del Sunday Evening Post, primerísima revista en E.U. El niño, inquieto, pero eso sí, colocado en posición correcta, antes de que le pinchen, ironía muy frecuente en la mayoría de sus obras. El niño esta leyendo el texto del título del medico como si eso le protegiera del pinchazo que va a llegar ya. Mientras el medico esta cargando el antibiótico, del frasquito que hay debajo del codo, y el algodón con alcohol al lado. El niño ha dejado descuidadamente su ropa en la silla. Analicemos el caso: podría tratarse de una amigdalitis o bronquitis, pues en Sttockbridge los inviernos eran muy duros .El medico es el Dr. Campbell, amigo y medico de familia. Podría tratarse de penicilina, que se estaba comercializando en 1950, para combatir la fiebre reumática y afecciones de estafilo o estreptococo.

Rockwell fue el más popular ilustrador de la época en E.U. Creo muchísima obra y es muy frecuente en ellas que apareciera algún niño. Son personajes normales y corrientes de pequeños pueblos o ciudades del Oeste Americano más o menos desconocidos. Millones de personas se identificaron con ellos durante 50 años, con sus cosas sencillas y otras menos sencillas, su humor, su patriotismo, la defensa de la raza negra, la conquista del espacio, defensa de la religión, y fondos para la guerra. También resaltó las fiestas de Navidad y de Acción de Gracias. Y otros muchos temas. Este grandísimo dibujante murió en 1978, a los 84 años en Stockbridge, donde esta actualmente su museo. Su vida se resume en 4000 ilustraciones y 40 libros. Su popularidad fue enorme en todo el globo. En 1977 se le concedió la medalla Presidencial de la libertad (el honor civil mas alto de la nación, por sus excepcionales dibujos).Apareció también en series de sellos americanos y de diversos países del mundo.

TRES ONCÓLOGOS. 2002. **KEN CURRIE.** Óleo sobre lienzo: 195,6



Figura 5. La operación

por 243,8. Scottsch. Portrait Gallery, Edimburgo. (Ver figura 7).

El autor pinta una imagen flotante, casi aérea y semidesenfocada que significa el miedo al cáncer y a la muerte. El enfermo piensa con frecuencia si el mismo puede haber contribuido a la enfermedad y ello le lleva a la ansiedad. En el cuadro aparecen tres oncólogos importantes de Dundee, Escocia. En el centro el profesor de cirugía, a su derecha el profesor de oncología molecular y a la izquierda otro profesor cirujano. Los tres se encuentran rodeados de oscuridad y se destacan por una luz difusa. Son fantasmas entre



Figura 6. Before the shot

la vida y la muerte resaltados sobre el fondo negro del cuadro. Sus rostros son sensibles e inteligentes, el de la izquierda tiene las manos ensangrentadas, el del centro lleva un extraño instrumento. Ello le acarrea, al espectador del cuadro, miedo y preocupación ante los riesgos y la realidad de la medicina actual. Estos tres médicos, símbolos de otros muchos, son como ángeles custodios que luchan con su ciencia por prolongar nuestra vida o salvarla del todo, hasta el último día. Su trabajo es duro y desagradable, pero la solidaridad que ejercen, les hace descansar en el sueño de la noche diaria.



Figura 7. Tres oncólogos

Elija ahorrar

Contrate ahora su seguro de automóvil con A.M.A.

HASTA

65% DE DESCUENTO*

EN SU SEGURO

Solo hasta el 30 de septiembre



*Promoción válida para presupuestos de nueva contratación realizados del 1 de abril al 30 de septiembre de 2012. No acumulable a otras promociones. Consulte condiciones en www.amaseguros.com

Y además:

- > Excelente red de talleres preferentes A.M.A.
- > Gestión de recursos de multas
- > Vehículo de sustitución (según modalidad contratada)
- > Asistencia en viaje 24 horas desde el kilómetro cero (incluyendo reparaciones urgentes en carretera)
- > Peritaciones en 24 horas
- > Atención jurídica telefónica (para cualquier circunstancia de su vida diaria)

Infórmese sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

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



Ortopedia Pérez Galdós

Valladolid

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

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



Nos importa
tu bienestar