



ALHZEIMER

Hablamos con la Dra. María José Sáenz



IX Campeonato de Ciclismo para médicos.

Pág. 12



Dra. Sofia Clar. Hablamos de la Unidad Pediátrica de hospitalización domiciliaria.

Pág. 16



X Curso para Padres de adolescentes.

Pág. 18



MERCADONA

SUPERMERCADOS DE CONFIANZA

Ofertas de empleo

**Licenciados/as en Medicina y/o Graduados/as
Alicante, Huelva / Sevilla y Madrid**

Requisitos:

- Estudios mínimos: Licenciado/a y/o Graduado/a en Medicina.
- Perfil Gestor.
- Carné de conducir y vehículo propio.
- Disponibilidad horaria y para viajar.

Ofrece:

- Tipo de contrato: Indefinido
- Jornada laboral: Completa (de lunes a sábado)
- Progresión salarial de 44.000 € - 66.000 € Bruto/año

Localiza las ofertas en **www.mercadona.es** apartado Conócenos - empleo y presenta tu candidatura o accede a las ofertas a través de los códigos QR:

Alicante



Huelva / Sevilla



Madrid



Sumario

ALICANTE MÉDICO

6 Sesión conjunta de la Real Academia de Medicina y Sociedad Médico-Quirúrgica

12 IX Campeonato de Ciclismo

16 Entrevista Sofía Clar

18 VII Coma Golf

24 Sanidad y Universidad

39 Hospital General de Alicante



9 600 estudiantes de Medicina en Alicante



20 Excursión a Murcia



10 Entrevista Dra. María José Sáenz



40 Hospital de Sant Joan

Edita

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Alicante
Avda. de Denia, s/n.
Tel. 965 26 10 11 – Fax 965 26 05 15
03013 Alicante

Junta Directiva

José Pastor Rosado
Susana Jiménez Moreno
Jesús Romero Maroto
Isabel Prieto Erades
Eduardo Van der Hofstadt Román
M^a Ángeles Cabrera Ferriols
Juan Manuel Zazo Menargues
Diego Torrús Tendero
Miguel Fuster Lozano
Juan Miguel Marín Porriño
Fausto Gómez Guillen
Germán Schwarz Chávarri
Clara Faura Giner
Pedro Vidal Conejero
Ramón Alarcón Pérez-Mateo
José Ángel Sánchez Navajas

Gerente

José Manuel Coloma Rodríguez

Redacción

Alejandro Riera Catalá

Depósito Legal
A-739-1981
ISSN 1696-1307

Las opiniones, notas y comentarios publicados son en exclusiva responsabilidad de los firmantes o de las entidades que facilitaron los datos.

Buzón de Iniciativas colegiales



Alicante Médico dispone de un Buzón de iniciativas Colegiales a disposición de todos los colegiados, con el fin de servir de instrumento para canalizar sus sugerencias sobre cualquier aspecto relacionado con el Colegio de Médicos de Alicante y la profesión médica. Esta nueva sección de la revista tiene una vocación de servicio al colegiado, al tiempo que aspira a convertirse en el elemento que permita una mejor interrelación entre el Colegio y sus colegiados de forma compartida.

Para participar en esta sección, los colegiados pueden remitir sus escritos, a ser posible no mayores de veinte líneas mecanografiadas a doble espacio, a la dirección del Colegio de Médicos de Alicante, (Avda. de Denia s/n 03013 Alicante) o bien a través de internet o el correo electrónico:

<http://www.coma.es>
e-mail: prensa@coma.es



◀ Descarga esta revista en tu Smartphone



Tel.: 902 271 902
www.editorialmic.com

Avanzando día a día



Al bell mig de la tardor, l'estiuet de Sant Martí ens ofereix un oratge prou benigne, amb un sol lluent en un cel blau intens; però a la mar, les mestralades fan que els vaixells busquen la protecció dels ports, sense que les seues tripulacions puguin gaudir, amb tranquil·litat, de les escabussades dels corbs marins que hivernen a l'illa de Tabarca. A terra, els esbarts d'estornells han tornat a les nostres comarques i els agrons blaus sobrevolen els aiguamolls amb el seu batre d'ales lent i profund.

A ún resuenan en nuestros oídos los aplausos a nuestra compañera la Dra. María Teresa Lozano, magnífica atleta y mejor cardióloga, vencedora absoluta en categoría femenina del IX Campeonato Nacional de Ciclismo

para Médicos que, durante este benigno otoño, ha organizado el Colegio de Médicos de Alicante.

El ciclismo, como el deporte en general y una adecuada alimentación, es una inestimable herramienta para mantener una buena salud cardiovascular. Así, hemos tratado de trasladar esta idea a la ciudadanía, y coincidiendo con este evento deportivo, con la colaboración del Dr. Francisco Clemente, el Colegio ha organizado las Jornadas de Promoción de Hábitos Cardiosaludables. Para este fin, con la participación del Excmo. Ayuntamiento d'Alacant, fueron instaladas 3 carpas en la Plaza del Ayuntamiento. En ellas, a las numerosas personas que a lo largo del día se acercaron a estas Jornadas, además de una valoración sanitaria —que incluía somatometría, impedanciometría,

esfigmomanometría, perfil lipídico, glucemia y HbA1c—, se entregaba un asesoramiento dietético orientado y una recomendación personalizada acerca de la actividad físico-deportiva a realizar, para favorecer hábitos cardiosaludables entre la ciudadanía y difundir la importancia de la prescripción de la actividad física en nuestras consultas.

Ya en el ámbito profesional de la actividad médica privada, quiero destacar la importancia de habituarnos a utilizar la receta privada oficial, que se facilita a los colegiados a través de la ventanilla única y que permitirá que todos los medicamentos sujetos a prescripción médica tengan una adecuada trazabilidad. Dos circunstancias vienen a hacer más necesaria que nunca su empleo. Por una parte, la Consellería de Sanitat

Universal y Salud Pública tiene la intención de incorporar todos los tratamientos que reciben los pacientes en su historial fármaco-terapéutico para evitar eventos adversos en la prescripción, especialmente en pacientes polimedicados. En segundo término, la inminencia de la indicación enfermera hace aún más necesaria la generalización de la receta médica privada oficial, única por su código de barras, para que podamos ejercer un mayor control sobre los medicamentos de obligada prescripción médica que se dispensan en las oficinas de farmacia.

En relación a la indicación enfermera, en la última Asamblea de Presidentes de la Organización Médica Colegial (OMC), se presentó el borrador del Decreto que prepara la Administración central. El texto, elaborado por el Ministerio de Sanidad, ha sido consensuado con el Foro de la Profesión Médica y en él ha participado de forma directa el Presidente de la OMC, el Dr. Serafín Romero. La Asamblea de Presidentes aprobó la

modificación introducida en el Decreto, que ahora pasa a exposición pública pero que se espera sea aprobado en breve. Desde el Colegio de Médicos de Alicante, como representantes de la profesión y el profesionalismo médico, creemos que es necesario mantener una adecuada colaboración entre todas las profesiones sanitarias que participan en la atención sanitaria, pero sin caer en corporativismos que impidan el acuerdo. Es imprescindible señalar determinadas líneas rojas, como son que el diagnóstico médico y la prescripción que le acompaña, son atribuciones que por ley corresponden a la profesión de médico.

Aún sumidos en estas deliberaciones, nos ha sorprendido el Proyecto de Decreto del Consell por el que se regula la concertación de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales y la acreditación de las oficinas de farmacia para la prestación de dichos servicios concertados. Sometido a un

exhaustivo análisis con la colaboración de la Asesoría Jurídica del Colegio, ya hemos presentado las correspondientes alegaciones. De nuevo los límites de nuestra profesión deben ser defendidos frente a otras profesiones con las que compartimos la atención sanitaria. En este caso son los farmacéuticos, cuya función es la dispensación de los medicamentos prescritos por el médico, como define la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Vamos a seguir trabajando para mejorar el servicio que prestamos a la sociedad, colaborando con el resto de profesiones sanitarias, pero sin permitir menoscabo del rol esencial del médico.

Os espero en la próxima asamblea que celebraremos antes de Navidad. Un fuerte abrazo a todas y todos.

Dr. José Pastor Rosado
Presidente del Colegio de
Médicos de Alicante



Sesión conjunta de la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana y de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Alicante



El pasado 21 de Septiembre tuvo lugar una sesión científica en la sede del Colegio Oficial de Médicos de Alicante con el título de ‘Enfoque Presente del Reflujo Gastroesofágico’.

La presentación corrió a cargo de los Presidentes de las tres instituciones profesores y doctores Antonio Llombart, Antonio Arroyo y José Pastor. En dicha presentación se glosó la importancia de estas sesiones científicas, la excelente sintonía de las dos entidades organizativas y la generosa hospitalidad que presta esta ya clásica sede del Colegio. Hubo una unanimidad al considerar que el inicio del curso estaría marcado por la brillantez y actualidad de la sesión y también al considerar y agradecer la presencia del comité ejecutivo de la RAMCV que se desplazó específicamente para este acto.

El desarrollo de la sesión estuvo moderado por el Prof Manuel Moya como organizador de la misma, que señaló la solidez de los datos y recomendaciones dadas por los conferenciantes al haber tenido en cuenta mayoritariamente los niveles de evidencia.

La primera conferencia con el título de ‘Unión Gastroesofágica’ fue desarrollada por el Dr. Rodrigo Jover, Jefe de Servicio de Gastroenterología del Hospital General Universitario de Alicante. Estuvo marcada por la actualización de conocimientos sobre la función de este crucial enclave, desde la importancia del ‘acid pocket’, la revalorización actual de la hernia hiatal, la percepción del reflujo o la importancia de los radicales libres de nitrógeno son ejemplos de esta amplia cobertura. Fue novedoso el enfoque sobre el esófago de Barrett, los nuevos conocimientos acerca de la transformación de los revestimientos celulares o la importancia de la hiperpresión continuada por la grasa perivisceral. Los datos presentados permiten sin dudar reconocer el soporte anatómico y funcional de la unión gastroesofágica a la hora de elegir terapias realmente eficaces.

La segunda conferencia de título ‘Diagnóstico del RGE/RGEe Corrió a cargo del Dr. Antonio Martínez-Egea, Jefe de Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de S. Juan. Las imágenes endoscópicas propias proporcionaron un firme nexo entre la clínica y la base lesional causante. La claridad acerca del uso de técnicas diagnósticas invasivas seguro que

contribuirá a un uso más racional de las mismas. Muy ilustrativa fue la trayectoria presentada pre y post Barret. Quizá la parte más pragmática de esta presentación recayó en el tratamiento médico del RGE/RGEe, con la justa valoración de eficacia de los inhibidores de la bomba de protones con sus indicaciones, su sobreuso y las conocidos efectos co-



laterales, todo ello calificado según el nivel de evidencia y recomendación.

La tercera conferencia de título 'Tratamiento del RGE' fue dictada por el Prof Antonio Compañ, Jefe de Servicio de Cirugía del Hospital Universitario de S. Juan. Como se había previsto estuvo circunscrita al tratamiento quirúrgico exclusivamente, lo cual no excluyó el breve y moderno enfoque de los IBPs y otras medidas de uso concomitante. El siguiente punto fue el de las indicaciones reales del tratamiento quirúrgico, problema complejo por la diversidad de guías y recomendaciones existentes en el panorama internacional, la visión individualizadora fue convincente. La enumeración y valoración de técnicas quirúrgicas fue muy acertada cara a una audiencia mayoritariamente no quirúrgica, los dibujos anatómicos facilitaron la comprensión de los resultados. La creciente implantación de técnicas laparoscópicas e incipientes endoscópicas fue valorada a tenor de los resultados pero también de las complicaciones.

Las presentaciones fueron seguidas de una amplia y enriquecedora discusión y la Sesión fue clausurada con unas estimulantes palabras del Dr. Arroyo

Dr. Manuel Moya

Catedrático emérito de pediatría y Académico de número.

**La profesora Susana Jiménez,
académica correspondiente de la Real Academia
de Medicina de la Comunidad Valenciana**



La Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana nombró el pasado martes, 17 de octubre, a la profesora de Medicina Legal y Forense de la Universidad Miguel Hernández de Elche y vicepresidente primera del COMA Susana Jiménez académica correspondiente de esta institución.

El académico de número de la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana Juan Bautista Martí Lloret fue el encargado de presentar a la nueva académica Susana Jiménez, quien disertó en su discurso de ingreso sobre el "Impacto de la genética en la investigación médico-legal forense". Desde estas páginas, nuestra más sincera enhorabuena.

Alicante se tiñe de morado contra el cáncer de páncreas

Alicante es sinónimo de gente solidaria. Miles de participantes arrancaron ayer desde la Rambla en la cuarta edición de la Carrera de las Ciudades Contra el Cáncer de Páncreas,

un evento deportivo benéfico organizado con el objetivo de recaudar fondos para financiar proyectos de investigación para el diagnóstico precoz y tratamiento de la enfermedad. “Ha venido gente de todas las edades,

incluso pacientes con cáncer de páncreas han hecho el recorrido caminando. Ha sido una fiesta y todo el mundo ha disfrutado de la ciudad”, explicó a la prensa el Dr. Enrique de Madaria, gastroenterólogo digestivo, organizador e impulsor del evento. A los corredores de Alicante había que sumarle los que también corrieron en Madrid, Milán y Roma.

La Asociación Española de Pancreatología y la Asociación Cáncer de Páncreas han señalado que gracias a iniciativas como esta carrera se han otorgado ya 115.000 euros en 4 becas a 4 grupos de investigación españoles de alto nivel.



Ana Aguirre Nso
5 años



Lucía Cuéllar Soriano
8 años



Pablo Covés Espinosa
10 años

**EL COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS DE
ALICANTE OS DESEA
FELIZ NAVIDAD
Y UN PRÓSPERO
AÑO NUEVO**

600 estudiantes de Medicina se reúnen en Alicante



El XXXV Congreso Nacional de Estudiantes de Medicina (CNEM) de la Universidad Miguel Hernández (UMH) de Elche, en su XIII edición Internacional, reunió a más de 600 de estudiantes de distintas universidades españolas, europeas y sudamericanas.

El encuentro, organizado por estudiantes de 5º y 6º curso del Grado en Medicina de la UMH, se celebró en el Palacio de Congresos de Alicante. Esta edición del Congreso incluyó, entre otras actividades, una mesa redonda sobre terapia celular con células madre.

El subdirector general de Servicios aplicados, Formación e Investigación del Instituto de Salud Carlos III de Madrid, Manuel Cuenca Estrella, impartió la conferencia inaugural, titulada “¿Existe una clara vinculación entre el uso de pesticidas en Agricultura y las resistencias a los antifúngicos de uso clínico?”.

Los organizadores programaron para los tres días del congreso mesas redondas en las que expertos del ámbito sanitario hablaron, entre otros temas, sobre el “Trasplante de médula ósea en el contexto de la leucemia”, la “Terapia celular con células madre”, el “Tras-

plante de cara” o el “Cáncer de mama: nuevas alternativas, nuevas esperanzas”. Asimismo, el Congreso también incluyó diversos talleres como de psiquiatría, cirugía vascular o controversias en nutrición.

Además, colaboran sociedades médicas como la Sociedad Española de Nefrología, Sociedad Española de Reumatología, Sociedad Española de Endocrinología, Sociedad Española de Oncología Radioterápica, Sociedad Española de Cuidados Paliativos, la Asociación Española de Cirujanos y el Hospital del Vinalopó de Elche.

Entrevista: **Dra. María José Sáenz**

“Tenemos que concienciar a la atención primaria y a la sociedad en general para intentar detectar pronto los primeros síntomas.”

El pasado día 21 de septiembre se celebró el día mundial contra el Alzheimer. Hablamos de esta enfermedad y otros procesos neurodegenerativos con la Dra.

María José Sáenz, Coordinadora del Unidad de Demencias del Hospital de San Vicente

Sois la unidad de referencia para la provincia de Alicante, ¿cómo funcionáis?

Si, somos la Unidad de referencia provincial en Demencias. Es un equipo multidisciplinar compuesto por tres neurólogos, dos psicólogos, una enfermera experta y un equipo administrativo. Atendemos a pacientes remitidos por compañeros Neurólogos, Psiquiatras de las USM y con menor frecuencia por otros especialistas. Principalmente nos remiten pacientes jóvenes o los que tienen demencia de presentación atípica. Nuestro objetivo es dar una atención integral al paciente y al cuidador. El Alzheimer es una enfermedad que implica a toda la familia y que tiene un alto coste laboral y social.

Además de la atención directa al paciente, una prioridad es la formación e información de cuidadores no profesionales y para eso tenemos organizados los Cursos de cuidadores en los que participamos todo el equipo. También ponemos a disposición de los cuidadores un Servicio de Atención Telefónica. Se puede contactar por teléfono para consultar cualquier problema del paciente, para renovar visados ó solicitar informes. Es un servicio muy bien valorado por los usuarios. El

cuidador se siente respaldado y evitamos desplazamientos del paciente a Urgencias ó a otros niveles asistenciales, a veces innecesarios.

Se han establecido acuerdos con las Unidad de Docencia de otros hospitales de la provincia para colaborar en la formación de MIR en aspectos específicos de la Demencia, ya que se trata de unas enfermedades muy prevalentes. Participamos en la docencia de los MIR de Neurología Hospital de Alicante y de Psiquiatría de otros hospitales de la provincia. Hay que concienciar a muchas especialidades, como la psiquiatría para que podamos detectar la enfermedad en sus fases más tempranas. También participamos junto a otros grupos en la de investigación de nuevos fármacos.

¿Por qué solo se habla del Alzheimer?

Por la ser Demencia degenerativa más frecuente. Supone el 70% del total de las Demencias degenerativas. Se estima que la E. de Alzheimer la padecen 1 de cada 1400 persona entre 40 y 65 años aumentando su frecuencia con la edad y afectando a 1 de cada 6 mayores de 80 años.

Existen otras como la Demencia con Cuerpos de Lewy con cuadro clínico distinto(alucinaciones visuales, parkinsonismo, etc.) y la Demencia Frontotemporal más frecuente antes de los 65 años y que tiene dos formas de presentación, como trastorno de conducta o como trastorno del lenguaje.

La intensa labor investigadora en este

campo en los últimos años ha permitido un mejor conocimiento de la enfermedad y el desarrollo de técnicas diagnósticas (LCR y PET- FDG ó de amiloide) que nos permiten un diagnóstico más específico y en fases más precoces.

¿Sabemos qué causa la enfermedad de alzhéimer?

Aunque no se conoce la causa última de la enfermedad si se ha avanzado en el conocimiento de muchos aspectos de su fisiopatología. Todas las demencias degenerativas se producen por el acumulo de una proteína anormal en el cerebro y en el caso del Alzheimer ese acumulo es de la proteína beta-amiloide extra neuronal que se considera toxica para el cerebro y que pone en marcha el depósito de proteína Tau intraneuronal que a su vez provoca perdida de sinapsis y neuronas . Una pequeña proporción de casos, un 10 % de las que se inician antes de los 65 años están genéticamente determinadas, lo que supone 1-3% de todos los pacientes con la enfermedad. Otros casos están relacionadas con genes que no son determinantes , únicamente aumentan el riesgo de padecerla.

¿Existen fases dentro de la enfermedad?

En la E. de Alzheimer hay varias fases. Una fase preclínica de larga duración de hasta 15 años en que se va depositando el beta-amiloide en el cerebro pero el paciente no tiene síntomas. En la fase clínica se distingue entre Deterioro cognitivo leve y Demencia. En la fase de deterioro cognitivo leve, el paciente se queja de que le falla la memoria o/y otras funciones cognitivas y se objetiva déficit de



algunas de estas funciones pero no hay repercusión en la realización de las actividades de la vida diaria, es completamente autónomo. Esta fase puede durar de 1 a 5 años y progresa a la última fase que es la demencia cuando el deterioro cognitivo le impide realizar al paciente su actividad habitual de forma independiente precisando progresiva ayuda.

Los síntomas inicialmente comienzan por la pérdida de la memoria a corto plazo, olvidan hechos recientes y son repetitivos. De forma progresiva desarrollan problemas en la comprensión y expresión oral y escrita, en la orientación temporal y espacial, en la manipulación de algunos objetos, etc. y con frecuencia en algún momento presentan trastorno de la conducta que altera la vida del paciente y de su familia. Pueden presentar irritabilidad, agresividad, delirios, alucinaciones, apatía, negativismo, depresión, ansiedad, trastorno del sueño y el apetitivo, etc.

¿Podemos hablar de prevención en la enfermedad de alzhéimer? ¿Cómo podemos cuidar nuestras neuronas?

Prevención en sentido estricto no podemos realizar pero si podemos tomar una serie de medidas para retrasar el deterioro y mantener la funcionalidad.

Es importante el control estricto de los factores de riesgo vascular (HTA, DM, obesidad, alcohol, etc.). Llevar una dieta saludable y hacer ejercicio físico aeróbico ha demostrado beneficio y no solo porque mejora los síntomas depresivos. Tenemos que potenciar nuestra reserva cognitiva estructural y funcional manteniendo actividades de ocio, aficiones, etc. en definitiva "ser felices en compañía" ayuda a mantener la memoria.

Es muy importante concienciar a Atención Primaria y a la sociedad en general para mantener una actitud activa de sospecha ante los primeros síntomas. Son muchas las ventajas de un diagnóstico temprano pues permite iniciar un tratamiento en las fases incipientes en las que resulta más útil, ofrecer un pronóstico que facilite la planificación del futuro y los mecanismos de adaptación necesarios ante la enfermedad. Además, un diagnóstico precoz y específico per-

mite la participación en ensayos clínicos imprescindibles en la búsqueda de una solución

¿Existe una cura?

La enfermedad no es curable, pero si tratable. Desde hace años disponemos de tratamientos sintomáticos cuya eficacia es modesta pero han demostrado un claro beneficio sobre los síntomas cognitivos, conductuales y funcionales mayor si se inician lo antes posible.

Son muchos los fármacos que se han ensayado y que han fracasado no llegando a comercializarse. Son muchos los factores que pueden explicar este fracaso. Se han realizado en pacientes con demencia en fase leve-moderada, cuando probablemente el daño neurológico ya es severo y no se utilizaron marcadores de enfermedad por lo que el diagnóstico no era específico. Los ensayos en la actualidad se realizan en pacientes en fase leve y con marcadores positivos de enfermedad de Alzheimer que aseguran el diagnóstico. Fundamentalmente van dirigidos a modificar el curso de la enfermedad

Guipúzcoa y Alicante se imponen en el IX Campeonato de Ciclismo



En una disputada carrera, donde la estrategia fue clave para alzarse con la victoria, el Dr. Ignacio Sanz Lázaro, del Colegio de Médicos de Guipúzcoa, cruzó el primero la línea de meta del IX Campeonato de España de Ciclismo para Médicos. En la categoría femenina, la Dra. María Teresa Iozano Palencia se alzó con el triunfo en la carrera organizada por el Colegio de Médicos de Alicante.

La general masculina estuvo encabezada por el Dr. Ignacio Sanz Lázaro, con un tiempo de una hora y treinta y nueve minutos. Pocos segundos distanciaron al vencedor del segundo clasificado, el valenciano Dr. Álvaro Guillorme Hernández.

Por categorías, el Dr. Ignacio Sanz venció también la M1 (hasta 39 años), el sevillano Dr. David León Jiménez lo hizo en la M2 (de 40 a 49 años), el riojano Dr. Gerardo Palacios Marín volvió a revalidar el título en la M3, (de 50 a 59 años) y también sevillano Dr. Antonio Navarro Polo lo hizo en la categoría M4 (para mayores



de 60 años). Por equipos se impuso el Colegio de Ciudad Real.

En la categoría femenina, con un tiempo de 1h:46:12, se impuso la Dra. María Teresa Iozano Palencia, seguida de la Dra. Cristina Granados Lajara (Colegio de Ciudad Real) y Dra. Marta Arraez Monllor (Colegio de Murcia).

En la clasificación por equipos los ganadores fueron los médicos de Ciudad Real, quedando segundos y terceros Valencia y Sevilla respectivamente.

La cita contó con 145 participantes de toda la geografía española. La presente edición, que estuvo dividida en cinco ca-



HCB

se acerca a ti

Más de 40 especialidades médicas ahora en Benidorm, El Albir, Moraira y Calpe

Sanidad privada de excelencia, accesible y sin esperas

Tu hospital privado en la Costa Blanca desde hace 30 años



HOSPITAL CLÍNICA BENIDORM

Avda. Alfonso Puchades, 8
03501 Benidorm
hospital@clinicabenidorm.com
96 585 38 50

HCB CALPE

Avda. Diputación, 49
03710 Calpe
calpe@clinicabenidorm.com
96 607 27 37

HCB SALUS ALBIR

Avenida del Albir, 78
03581 El Albir
info.albir@clinicabenidorm.com
96 686 86 38

HCB JALÓN

Avda. Joanot Martorell, 17B
03727 Jalón
vcampman@clinicabenidorm.com
96 648 09 24

HCB ASISTEL MORAIRA

Ctra. Moraira-Benitachell, 22
03724 Moraira
info@clinicaasistel.com
24 HS 96 649 50 06



@hospitalclinicabenidorm



@clinicabenidorm



Hospital Clínica Benidorm



Hospital Clínica Benidorm - HCB

TELÉFONO AMBULANCIA 900 380 088

www.clinicabenidorm.com



inscanner

La seguridad de un buen diagnóstico

Nuestros servicios

- 1.- RESONANCIA MAGNÉTICA:
 - Equipo abierto alto campo 1T.
 - Equipo 3T.
- 2.- TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA (TAC):
 - Equipo 64 cortes.
- 3.- ECOGRAFÍA.
- 4.- ANÁLISIS CLÍNICOS.

SEDE LOS MONTESINOS

C/ de los Montesinos s/n
(Esquina Castell de Castells)
03015, Alicante

SEDE PEDRO POVEDA

C/ San Pedro Poveda, 10 bajo 3
03010, Alicante

informacion@inscanner.es

Tlfn.: 965 24 01 97

Fax.: 965 91 65 15

www.inscanner.es





tegorías, ha sido la de mayor participación de todas las que han tenido lugar hasta la fecha y en ella hubo médicos de todos los colegios españoles que tuvieron que hacer frente a un recorrido de casi 60 kilómetros que discurría por distintos pueblos de la provincia de Alicante.

En la organización técnico-deportiva de la prueba el Colegio de Médicos de Alicante contó con la colaboración y asesoramiento del Club Ciclista San Vicente y la Real Federación Española de Ciclismo (RFEC). También han colaborado en el evento distintas instituciones alicantinas como el Ayuntamiento, la Diputación Provincial y su patronato de Turismo Costa Blanca. También colaboran con la prueba otras entidades como el Banco de Sabadell, ASISA, Chocolates Valor o BOCOPA.

Además, participaron de forma activa el Ayuntamiento y Diputación Provincial de Alicante. Para dar la salida acudió el concejal de Recursos Humanos del Ayuntamiento de Alicante, D. Carlos Giménez y en la entrega de premios acompañó al Presidente del COMA, el Dr. José Pastor Rosado, la presidenta del Colegio de Farmacéuticos de Alicante, Dña. Fe Ballesteros.



Foto cedida por Iñaki Bayo

De manera paralela y complementaria al IX Campeonato de España de Ciclismo, el COMA también organizó la I Jornada de Hábitos Saludables en

Prevención de Enfermedades Cardiovasculares. Esta iniciativa tenía como objetivo conjugar el asesoramiento y la valoración profesional de médicos y enfermeros con consejos nutricionales proporcionados por expertos y una orientación físico-deportiva cualificada.

La jornada se desarrolló en la plaza del Ayuntamiento de Alicante durante todo el día. Se instalaron tres carpas por las que pudieron pasar muchos alicantinos.



Los Hospitales Universitarios del Vinalopó y Torrevieja y los centros de salud de Crevillent (Elche), San Luis (Torrevieja) y Carlet (Alzira) son los cinco primeros centros de la Comunidad Valenciana que han sido acreditados por la Joint Commission International, la **acreditación sanitaria más prestigiosa a nivel mundial**.

En España, solo 11 hospitales y 10 centros de salud tienen esta acreditación.

Una vez más, nuestro modelo sanitario y el excelente trabajo de sus profesionales, sitúan a la sanidad pública valenciana a la vanguardia de la gestión sanitaria internacional para dar el mejor servicio a los más de 800.000 ciudadanos que todos los días confían en nosotros.

Gracias a todas y todos los que lo han hecho posible.

somosjoint.riberasalud.com



Organization Accredited
by Joint Commission International

#somosJOINT



TÚ ESFUERZO TÚ RECOMPENSA

PEDIATRÍA

TE AYUDAMOS A
PREPARAR TÚ
OPOSICIÓN
TEMARIO GENERAL
TEMARIO ESPECÍFICO



640 863 263
963 449 212



WWW.COMAOPOSICIONES.COM

comaoposiciones@gmail.com

Entrevista: **Dra. Sofia Clar**

“El modelo sanitario basado en “hospitalocentrismo” está cada vez más obsoleto. El futuro, sin duda, está en las UHD”

D Desde hace unos meses se ha puesto en marcha la segunda unidad de hospitalización domiciliaria pediátrica en la provincia. Elche se marca el reto de cubrir el sur de la provincia de Alicante, sin prisas, pero sin pausa. Hablamos con Sofia Clar, que hace de portavoz de un equipo muy cohesionado y con mucha ilusión.

¿Cómo surge el reto de una UHD pediátrica?

En mayo nacimos, y el origen es querer mejorar la asistencia a la población pediátrica. basándonos en la UHD que ya funcionaba en el departamento de elche, la idea era crear una unidad para atender a pacientes pediátricos subsidiarios de un tratamiento hospitalario, pero en su domicilio. Mantener la seguridad clínica al paciente en su domicilio. Somos conscientes de que el futuro es acercar la sanidad al paciente. Buscamos la calidad por encima de todo. la sanidad está cambiando. El modelo sanitario basado en “hospitalocentrismo” está cada vez más obsoleto. el futuro, sin duda, está en las UHD.

¿Qué perfil de pacientes tenéis?

La mayoría son pacientes crónicos, pluri patológicos complejos que requieren una atención continua. no siempre son pacientes paliativos. Se administran algunos tratamientos y se realizan procedimientos de perfil hospitalario. algunos pacientes son oncológicos, que requieren una atención multidisciplinar, y trabajamos de forma coordinada con la unidad de oncología pediátrica del



Jose Luis Rincón, Sofia Clar, Cristina Zapata, Iria Vázquez, Ana Formigos.

HGUA. Somos un equipo de peditras que cubren todas las especialidades y permite abordar de forma integral al paciente que ingresa en nuestra unidad, por lo que los pacientes que se ingresan en nuestra unidad abarcan problemas neurológicos complejos como pci's, neonatos con altas precoces, insuficiencia cardiaca. hacemos guardias localizadas. Cuando termina nuestro horario de mañanas para garantizar la continuidad de la asistencia conocemos al paciente y estamos 24 horas. La necesidad de dar este servicio facilita el apego del paciente con sus padres, el ambiente es amigable. Por otra parte, la posibilidad de que un paciente en fase terminal pueda morir en casa si lo desea la familia es un avance. contamos con un equipo de enfermería con amplia experiencia en abordaje domiciliario en final de vida y forma parte del equipo con aportaciones muy valiosas en el tratamiento del paciente. la parte de enfermería es vital ya que a veces no interviene el peditra. Hemos tenido mucho respaldo desde la dirección del centro y todo el equipo se ha volcado en este proyecto. La satisfacción es muy grande por parte de los pacientes.

¿Notáis la mejoría de los pacientes?

El niño hospitalizado está incómodo. A nivel emocional el niño en el hospital tiene ansiedad, hemos visto niños que en el hospital no había forma de cogerles la vía, mientras en casa no ponían problemas. Cuando accedes al domicilio no vas con bata, con lo que el niño no se pone tan nervioso. La mejoría es evidente. Aquí también tenemos que hablar un papel importantísimo. El cuidador, que es fundamental. Es la estrella. Tienen que ser personas muy fiables. Son nuestro interlocutor con el paciente. Se les resuelve dudas para que no tengan ningún problema. Hablando con ellos valoramos la urgencia. La tranquilidad de que un equipo de enfermería se acerque a tu casa y te ayude sin necesidad de mover al paciente es una ventaja añadida. También tenemos una modalidad que es el seguimiento crónico telefónico. Los tenemos localizados y hablamos con el paciente antes de que tenga la necesidad de ingresar. Evitamos ingresos conociendo al paciente y haciéndoles un seguimiento telefónico. Anticiparnos a sus problemas. Gestionamos las citas de las pruebas. No tiene que esperar tanto.

Eso significa menos ingreso hospitalarios...

No se busca bajar la estancia del paciente en el hospital. A nivel de gestión la UHD es muy eficiente. Somos la primera comunidad autónoma en camas extrahospitalarias. Es igual de seguro y es más confortable para la familia. Se valora el domicilio y el entorno, que los cuidadores puedan cumplir las condiciones que les ponemos. No es para

todos los pacientes. Solo si el paciente cumple una serie de requisitos puede acceder a este tratamiento. Salvando las distancias es un hospital a domicilio. El paciente si necesita hacerse alguna prueba más compleja como pruebas de imagen, tiene que venir al hospital. Los tratamientos intravenosos, ventilación, etc. se pueden hacer en el domicilio. La medicación también es hospitalaria.

¿Y vuestros retos?

Mejorar el conocimiento de los pacientes pediátricos paliativos y de perfil UHD por parte de los profesionales de ámbito hospitalario y en atención primaria. Pensar que nuestra unidad va

a mejorar la atención a estos pacientes complejos y poco a poco ir ampliando

nuestro ámbito geográfico de asistencia domiciliaria.



Forman parte del la UHD pediátrica Laura Murcia, Alba Pardo, Miguel Angel Fuentes, Maria Jesus Ferrandez, Ginés Sala, Cristina Zapata, Consuelo Vázquez, Iria Vázquez, Jose Pastor, Sofia Clar, Maribel Serrano, Rose Mari Vázquez, Angelica Garcia , Elisa Climent, Jose Antón Blasco, Nacho Izquierdo, Farah Zamora , Teresa Osuna, Fran Canals, Judith Abad, Virginia Gonzalez , Sonia Valero.

A los médicos que sean titulares de consultas o centros sanitarios

Con fecha 7 de septiembre de 2017 se publicó en el Diario Oficial de la Generalitat Valenciana la Orden 7/2017, de 28 de agosto, de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública (DOGV nº 8122 de 7 de septiembre de 2017). La Orden desarrolla el Decreto 157/2014, de 3 de octubre, por el que se establecen las autorizaciones sanitarias y se actualizan, crean y organizan los registros de ordenación sanitaria de la Consellería de Sanidad.

En la Disposición Transitoria Tercera de la Orden se establece que, los centros, servicios y establecimientos sanitarios, ya inscritos en el Registro Autonómico de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios a la entrada en vigor de la Orden 7/2017, de 28 de agosto de 2017, es decir, centros que ya cuentan con su número de registro sanitario, disponen de un plazo de tres años para comunicar, mediante declaración responsable (Formulario 5 - solicitud de actualización en

el Registro Autonómico de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunitat Valenciana)¹, que se mantienen las condiciones que motivaron su autorización.

Igualmente, en su Artículo 25 se establece que, los titulares de los centros, servicios y establecimientos sanitarios están obligados a comunicar cada cinco años, a contar desde la fecha de su última autorización de funcionamiento, modificación o renovación, al Registro Autonómico de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunitat Valenciana, mediante declaración responsable (Formulario 5), que se mantienen las condiciones del centro, servicio o establecimiento sanitario que motivaron su autorización, para mantener actualizado dicho registro.

Por tanto, los centros servicios y establecimientos sanitarios con registro en vigor a la fecha de publicación de la Orden,

deberán presentar por una única vez, la renovación, en el plazo de tres años, a contar desde la fecha de publicación el 8 de septiembre de 2017 el Formulario 5². Más tarde, como norma general³, la renovación será cada cinco años desde su última autorización de funcionamiento, modificación o renovación.

En ambos casos, transcurridos los plazos sin haber efectuado dicha comunicación, se abrirá expediente para la revocación de la autorización concedida.

Dr. José Ángel Sánchez Navajas
Jefe de Sección de Ordenación e Inspección Sanitaria

¹ Disponible en la página web de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública www.san.gva.es: Trámites y Subvenciones/Trámites Administrativos/Centros servicios y establecimientos sanitarios/Autorización sanitaria de centros, servicios y establecimientos sanitarios: apertura, modificación, supresión, traslado, o cambio de titular/Impresos asociados.

² Disposición Transitoria Tercera de la Orden 7/2017.

³ Artículo 25 de la Orden 7/2017.

X Curso de Formación para Padres de Adolescentes

Se ha celebrado en el Colegio de Médicos de Alicante, el X Curso de Formación para Padres de Adolescentes. Se trata del curso que organiza el Colegio de Médicos de Alicante y la Asociación de Pediatría Extrahospitalaria de la provincia de Alicante (A.P.E.P.A) desde el año 1994 para dar a los padres de adolescentes armas formativas con las que enfrentarse a la educación de sus hijos frente a la sociedad cambiante que nos rodea.

Cabe destacar el éxito que tienen estas jornadas, ya en su décima edición, ya que se analiza la difícil etapa que es la



adolescencia. Este encuentro busca asesorar a los padres de adolescentes de las problemáticas que se pueden encontrar en el día a día con sus hijos adolescentes. A lo largo de estos años, las temáticas han ido cambiando según los problemas que se han ido encontrando los pediatras al tratar con los jóvenes.

Este año, el curso que dirige el Dr. José Valdés ha tenido diversas charlas sobre las distintas problemáticas que presentan los adolescentes. El curso comenzó con la conferencia “conocer al adolescente”, donde se habló del papel de los padres y cómo el cine puede ayudar a la adolescencia. También se habló de la influencia de las nuevas tecnologías, de cómo tener acciones preventivas y del ciber acoso. Otra de las charlas ha sido las claves para la convivencia y las adicciones, ya sean tecnológicas como las drogas. Por último, el curso habló de la identidad sexual, buscando el respeto a lo diferente.

Los aficionados al golf se dan cita en el VII COMAgolf

El pasado 5 de noviembre, el Club de golf La Marquesa se convirtió de nuevo en escenario del Torneo de Golf COMAgolf, que este año llega a su séptima edición.

Todos disfrutaron de una jornada lúdica, compitiendo entre compañeros de profesión y demostrando cada uno su nivel de destreza.



Los ganadores fueron:

Damas

Paloma Martín Sobrino.
Josefina Montes Orts.

1ª CATEGORIA.

Francisco Murcia Herrero.
José Antonio Rodríguez Rico.

2ª CATEGORIA.

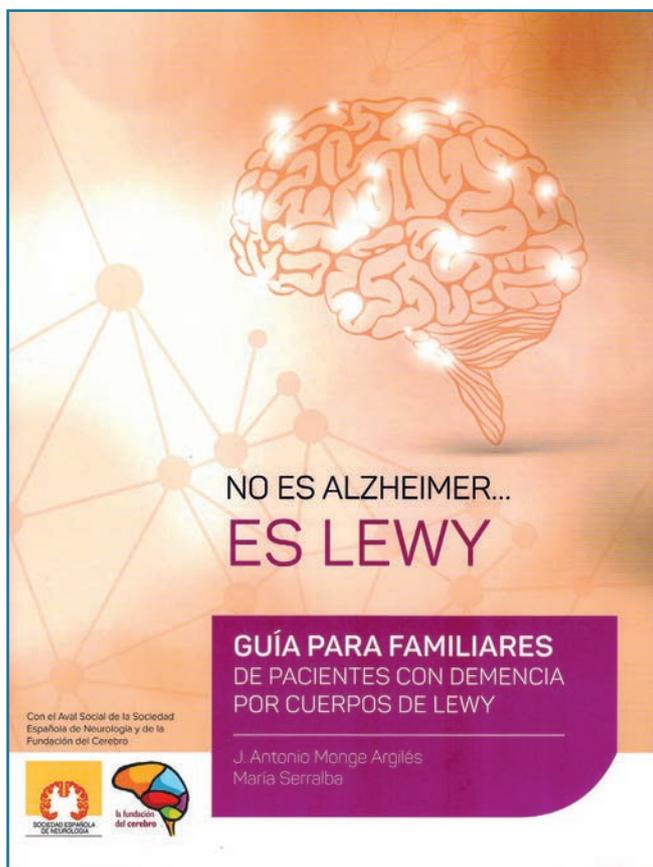
Joaquín Manuel Murcia Meseguer.
Miguel Ángel García Lillo.

En cuanto a los premios de bola más cercana los ganadores fueron, por un lado, Josefina Montesinos y Jose Martínez Soriano por el otro. Y el drive más largo correspondió a Mariló Carrillo Lorente y a Carlos Beneitez Gómez

No es Alzheimer... es Lewy

Quiero empezar agradeciendo a "Alicante Médico" la oportunidad que nos brinda de compartir nuestras opiniones y reflexiones con los colegas provinciales. Buena prueba de ello es que la publicación de mis "Reflexiones neurológicas sobre el Quijote" en el número 195 de la revista, ha llevado a varios compañeros de profesión a hacerme llegar sus amables y documentados comentarios. Entre ellos, destaca el del Dr. Fernando Ruiz García, que en el número 197, me felicita y emite su siempre bien fundada opinión, por lo que le estoy muy agradecido. En su artículo, se hace eco del diagnóstico que probablemente yo mismo hubiera emitido si un paciente real, con el cuadro clínico que presentaba D. Alonso Quijano, se presentara en mi consulta. Como decía en mi artículo anterior, se trataría de una demencia de Lewy (llamada de forma más completa demencia con cuerpos de Lewy), en la que podemos identificar estados confusionales autolimitados, alucinaciones (de preferencia visuales), ilusiones, síntomas extrapiramidales, síntomas disautonómicos y otros menos prevalentes como alteraciones del humor, de la memoria o del sueño REM, y todo ello debutando en una persona de avanzada edad.

Esta enfermedad, descrita de forma exhaustiva hace algo más de 25 años, es poco conocida. Por esta razón, pero sobre todo por la frecuente



desorientación que sufren los pacientes y sus familiares cuando se presenta esta dolencia, hemos publicado recientemente una guía para familiares de pacientes con esta demencia a la que hemos titulado "No es Alzheimer... es Lewy".

Para su redacción he tenido la suerte de poder contar con la inestimable colaboración de Dña. María Serralba, reconocida escritora alicantina y familiar directo de un paciente afectado. También estamos muy satisfechos de haber obtenido el aval social de la Sociedad Española de Neurología y de la Fundación del Cerebro para esta obra.

En la "guía" describimos la

historia de la enfermedad, desde el descubrimiento de la alteración anatómo-patológica por F.H. Lewy en 1912, hasta su definición clínica por un grupo de expertos en 1991. Después, detallamos el cuadro clínico, que como hemos indicado más arriba, puede ser muy florido y con síntomas que pueden aparecer de forma simultánea o aisladamente. En este apartado, cada uno de los síntomas está descrito desde 3 puntos de vista: la experiencia del paciente, la del familiar y la explicación neurológica. Esta novedosa forma de describir los síntomas de la enfermedad nos pareció la más fácilmente comprensible y clarificadora para

todas las personas interesadas.

Tras un capítulo que consideramos de enorme importancia llamado "Cuidar al cuidador", se llega al epílogo, donde de nuevo acercamos a D. Quijote a la visión del neurólogo actual.

Como el lector ya habrá adivinado, con este artículo y el anterior buscamos difundir el conocimiento de esta enfermedad, que resulta ser la segunda demencia degenerativa en frecuencia, después de la de Alzheimer, y cuya prevalencia va a aumentar en los próximos años, como ocurre con todas las enfermedades neurodegenerativas.

Para facilitar el acceso a la "guía" de forma libre y gratuita, se encuentra disponible en la dirección: <https://www.estevefarma.es/paciente-cuidador/guia-para-familiares-de-pacientes-con-demencia-por-cuerpos-de-lewy>.

Esperamos que esta obra cumpla los objetivos que nos hemos marcado y pueda ayudar, aunque solo sea de forma parcial, a las familias y sanitarios en la difícil tarea de cuidar a estos pacientes, a la espera de tratamientos que puedan curar esta compleja y grave enfermedad.

Dr. J. Antonio Monge Argilés
 Coordinador de la consulta de demencias
 Servicio de Neurología
 Hospital General Universitario de Alicante
 e-mail: monge_jos@gva.es

17 de Octubre de 2017

Excursión a Murcia



Continuando con el ya casi habitual plan de viajes que se vienen organizando desde nuestra Voca-lía, contando, como siempre, con la inestimable colaboración de Rosa Catalá, el pasado día 17 de Octubre realizamos una nueva excursión (ya es la cuarta), para visitar Murcia, ciudad que, por su proximidad, puede ser la gran desconocida para muchos de nosotros.

Como es habitual, el viaje se inició a las 8,30 y algunos minutos, inevitables cuando se trata de un grupo de participantes y aun así lamentamos que una colega no pudiera acompañarnos porque, cuando llegó al Colegio, punto de partida, ya estaba nuestro autocar en las afueras de Alicante. Este incidente nos ha enseñado que, en una próxima ocasión, los inscritos dispondrán de un número de teléfono al que dirigirse por cualquier incidencia, como la citada, en la que, circunstancias imprevistas impidieron llegar desde Elda a la hora programada. Tomamos nota para obrar en consecuencia. Como es habitual, además de nuestro correspondiente seguro de viaje y un novísimo autocar, fuimos acompañados por una guía de la Agencia de Viajes y

en Murcia ya nos esperaba otra guía para acompañarnos durante toda la jornada.

Iniciamos la visita a pie para dirigirnos al Museo Salzillo, donde pudimos admirar su soberbia imaginería con los famosos "Pasos que recorren las calles de Murcia en Semana Santa".

Tras esta visita, y recorriendo a pie algunas calles del centro, nos dirigimos a la Catedral que, construida a lo largo de 4 siglos sobre lo que fue una anterior mezquita, nos impresionó por su sorprendente fachada vista desde la Plaza del Cardenal Belluga. Una de sus torres es la segunda de España en altura (95 m con la veleta) En su interior, a parte su imponente arquitectura, (gótico, renacimiento y barroco) pudimos detenernos y contemplar la maravillosa capilla de los Vélez.

Desde la misma plaza pudimos contemplar el palacio arzobispal con su magnífica escalera y el contraste del edificio Moneo.

Tras esta visita dispusimos de tiempo para descansar y recorrer las calles circundantes de la ciudad, antes de disfrutar de una

buena comida en un ambiente de saludable confraternidad, uno de los mayores atractivos de estos encuentros que nos sacan de nuestro aislamiento y en ocasiones soledad.

Tras la comida, ya entrada la tarde, nuestro autobús nos trasladó al Santuario de la Fuensanta, donde tuvimos tiempo de visitar, con el debido sosiego, tanto el interior de la Iglesia como todo el conjunto arquitectónico, antes de iniciar el retorno a nuestro punto de partida, al que llegamos próximas las 9 de la noche.

La filosofía que preside la organización de estas excursiones es la de no solicitar ningún tipo de ayuda económica a nuestro Colegio, lo que nos permite poder invitar a participar en ellas a nuestros amigos y familiares, aunque no sean colegiados. Esta circunstancia nos ha permitido, en las últimas excursiones, alcanzar el mínimo número de participantes exigido para hacer viable el viaje en grupo y en las condiciones ofertadas.

Con ganas de repetir ya en la próxima primavera otra excursión, pudimos despedirnos cordialmente, unos de otros, con un "hasta la próxima".

Dr. Fausto Gómez Guillén

Carta a los tutores docentes

Estimados compañeros Tutores Docentes: me dirijo a vosotros para informaros sobre el desarrollo y actividades iniciales de la vocalía nacional de Médicos Tutores y Docentes creada en el seno de la Organización Médica Colegial (OMC) hace menos de 1 año. Es una iniciativa necesaria para la estructuración del colectivo de tutores, y mejorar tanto la calidad de su trabajo como el reconocimiento del mismo.

La vocalía como parte de la OMC, tiene como misión principal defender los derechos y valores de los médicos tutores, ciñéndose a la formación MIR postgrado, puesto que los aspectos de formación de grado le corresponderían a la vocalía de Administraciones Públicas.

Como Vocal Nacional ha sido elegido tras votación entre los vocales de los colegios provinciales el Dr. Francesc Feliu Villarò, del Colegio de Tarragona.

EL estado actual de este colectivo es muy heterogéneo, hay muchas provincias que aún no tienen esta vocalía en sus Colegios y están pendientes cambios en sus estatutos para crearla. De los 52 Colegios Oficiales de Médicos, a fecha de hoy, hay representante provincial en 30 de ellos. Los tutores, fundamentalmente los hospitalarios, están en una situación de dispersión y desunión a nivel nacional, sin disponer de un marco norma-

tivo común que aborde aspectos fundamentales como el reconocimiento de méritos o un programa formativo para tutores, por citar 2 ejemplos.

Durante esta fase inicial de la vocalía, se han definido unos grupos de trabajo sobre aspectos concretos: marco normativo, formación específica, carga burocrática/tecnologías de información y comunicación, documento oficial acreditativo y evaluación del MIR.

Como final, reconocer la importancia de actuar como un verdadero colectivo unido, con el aval de la OMC, para conseguir mejoras significativas y generalizadas para nuestra labor docente.

Aprovecho la ocasión para rogaros que comprobéis que estáis dentro del censo de tutores en cada Unidad de Docencia de los Departamentos o de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.

Quedo a vuestra disposición si queréis cualquier información adicional.

Recibid un afectuoso saludo:

Dr. Hermann Schwarz Chávarri.
Vocal de Médicos Tutores y Docentes del COMA.

La sede de Torrevieja cumple años

La sede de Torrevieja cumple 8 años ofreciendo servicio y atención al colegiado en las zonas de Torrevieja y Orihuela. Se encuentra ubicada en la planta baja del Hospital Quirónsalud Torrevieja, enfrente de la UCI.

La sede cuenta con los siguientes servicios: **Atención al Colegiado.** Colegiaciones, talonarios de recetas (jubilado, privadas, estupefacientes), solicitud duplicados de carnés, actualización expediente personal, actualización caja de auxilio, registro de títulos, emisión de certificados,

tramitación VPC-R, reconocimiento de firmas...

SEMECO: Seguros Médicos Colegiales. Información detallada de las coberturas aseguradoras a nuestros colegiados y familiares, incluyendo la revisión de todas las pólizas contratadas. Como no, se ofrece la mejor opción para la contratación de su Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, alternativa a autónomo MEL y en el resto de los ramos tales como Hogar, Auto, Vida, Incapacidad Temporal...

INFOMECCO: Servicios Informáticos Colegiales. Información y venta a precios exclusivos para nuestros colegiados. Contamos con nuestro Servicio Técnico y atención comercial especializada. Amplio catálogo en material informático y multimedia. Financiación sin intereses. (Consultar condiciones).

El teléfono de la sede es 966921301 - 628853321

La información al paciente



Dr. Fernando Rodes Lloret y Dra. Mar Pastor Bravo.

Médicos forenses. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Alicante

Toda persona tiene derecho a ser informada de forma veraz sobre cualquier actuación en el ámbito de su salud. La información al paciente y el consentimiento informado son dos pilares básicos del ejercicio profesional en medicina que en ocasiones suscitan dudas y no pocas veces son objeto de controversia. Información y consentimiento son dos conceptos que van unidos ya que un paciente no puede consentir, si no está convenientemente informado.

Aunque, en ocasiones pueden plantearse algunas dudas, como: ¿la información tiene que ser por escrito o es suficiente con informar verbalmente?, ¿a quien hay que informar: al propio paciente, a un familiar?, si se trata de un menor, de un incapaz, o de un paciente psiquiátrico que carece de la capacidad necesaria

para entender la información, ¿hay que informarle directamente a él, a un familiar, a su representante legal?, en el caso de que un paciente no quiera recibir información, ¿qué debe hacer el médico?...

Se trata de un tema de vigente actualidad que plantea al médico una problemática que abarca tanto cuestiones legales como deontológicas y éticas. Las legales vienen recogidas en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y en la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana mientras que las deontológicas y éticas están recogidas en el Código de deontología médica. Guía de ética médica de la OMC.

Titular del derecho a la información
La legislación es clara: el titular del derecho a la información es el propio paciente, aunque en la medida que éste lo permita de manera expresa o tácita,

también serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho. La información debe transmitirse directamente al paciente, a las personas por él designadas o a su representante legal.

¿Información verbal o escrita?

Como regla general se informará verbalmente dejando constancia en la historia clínica.

¿Qué debe incluir como mínimo la información?

La información médica debe contener como mínimo la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

¿Cómo debe ser la información?

La información será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. Se deberá informar con ponderación y prudencia y

cuando la información incluya datos de gravedad o mal pronóstico el médico se esforzará en transmitirla con delicadeza de manera que no perjudique al paciente.

Paciente en huelga de hambre

El médico deberá informar a la persona que ha iniciado una huelga de hambre sobre las consecuencias del rechazo a la alimentación, así como de su previsible evolución y pronóstico. Respetará la libertad de quienes decidan de forma consciente y libre realizar huelga de hambre, incluidas las personas privadas de libertad, pudiendo acogerse a la objeción de conciencia si fuese obligado a contrariar esta libertad.

Menores

Los menores emancipados y los mayores de 16 años son titulares del derecho a la información. Al resto de menores se les dará información adaptada a su grado de madurez y, en todo caso, cuando sean mayores de 12 años, debiendo informar plenamente a los padres o tutores, que

podrán estar presentes durante el acto informativo a los menores.

Incapaces

El paciente declarado judicialmente incapaz será también informado, adecuando la información a sus posibilidades de comprensión. Asimismo, se informará también a su representante legal.

Trastorno mental o trastorno físico que anula la capacidad de entendimiento

Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

Paciente que no desea ser informado

El médico debe respetar el derecho del paciente a no ser informado. En estos casos, se hará constar su renuncia en la historia clínica, pudiendo designar por

escrito o de forma indubitada a un familiar u otra persona a quien se le facilitará toda la información. La designación podrá ser revocada en cualquier momento.

No obstante, podrá restringirse el derecho a no ser informado cuando sea estrictamente necesario en beneficio de la salud del paciente o de terceros, por razones de interés general o por las exigencias terapéuticas del caso.

Estado de necesidad terapéutica

Entendemos por necesidad terapéutica la facultad que tiene el médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave.

En esta situación, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

Receta privada

Desde del 21 de enero de 2013 los profesionales médicos con asistencia privada deben utilizar el nuevo modelo de receta médica regulado en el RD 1718/2010 del Ministerio de Sanidad publicado el 20 de enero de 2011. La última regulación de la receta médica databa de 1984 y la norma actual ha tratado de adaptarla a la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios promulgada en 2006. La normativa anula toda receta médica elaborada en imprentas particulares, impresoras u ordenadores de la consulta privada.

La receta médica privada, al igual que la pública, ya es un documento normalizado y obligatorio mediante el cual los médicos prescriben a los pacientes medicamentos sujetos a prescripción médica para su posterior dispensación en las oficinas de farmacia. Supone un medio fundamental

para la transmisión de información entre profesionales sanitarios y una garantía para los pacientes. Tiene un formato homogéneo para todo el territorio nacional y su implementación contribuye a mejorar el uso adecuado de los medicamentos, a simplificar la tarea de los profesionales médicos y a reforzar las garantías de los ciudadanos evitando el intrusismo y las falsificaciones.

El código de verificación electrónica (CVE), que asocia un código de barras al número de receta, permite comprobar a qué médico en concreto ha sido asignado un determinado talonario, a qué Colegio pertenece el facultativo prescriptor, su especialidad, así como el medicamento y la farmacia que lo ha dispensado. El código CVE permite la trazabilidad de la receta, algo novedoso y permite dar un salto de calidad en la prescripción médica privada y

pone en valor el insustituible papel de los Colegios de Médicos.

Para facilitar que los médicos con asistencia privada de nuestra provincia puedan ajustar sus prescripciones a las exigencias de formato, validación, autenticación y verificación a que obliga el modelo de receta privada oficial, el Colegio de Médicos de Alicante ha puesto a disposición de los profesionales médicos privados este sistema especializado para que el médico prescriptor pueda disponer de cuantos lotes y talonarios de la nueva receta médica privada oficial desee, para su cumplimentación manual o informatizada que pueden ser solicitadas desde la página web del colegio www.e-coma.es; En el epígrafe de Ventanilla única podrá solicitarlas en el área de colegiados.

Dr. Miguel Fuster

Sanidad y Universidad: sombras y luces en Montreal (Canadá)

Dr. Salvador Pertusa Martínez

Centro de Salud de Cabo Huertas (Alicante)

Hace tres años, aproveché meses de formación como tutor docente de médicos de familia en la Unidad Docente de Medicina de Familia de Alicante para realizar una estancia en New Jersey, EE.UU1; el pasado mes de mayo de 2016, pasé dos semanas como Visiting Scholar (profesor visitante) en el Departamento de Medicina de Familia de la Universidad McGill de Montreal, Quebec, Canadá. Mi idea inicial era conocer el funcionamiento de un prestigioso Departamento universitario de Medicina de Familia, pero en ningún momento quise renunciar a conocer la realidad sanitaria del país del que tanto y tan bueno había leído.

En las próximas líneas, intentaré reflejar mis experiencias como médico tutor y como médico clínico en Montreal, una ciudad muy cosmopolita y abierta que me ha sorprendido muy gratamente. Y conviene matizar que únicamente hablaré de Montreal, ciudad de la provincia francófona de Quebec, una de las 10 provincias y 3 territorios en que está dividido Canadá. Y digo esto, porque la gestión y organización de los servicios sanitarios son competencias provinciales de la confederación canadiense y, aún regidas por la misma Canadian Health Act de 1984, parece que existen importantes diferencias en el gobierno y el funcionamiento de los sistemas de salud de las diferentes provincias canadienses.

En realidad, he vivido dos mundos muy diferentes: la Universidad y la Consulta. Del Departamento de Medicina de Familia de la Universidad de McGill solo tengo palabras de elogio. Desde su Director, Dr.

Howard Bergman, hasta los estudiantes de MSc y PhD, muchos de ellos internacionales, pasando por el personal académico, de investigación y administrativo con los que me relacioné allí durante mi estancia, tengo que señalar que han sido excelentes colegas, me han tratado de forma exquisita y me han ofrecido todo lo que se puede ofrecer a un invitado español. Es más, me ofrecieron la oportunidad de hablar de nuestro Sistema Nacional de Salud español, de la formación de los médicos de familia españoles y de la presencia de nuestra especialidad en la Universidad en uno de sus seminarios. Con mi presentación titulada "The impact of a new Curriculum in Medicine: insights from Spain" (El impacto de un nuevo plan de estudios en Medicina: puntos de vista desde España) intenté explicar a nuestros colegas canadienses e internacionales el funcionamiento de nuestro SNS.

Como médico de familia no puedo menos que mostrar envidia sana por la organización y el trabajo de este prestigioso Departamento de Medicina de Familia, que este año ha celebrado su 40º aniversario con distintas celebraciones y reuniones académicas, en el que se respira nuestra especialidad por todos los rincones. Contrariamente a lo que ocurre en nuestro país, la formación de médicos residentes en Canadá es responsabilidad de los Ministerios de Educación de las diferentes provincias canadienses. Aunque la Residencia en Medicina de Familia solo dura dos años, las plazas de formación para médicos de familia suponen en torno al 40 % de todas las plazas ofertadas para la Residencia en Canadá. Solo en el Departamento de Medicina de

Familia de McGill (una de las 17 facultades de Medicina del país) se forman actualmente unos 200 médicos residentes al año (R1 y R2).

La Medicina de Familia es importante no solo a nivel de formación durante la Residencia, sino también durante los estudios de Medicina, que en Canadá duran cuatro años y no seis como en España. En este sentido, el Dr. Bergman me informó que el nuevo currículo MDCM (Doctor en Medicina y Maestro en Cirugía) de McGill, en vigor desde el año académico 2013-2014, incluye lo que allí llaman el Longitudinal Family Medicine Experience (LFME) (Experiencia longitudinal en Medicina de Familia), un programa de formación en el cual todos y cada uno de los estudiantes tiene asignado un preceptor en Medicina de Familia en la comunidad, con el que pasa entre 16 y 20 medias-jornadas de consulta repartidas durante todo el primer año de carrera.

Admito que salí de allí totalmente impregnado de Medicina de Familia Universitaria e Investigación y recordando, no sin gran pesar, que en España todavía estamos en pañales en este asunto. Qué gran modelo a seguir sería esta Institución para nuestros responsables políticos y universitarios. Aunque también me traje el compromiso de sus responsables de ayudarnos a montar Departamentos similares en nuestras Universidades, si algún día entendemos que la Medicina de Familia debe formar parte de los estudios universitarios, y creemos que ello es posible en nuestras Universidades.

En cambio, la consulta médica en Montreal..... ¡Qué decepción! Canadá ha



sido siempre para nosotros un país rico, socialmente muy avanzado y con un sistema sanitario modélico, de referencia; o al menos lo fue en el pasado. Con el paso de los años y la crisis económica mundial, parece que las cosas han cambiado mucho, al menos en esta ciudad (a peor, me dicen mis interlocutores de Quebec) en estos últimos tiempos. He tenido la oportunidad de recabar opiniones de diferentes médicos que trabajan allí y de acompañar a dos de ellos en tres clínicas diferentes y los comentarios que verteré a continuación son fruto de esos días de conversaciones e inmersión práctica en la realidad clínica de Montreal.

Una colega accedió amablemente a que la acompañara durante sus sesiones de trabajo en las clínicas en las que colabora. Aunque es médico de familia, tiene especial interés por Pediatría y control de las mujeres embarazadas. En la primera clínica, de gestión privada, vi cómo atendía a numerosos pacientes, madres y niños, en sus días de consulta. Trabaja con historia clínica en papel aunque puede conectarse por internet con su hospital de referencia para realizar determinadas consultas. La disposición de los despachos y la forma de trabajo son muy similares a las de la clínica del Dr. John Gumina de Nueva Jersey, EE UU, que visité en 2013. Es patente la influencia de los Estados Unidos en muchos aspectos de la vida canadiense. Y aún en la provincia francófona de Canadá, no cabe ninguna duda de que estamos en Norteamérica.

Es importante indicar que aunque el Sistema Nacional de Salud (SNS) canadiense es de financiación pública, los médicos son profesionales de la salud

autónomos que deciden libremente si se quieren afiliar al sistema público de la salud (la inmensa mayoría) o no. Se trata, pues, de un sistema de Seguridad Social que comparte con los modelos de Servicio Nacional de Salud como el inglés o el español la existencia de un solo "asegurador", es decir, el Estado, pero en el que los médicos no son empleados estatales sino proveedores "privados" – con todo lo que esto conlleva...

Pero un hecho llama poderosamente mi atención de inmediato: me indican que existen listas de espera importantes para acceder al médico de familia y que, en algunos casos, ¡hasta el 30 % de los ciudadanos! no tiene asignado un médico de familia de referencia. Mientras mi colega sale un momento de la consulta, la paciente, de origen sudafricano y madre de 3 niños judíos, me comenta las importantes diferencias entre la sanidad sudafricana y canadiense y sus quejas por las demoras en los servicios, a la vez que le indico algunos aspectos de la nuestra. La enfermera que trabaja en el despacho anexo parece funcionar, en principio, como las nuestras y la veo realizar los cuidados de puericultura de los niños a su cargo ese día.

Mi colega me proporciona más datos de su trabajo: 1) cobra por acto médico. La clínica le paga por cada visita que realiza (ve unos 25 pacientes al día en horario de 9 a 17 horas; algunas visitas de 2-3 niños le llevan más de 30 minutos) y tiene que pagar sus impuestos y cotizar para su futura pensión. Me comentan que en Canadá los médicos son un poderoso grupo de presión con gran poder de decisión en relación a la política, la

gestión y la organización sanitarias. Así, desde el año 2002, muchos médicos de familia se han constituido voluntariamente en lo que en Quebec llaman grupos de medicina familiar (o GMF), los cuales responden a la tendencia internacional de proporcionar servicios y cuidados de atención primaria a través de grupos multidisciplinarios. El modelo GMF de Quebec me recuerda mucho el modelo inglés de GP partners vivido en persona hace 10 años (el gobierno paga a estos centros per cápita para que proporcionen los cuidados médicos a los ciudadanos registrados en ellos). Algunas prestaciones no están incluidas en su cartera de servicios: fisioterapia, salud mental, algunos medicamentos, etc. 2) Solo acude a esta clínica 2-3 días a la semana por lo que la lista de espera de los pacientes se acumula. Existen, sin embargo, las llamadas clínicas walk in, es decir, consultas donde determinados médicos prestan su servicio visitando a pacientes sin cita previa (sólo un motivo de consulta).

Con esta misma colega acudo también al otro centro de salud donde presta sus servicios, una Unidad Docente de Medicina de Familia ubicada en las instalaciones de uno de los hospitales terciarios de Montreal donde realiza actividades como tutora docente de médicos residentes de Medicina de Familia. La organización de este servicio me llama mucho la atención: los médicos residentes son supervisados mientras pasan consulta mediante cámaras de televisión instaladas en las consultas. Existe una sala de control con diversos monitores y ordenadores donde los tutores inspeccionan el trabajo de esos residentes viendo y

oyendo las entrevistas clínicas en tiempo real y aconsejando y resolviendo las dudas que les plantean esos médicos. Un método muy novedoso para mí, que me ha resultado muy interesante.

Durante mi visita a este centro conocí a otro médico de familia tutor que me informó de otros asuntos muy interesantes sobre el sistema de salud canadiense: 1) Los médicos no pueden compatibilizar su práctica en el seno del sistema público con la práctica en el sector financiado con fondos privados. 2) El sueldo medio anual de un médico de familia en Montreal es de unos 250.000 dólares canadienses, es decir, unos 175.000 euros, de los que deben descontar los impuestos que, en ocasiones, llegan al 40-50 %. 3) Las modalidades de trabajo de los médicos de familia son muy diversas: práctica en clínicas y policlínicas, en centros de salud comunitarios, en departamentos de medicina familiar de hospitales comunitarios y terciarios, en establecimientos de larga estancia. Con ciertas variaciones según la especialidad, el modo de remuneración más frecuentes, como he comentado anteriormente, por acto médico, siendo el sistema de facturación al gobierno regido por la Regie de l'assurance maladie du Quebec (RAMQ) extremadamente complejo 4) La mayoría de los centros de salud o clínicas NO están informatizados aunque algunos de ellos han iniciado este proceso recientemente. 5) El tiempo dedicado a cada paciente es de unos 20 minutos.

Tras nuestro interesante encuentro, este colega me invita a acompañarle a la clínica privada donde trabaja, en el centro financiero de Montreal, clínica de lujo que cuenta con 10 médicos de familia y 15 especialistas y resto de personal de apoyo hasta unas 50 personas. Re-

conocidos como GMF, me comenta que actualmente existen unos 50 grupos de médicos de familia en la ciudad de Montreal. Compruebo enseguida que su trabajo es muy parecido al mío y, por su edad similar y por nuestro común trabajo e intereses profesionales, siento que enseguida surge una buena relación entre nosotros. Le acompaño en su consulta durante toda la mañana en la que ve unos 12 pacientes con diferentes problemas de salud, pero al tratarse de una sesión sin cita previa, solo atiende un motivo de consulta por paciente. Con pesar, admite demoras muy importantes en el acceso de sus pacientes a los especialistas y las pruebas complementarias (una Resonancia puede demorarse hasta ¡un año!). Un paciente canadiense me comenta su preocupación por la deriva de su SNS, sobre todo el deterioro en la atención prestada en los hospitales y señala con nostalgia “no como hace 20-30 años, en los buenos tiempos, cuando te atendían muy bien y no ahora que les interesan más los asuntos económicos que los pacientes”. El médico de familia solicita las diferentes pruebas diagnósticas y el paciente tiene libertad para hacerse las donde quiera (hospital, clínicas particulares, laboratorios particulares) y tiene que pagar una parte de su coste. El médico, a su vez, cobra por acto médico en función de la asistencia que presta al paciente: 1) básica, unos 20 dólares; 2) más completa (con exploración física), unos 40-50 dólares; 3) completa, con pruebas complementarias aparte, unos 70 dólares.

En resumen, mientras que no puedo sentir más que admiración por el desarrollo de la Medicina de Familia como disciplina académica, en lo que a los aspectos asistenciales se refiere, la otrora modélica Canadá (o al menos esta ciudad de la

provincia de Quebec), me parece que ya no es lo que fue. Por lo que yo he podido ver en Montreal, su sistema de prestación de servicios y cuidados de salud deja bastante que desear, sobre todo en términos de accesibilidad y coordinación de los servicios. Y no parece que hayan encontrado de momento buenas soluciones a los problemas que aqueja el sistema; esto contrasta con la excelente formación académica universitaria de sus médicos de familia.

Nuevamente me siento cómodo y orgulloso de la formación recibida en España y del funcionamiento, con problemas, sí, de nuestro SNS, ya que los médicos de familia españoles no tenemos absolutamente nada que envidiar a ningún colega de ningún otro país desarrollado del mundo, al menos en mi experiencia en el mundo anglosajón, y nuestro SNS no tiene parangón con los modelos experimentados.

Y con este sentimiento ambivalente de mi estancia canadiense (universidad-clínica), regreso a mi cuartel general a intentar seguir dando lo mejor de nuestro trabajo y experiencia a nuestros pacientes. ¡Aquellos buenos tiempos!

Agradecimientos: a la Dra. Charo Rodríguez, Profesora Asociada del Departamento de Medicina de Familia de la Universidad McGill de Montreal, Quebec, Canadá y Directora del Grupo de Investigación en Educación Médica del mismo, que con gran amabilidad y eficacia hizo posible mi estancia canadiense.

Bibliografía

Pertusa S. Medicina socializada frente a Medicina capitalista: ¿personas o dinero? Editorial Semfyc. Atención Primaria 2013; 45 (9): 445-447.

Vivir dignamente hasta el último segundo



Cuando hablamos de la vida, nadie discute ni cuestiona acerca de la importancia y la necesidad de que ésta sea digna. Todos los ordenamientos jurídicos atienden, de manera más o menos exhaustiva, los derechos de las personas para que puedan disfrutar de una vida basada en normas y leyes que garanticen las necesidades básicas de un ser humano, su derecho a una vivienda, a un trabajo, a la educación y por supuesto, a la salud. Incluso es objeto de regulación jurídica con carácter internacional. Sin embargo, algo tan evidente e incuestionable como esto, es tema de controversia y debate social, cuando de lo que se trata es de regular los derechos y garantías de la dignidad de una persona, en el proceso de atención al final de la vida, o lo que es lo mismo, en el momento de su muerte.

Tal vez sea así porque el lenguaje en ocasiones viene cargado de connotaciones subjetivas y morales, que nos condicionan casi sin darnos cuenta. La muerte es fundamentalmente eso, el final de la vida, una etapa más de un proceso vital que, por inclusión, debería contar tam-

bién con las mismas garantías y derechos que ésta.

Estos días se ha aprobado el borrador del anteproyecto de ley de la Generalitat Valenciana, que regula los derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida. Una ley necesaria porque la vasta y detallada experiencia de los profesionales sanitarios ha puesto de manifiesto que, la mayoría de las personas desean ser escuchadas en sus voluntades finales, disponiendo de su vida hasta el último momento y porque, es un deber de los poderes públicos, dar respuesta legal al debate social generado, que concluye con la necesidad de legislar al respecto.

Aliviar el sufrimiento del ser humano es un derecho y los derechos son objetivos, alejados de juicios morales. La ley humaniza la asistencia y permite morir en paz y sin sufrimiento, respetando en todo momento, la decisión del paciente, evitando la obstinación terapéutica y decidiendo, de manera consensuada, la retirada o no de medidas de soporte vital.

Se trata además de una ley con efecto

expansivo respecto a sus beneficios porque, si bien se centra fundamentalmente en el paciente, también el personal sanitario se ve beneficiado por una regulación que le sirve de paraguas legal y procedimental en situaciones que conllevan un importante estrés emocional y profesional. En definitiva, se trata de respeto por la vida, en esa etapa llamada muerte. De respeto por la voluntad del paciente, por sus seres queridos y por la labor de los profesionales sanitarios, lo que, en mi opinión, supone un gran avance para nuestra sociedad.

Y sé muy bien de lo que hablo porque conviví con ello cada día. El Hospital de San Vicente del Raspeig cuenta con una unidad de cuidados paliativos, atendida por un equipo multidisciplinar que tiene un alto grado de satisfacción entre los pacientes y familiares atendidos y que, además, es una unidad de referencia en la Comunidad Valenciana. Por eso, todo aquel que se haya tenido que enfrentar a la dura situación de la muerte de un ser querido, en procesos lentos e irreversibles, coincidirá conmigo en que esta ley no es más que la voz de todos ellos.

Dra. María Ángeles Rueda Puente

Chequeo a la Asistencia Sanitaria Áreas de Urgencias Hospitalarias



Según el diccionario de la REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA con el término chequeo se entiende examen, control, cotejo, mas allá de lo que consideramos en la práctica clínica como reconocimiento médico general.

En este artículo limitaremos el chequeo a las urgencias que se atienden en la antesala de los grandes hospitales.

La Asistencia Sanitaria es un proceso complejo difícil de estructurar, que lo podríamos representar en un poliedro con numerosas caras o áreas en las que se articulan cada una de las prestaciones asistenciales que proporciona el Sistema Nacional de Salud, unas más complejas y costosas que otras y lo que es más importante la necesaria inmediatez de cumplirlas como es el caso de las urgencias médicas que se atienden en el área de urgencias de los grandes hospitales. Esta es una necesidad cotidiana, en la que se dan procesos vitales que hay que atender con diligencia para minimizar mortalidad y secuelas para los pacientes.

Hay ostensibles evidencias reflejadas en las quejas de los ciudadanos y en la panorámica visual que ofrecen las dependencias del área de urgencias: plétora de pacientes y acompañantes, larguísimos tiempos para decidir el destino del paciente, bien alta para tratamiento ambulatorio, bien para ingreso en los servicios intrahospitalarios.

Vaya por delante que el personal asistencial de urgencias es de alto nivel de competencia, a la cabeza del cual están los médicos de urgencia, que actualmente reclaman tener el título de Especialista de Urgencia, que se ven obligados a realizar diagnósticos y tratamientos exprés ante la alta presión asistencial, lo cual pone en evidencia una necesidad de hacer una profunda reestructuración con nuevos planes estratégicos.

Existen en los Servicios de Urgencias de los actuales grandes hospitales unos protocolos rígidos, con una serie de escalones, tramos y rutinas de obligado paso que agiganta todo el proceso asistencial, tanto para el paciente de patología pequeña como para la mayor, comenzando por el triaje que clasifica a los pacientes según su sintomatología, que se continua con la práctica de la historia clínica, toma de constantes y exploración clínica, solicitud de pruebas, prescripción de maniobras terapéuticas urgentes o iniciales, en el área de urgencia; Tras lo cual el paciente espera en una cama cumpliendo el plan asistencial, en general largo tiempo.

Todo este variado y complejo proceso origina una acumulación de pacientes y acompañantes y crea en los espacios de urgencias una plétora humana demandadas por la alta demanda asistencial creando inquietud y protestas de los ciudadanos.

La solución a esta incomoda y agobiante

situación que sufren los servicios de urgencia de la mayoría de grandes hospitales, requiere una nueva estrategia y planificación de esta trascendente prestación de los servicios sanitarios, que tenga en cuenta la masificación de la demanda de los pacientes hacia el hospital; agilizar la realización de pruebas diagnósticas, que deben ser proporcionales a la sospecha diagnóstica y gravedad de los síntomas y toma de decisiones en cuanto al probable destino del paciente, en especial en aquellos casos que su ingreso se percibe como obligado.

El poner en marcha el plan estratégico adaptado a las necesidades de los tiempos actuales, exige la participación de todos los niveles de la organización sanitaria, comenzando por los Directores, continuando con los Jefes de Servicios de todas las especialidades, personal de enfermería y completándose con el resto de trabajadores de la Sanidad.

La ruta asistencial de urgencias debe ser una "autopista" que sustituya a los "caminos de montaña" que en muchos casos se dan al día de hoy.

Dentro del plan debe atenderse a un aspecto transcendental la educación del ciudadano en el uso razonable de las vías de urgencia hacia el hospital, para lo cual hay que poner a su disposición los servicios de urgencias de los Centros de Salud a los que se les debe dotar de un mínimo de técnicas

diagnósticas que prestigien estos centros, y lo que es más importante, incrementaría la confianza de los ciudadanos en sus centros de salud.

El área de urgencias del Hospital es de todos los facultativos que pertenecen a la plantilla, más allá de ser el espacio de los médicos “urgenciólogos”, ya que el resto de los especialistas con presencia física en el Hospital deben estar diligentemente conectados con el área de urgencias y a ser posible con proximidad física que les haga sentir el “latido” de lo que está pasando en aquella y adecuando su colaboración a la intensidad de la demanda en cada momento.

Hoy la política sanitaria está más por la línea de las campañas de prevención, lo cual es muy necesario y con futuro, en la que los planes novedosos y con repercusión mediática y meritoria para los gestores del momento, lo que conlleva que las medidas para mejorar lo cotidiano pasen a un segundo plano. La oferta de progra-

mas de detección precoz a la población es saludable y beneficioso, al cual se acude voluntariamente, pero el ir a urgencias es necesario, vital y cotidiano, por lo cual debe estar presente prioritariamente en la gobernanza de la asistencia sanitaria.

Me permito el atrevimiento de proponer las bases para un plan estratégico de mejoras en la prestación sanitaria de urgencias hospitalarias:

- 1.- Información al ciudadano en relación con una eficaz asistencia en sus Centros de Salud, con médicos suficientes de urgencias, que reducirían la llegada al Hospital como primera acción.
- 2.- Agilizar los trámites en la ruta hospitalaria entre urgencias hasta llegar al médico del primer nivel.
- 3.- Pruebas diagnósticas ajustadas a la probable patología del paciente para no sobrecargar los servicios centrales.
- 4.- Integración con proximidad real entre los médicos de la puerta de urgencia, a los que se les exige un “diagnóstico exprés”, y el resto de los especialistas

de guardia con presencia física en el Hospital.

- 5.- Toma de decisiones rápidas para aquellos procesos que el buen ojo clínico indica ingreso hospitalario y de este modo evitar la acumulación de camas en el área de urgencias.
- 6.- Crear la función de coordinador general de urgencias, implementando la misión del jefe de la guardia, lo que aumentaría la eficiencia del sistema.

Es necesario hacer realidad el concepto de INNOVACIÓN en la asistencia en urgencias, para lograr la calidad total y es necesario que los dirigentes políticos de la sanidad no permanezcan complacidos por la frase de que tenemos la mejor sanidad del mundo y su contrato se logre que la cara del poliedro que corresponde a urgencias sea llama luminosa y brillante, fiel reflejo de una de las mejores sanidades del mundo, como es la española.

Dr. Antonio Arroyo Guijarro






CAMBIAR ES SEGUIR MOVIÉNDOSE HACIA DELANTE

EN MUNDICAR NOS RENOVAMOS PARA CONTINUAR NUESTRO CAMINO CONTIGO

MUNDICAR
 Calle del Mar, esquina N-332, S/N. 03550 San Juan de Alicante
 Telf. 966 29 22 94
mundicar.jaguar.es mundicar.landrover.es

Gama Jaguar: consumo combinado 3,8 - 11,3 l/100 km, emisiones de CO₂ 99-269 g/km. Gama Land Rover: consumo combinado 4,2-12,8 l/100 km, emisiones de CO₂ 109-299 g/km.

Artritis Reumatoide y terapia de depleción de linfocitos B: relaciones entre la expresión de receptores del factor activador de linfocitos B y los patrones de recaída clínica

La presente tesis doctoral forma parte de una amplia línea de investigación en linfocitos B desarrollada en University College London, Reino Unido, entidad en la que trabajé como reumatóloga e investigadora predoctoral entre los años 2010-2012.

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica inflamatoria crónica con afectación articular y extra-articular. Es la artropatía inflamatoria más frecuente, afectando al 0,5-1 % de la población general. La AR y otras patologías autoinmunes se caracterizan por la producción de autoanticuerpos. El manejo de la AR se basa en el uso de fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) convencionales y biológicos, entre estos, el anticuerpo monoclonal quimérico murino-humano anti-CD20 Rituximab® (RTX), que también se utiliza para el tratamiento de otras patologías autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico (Calvo-Alen et al, 2013) y la púrpura trombótica trombocitopénica (PTT) (Scully et al, 2011).

La terapia de depleción de linfocitos B con RTX comenzó a utilizarse en AR en University College London, donde en base a los primeros resultados obtenidos describieron dos patrones de recaída de la enfermedad tras el tratamiento: coincidente con la repoblación de células B



o recaída concordante (R-C) o meses después de la repoblación periférica de células B, o recaída discordante (D-R) (Leandro et al 2006), observando que, para cada paciente individual, el período de remisión de la enfermedad después de un ciclo de tratamiento era similar al de ciclos anteriores (Leandro et al 2011).

El factor activador de la célula B (BAFF) tiene un papel esencial en la maduración, homeostasis y supervivencia del linfocito B. BAFF puede unirse a tres re-

ceptores: el receptor de BAFF (BAFF-R), *transmembrane activator and Calcium signal modulating cyclophilic ligand interactor* (TACI) y *B-cell maturation antigen* (BCMA). Los tres receptores se expresan de forma diferente durante el desarrollo de la célula B (Cancro et al, 2004). Los niveles de BAFF aumentan durante la depleción periférica de células B ocurrida tras el tratamiento con RTX, y descienden paulatinamente tras la repoblación periférica (Cambridge et al, 2006).

La hipótesis de esta tesis doctoral expone que los dos patrones de recaída clínica observados en AR podrían explicarse por diferencias en la expresión de los receptores de BAFF.

Inicialmente se realizó un análisis de la cohorte de 271 pacientes con AR tratados con RTX en University College London entre los años 1998-2012. Se seleccionaron 168 pacientes con buena respuesta a su primer ciclo de RTX, y que continuaron seguimiento al menos hasta la primera recaída, que se produjo entre 4 y 45 meses después del primer ciclo. Se identificó una R-C en 118 pacientes (70%), con un tiempo medio hasta la repoblación de 7,1 meses (rango 3-20 meses) y un tiempo medio hasta la recaída de 7,7 meses (rango 4-20 meses), y una R-D en 50 pacientes (30 %), con un tiempo medio hasta la repoblación de 7,8 meses (rango 3-20 meses) y un tiempo medio hasta la recaída de 17,4 meses (rango 6-67 meses).

Seguidamente se planteó un estudio de BAFF y sus receptores (BAFF-R, TACI y BCMA) en AR, buscando posibles diferencias entre los patrones de recaída. Para ello se seleccionaron un total de 37 pacientes con AR, y se dividieron en 3 grupos: pacientes con AR antes del primer ciclo de RTX, y pacientes en recaída clínica tras haber recibido RTX, divididos según el patrón de recaída en R-C y R-D. Se realizaron estudios de citometría de flujo para la determinación de los subtipos de célula B, en base a la clasificación IgD/CD38, y se calculó la expresión de los receptores de BAFF en cada subtipo de célula B. Los niveles de BAFF se calcularon mediante un ELISA. El estudio identificó un mayor porcentaje de células transicionales en pacientes con R-C y de células B naïve maduras en pacientes con R-D, con mayor reducción de la expresión de BAFF-R en pacientes con R-C, reducción del porcentaje de células B memoria TACI+ en ambos subgrupos, y sin resultados relevantes en la expresión de BCMA. Se encontró una correlación directa significativa entre la expresión de BAFF-R y el tiempo entre la repoblación y la recaída, y una correlación inversa

entre los niveles de BAFF y la expresión de BAFF-R.

Finalmente se realizó un estudio comparativo entre pacientes con AR y con PTT. Al contrario que en AR, los pacientes con PTT tratados con RTX suelen permanecer en remisión tras un único ciclo de tratamiento, lo que permite estudiar la evolución de las subpoblaciones de células B y el sistema BAFF/BAFF-R años después de haber recibido un único ciclo de RTX. Se obtuvieron muestras de 19 pacientes diagnosticados con PTT, y se seleccionaron 6 pacientes con AR para su estudio comparativo. Se realizaron estudios de citometría de flujo para la determinación de los subtipos de célula B, en base a la clasificación IgD/CD27, y se calculó la expresión de BAFF-R en cada subtipo de célula B. Los niveles de BAFF se calcularon mediante un ELISA. Se vio que en ambas patologías la repoblación periférica de linfocitos B se iniciaba con un porcentaje elevado de células B naïve y una expresión de BAFF-R reducida. En los pacientes con PTT en remisión después de RTX la mayoría de linfocitos B identificados seguían siendo naïve, con una recuperación parcial del porcentaje de células B memoria, dependiente del tiempo transcurrido desde el tratamiento. La expresión de BAFF-R había aumentado en los pacientes con PTT en remisión, objetivándose un aumento gradual de su expresión en relación con el tiempo transcurrido desde el tratamiento. Se encontró una correlación inversa significativa entre los niveles de BAFF y el porcentaje de células BAFF-R+ en todos los subtipos celulares.

Tras el análisis de los resultados expuestos se concluye que hay dos patrones claros de recaída en AR tras la repoblación de células B en sangre periférica en pacientes tratados con RTX, con un 70 % de pacientes con R-C frente a un 30 % de pacientes con R-D en este estudio. Dado que los pacientes tienden a seguir el mismo patrón de recaída en ciclos sucesivos de RTX, puede afirmarse que la monitorización de la depleción y repoblación de células B mediante citometría de flujo de alta

resolución es útil para identificar la duración de la respuesta del paciente a un ciclo de tratamiento, y puede estandarizarse en la práctica clínica habitual. De esta forma se evitará la administración de ciclos de tratamiento innecesarios, reduciendo la frecuencia de eventos adversos y el coste de la terapia.

Por otra parte, se observa que la repoblación de células B tras RTX en pacientes con AR y PTT sigue un patrón similar al proceso de ontogenia (Kaur et al, 2007), con una mayor frecuencia de células B naïve, y una regeneración reducida de células memoria. RTX produce cambios a largo plazo en el fenotipo de células B, con persistencia de un alto porcentaje de células B naïve, y un porcentaje reducido de células B memoria años después del tratamiento, como se ve en pacientes con PTT en remisión prolongada tras un único ciclo de RTX. La expresión de BAFFR es menor en el momento de la repoblación después de la depleción de células B, y tiende a aumentar con el tiempo transcurrido desde la repoblación. El mecanismo de recaída de la enfermedad en pacientes con R-C parece independiente del sistema BAFF/BBR, pero en los pacientes con R-D la expresión de BAFF-R aumenta paulatinamente, por lo que su mecanismo de recaída seguiría una vía más "normal", con un desarrollo y maduración de la célula B dependiente de estos BBRs. La implicación de TACI y BCMA no queda clara con los resultados obtenidos en este estudio.

Como conclusión final debe destacarse que han podido identificarse diferencias en la expresión de BBRs en pacientes con R-C y R-D. No obstante, la monitorización de los niveles de BAFF y la expresión de BBRs es costosa y no parece aportar datos adicionales que ayuden a predecir el tipo de recaída del paciente con AR tratado con RTX, por lo que no puede sugerirse su realización en la práctica clínica habitual.

Dra. Elena Becerra

1er premio de tesis doctoral

Estudio de enfermedad residual axilar, tras biopsia selectiva de ganglio centinela positivo, en cáncer de mama

El cáncer de mama es el cáncer más común en mujeres por todo el mundo y su incidencia ha seguido aumentando. A su vez los avances en los medios de evaluación, los programas de cribado poblacional y la concienciación de la población, han contribuido decisivamente a disminuir el tamaño de las lesiones mamarias en el momento del diagnóstico. Esto permite a las pacientes el poder preservar el pecho, con una supervivencia equivalente a la que se obtiene tras la realización de mastectomía. A su vez la mejora en la eficacia de las terapias sistémicas y en la selección de la población diana, para los tratamientos adyuvantes, ha permitido un incremento en la supervivencia del cáncer de mama tanto en Europa como en Estados Unidos.

También se ha observado una disminución en el porcentaje de pacientes con afectación axilar. Lo que desembocó en el desarrollo de la técnica de biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC), como un método para obtener información sobre el estado de los ganglios linfáticos axilares, permitiendo preservar de la morbilidad que supone el vaciamiento axilar (LA) a las pacientes con ganglios negativos, y por otro identificar a los pacientes con ganglios positivos, como candidatos para realizar la disección de la axila.

Hasta el 2011 las guías de práctica clínica aconsejaban la realización de la disección axilar ante la presencia de afectación del ganglio centinela, tanto para el control de la enfermedad, como para la obtención de la máxima información pronóstica, en la que poder basar el tratamiento. Pero sabemos que si no hay ninguna evidencia de metástasis en los ganglios centinelas, hay menos de un 10% de posibilidades de que la axila albergue afectación tumoral en el resto de ganglios. Además está el hecho de que entre el 50% y el 70% de las pacientes con ganglio centinela (GC)

positivo no presentarán otra metástasis en el resto de ganglios de la axila, dato que aumenta al 80-85% si las metástasis son micrometástasis (menor de 2 mm.). Además, solo el 18% de los pacientes con enfermedad residual en la axila, tras la BSGC positivo cambiarían el estadiaje.

A su vez la disección axilar se asocia con un mayor riesgo de efectos adversos, incluyendo el linfedema (14%), la limitación del movimiento del hombro (28%), y la aparición de dolor neuropático (31%). Y la tasa de complicaciones aumenta, sobre todo el linfedema, durante el seguimiento a largo plazo.

En este contexto en 1999, el American College of Surgeons Oncology Group (ACOSOG) inició la prueba Z0011 para determinar si el completar la disección axilar, en pacientes con afectación axilar, mejoraba los resultados. En el estudio se realizó un ensayo aleatorio, comparando la supervivencia y tiempo libre de enfermedad, en dos grupos de pacientes con similares características. Las pacientes fueron distribuidas aleatoriamente según el tratamiento a seguir sobre la axila, en un grupo se realizó linfadenectomía axilar, y en otro no se realizó más cirugía sobre la axila, más allá de la BSGC. En este estudio, no se obtuvieron diferencias significativas entre ambos grupos, ni en cuanto a supervivencia a los 5 años, ni en cuanto al intervalo libre de enfermedad, tras un seguimiento medio de 6.3 años.

No cabe duda de que la publicación de los resultados del estudio Z0011, y otros como el reciente estudio del IBCSG 23-01 en el que la no realización de la LA (en los casos seleccionados de afectación del ganglio centinela), no ha supuesto un compromiso en el control locorregional o de la supervivencia y, por lo tanto, se propone como un reto en la nueva forma de enfrentarse a la enfermedad axilar, no sólo por parte de los quirúrgicos, sino de todo el mundo oncológico, de tal modo que la

estrategia de omitir la disección axilar en pacientes con afectación axilar de bajo riesgo que son tratadas con cirugía conservadora de la mama, irradiación de la mama entera y tratamiento sistémico adyuvante, ya está incluido en la American Society of Clinical Oncology guidelines (ASCO) y las guías de la NCCN (National Comprehensive Cancer Network).

Podríamos basarnos en los trabajos del Z0011 o el ensayo de AMAROS EORTC, para dejar de hacer linfadenectomía axilar a las pacientes, con cáncer de mama seleccionado, con GC positivo y administrarles un tratamiento adyuvante sobre la axila. Sin embargo, vista las limitaciones que han presentado estos estudios, no parece una opción recomendable, en la actualidad. Ya que no podemos garantizar que en la axila no queda enfermedad residual y seguimos sustituyendo un tratamiento por otro, no evitándolo, además que este nuevo tratamiento no está exento de morbilidad.

En esta búsqueda de un enfoque para un tratamiento minimalista de la axila, todavía hay que ir con prudencia, y aunque, actualmente se realiza una terapia personalizada en las decisiones sobre tratamientos adyuvantes, a menudo guiadas por el perfil molecular del tumor, sin embargo, aún existen escenarios clínicos, en los que las metástasis ganglionares pueden influir en las decisiones sobre la terapia sistémica.

A pesar de múltiples estudios, el cambio en el tratamiento quirúrgico sobre la axila no ha sido respaldado, de forma inmediata y masiva por los clínicos. Quizás porque no se ha evidenciado una variable objetiva, que identifique al grupo de pacientes que podrían beneficiarse de la no realización de la linfadenectomía, ya que no hay ningún estudio con resultados evidentes y totalmente fiables, y a pesar de que se han creado numerosos modelos predictivos y las variables han

sido abundantes, los resultados de los diferentes grupos de investigación han sido dispares.

En este escenario nos planteamos, ¿como podríamos seleccionar a las pacientes que se beneficiarían de la no realización de la linfadenectomía, tras la biopsia positiva del ganglio centinela?, y así poder evitar la posible morbilidad de la técnica.

Para ello analizamos en nuestras pacientes, pertenecientes al área del Hospital Vega Baja, y observamos una prevalencia de afectación metastásica axilar, en pacientes con GC positivo, del 32,7%, por lo que hay un 67,3% de linfadenectomías que son innecesarias. Lo que nos llevo a examinar que variables se podían relacionar con la presencia de enfermedad en los ganglios no centinelas, es decir con la presencia de enfermedad residual en la axila tras la exéresis de los ganglios centinelas positivos.

Propusimos analizar variables tanto de la paciente, como del tumor y del ganglio centinela, para reconocer su relación con la presencia de enfermedad residual en la axila, que nos permitiese el diseño de un modelo predictivo y poder validarlo, a su vez, valorar otros modelos predictivos ampliamente reconocidos (TENON SCORE, MSKCC) en nuestras pacientes.

Este trabajo, está basado en una población con un área de referencia estable, en la que se han mantenido un grupo de trabajo uniforme, y en el que se ha abarcado un periodo de 10 años.

Observamos que en el conjunto de toda la población de cáncer de mama, de nuestra área sanitaria, se ha observado, un progresivo descenso, de forma significativa, del tamaño tumoral y de la afectación axilar tumoral, a largo de los años, tras el inicio del programa de cribado.

Se analizaron las pacientes con tumores T1-2, con axila clínicamente negativa, a las que se realizó la técnica de BSGC con ganglio centinela positivo y se práctico linfadenectomía axilar.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de 20 variables clínico-patológicas relacionadas con la paciente, el tumor o el ganglio centinela. En el estudio descriptivo se analizó la asociación entre metástasis en ganglios axilares no centinelas y

las variables estudiadas y tras el análisis univariante se hallaron la relación de 6 variables con la presencia de enfermedad residual en la axila, posteriormente se llevo a cabo el análisis multivariante, en el cual mantuvieron una asociación significativa las siguientes variables: La realización de una mastectomía, la presencia de afectación linfovascular del tumor, la afectación de la capsula del ganglio centinela y el número de ganglios centinelas negativos.

La afectación del ganglio centinela por micrometástasis fue, en nuestra serie, de un 25%. Y en estos casos no hubo enfermedad residual.

Las cuatro variables significativas de la logística multivariante se incluyeron en un modelo para predecir metástasis en los ganglios no centinelas. De esta manera se obtuvo una formula, con una potencia de discriminación casi un 80% (AUC 0,791) del máximo posible. Este modelo predictivo de enfermedad residual en axila nos permite obtener una valoración individual para cada paciente que aporta información, útil para la terapéutica, seleccionando en qué casos podría no presentar enfermedad residual, y, por tanto, evitar la linfadenectomía axilar. Pero, aun así, sigue existiendo un porcentaje de "influencia" sobre el hecho de tener "enfermedad residual" que no depende de las variables analizadas.

Los nomogramas de la MSKCC y del hospital Tenon han mostrado capacidad de discriminación en nuestra población, pero algo inferior a nuestro modelo predictivo.

Sabemos que los nomogramas constituyen un elemento valioso en la institución de origen, pero pueden perder su precisión cuando se aplican a otras instituciones, ya que el perfil de las pacientes puede ser diferente, como se ha visto, en los nomogramas publicados, la enorme variación cuando se aplican a poblaciones distintas. Por lo tanto, la validación de los modelos en poblaciones independientes es imprescindible antes de su utilización generalizada. Por lo que buscamos una validación en un grupo externo a nuestra área de influencia y aplicamos nuestra formula en las pacientes tratadas en el Hospital General Universitario de Alican-

te, y obtuvimos una buena capacidad de clasificación de las pacientes. Ante estos resultados concluimos que nuestro modelo presenta una buena capacidad discriminadora, incluso en su validación externa, Pero antes de recomendar su uso en otras poblaciones, habría que tener en cuenta que se pueden presentar diferencias en las distribuciones de características predictivas y las diferencias en el impacto sinérgico (interacciones) entre dos o más características en diferentes grupos de pacientes, por lo que habría que validarlo en la población a implementar.

La ventaja de nuestro modelo es que incluye pocas variables, que además se recogen de forma constante en otros centros, lo que le permite una mayor reproductibilidad. Pues el riesgo de un modelo con múltiples variables es que su precisión global depende de la exactitud y la precisión, con la cual se determina cada variable individual.

Ante estos resultados, hay diferentes opciones que podríamos considerar:

- La primera sería la no realización de la linfadenectomía axilar en aquellas pacientes con micrometástasis en el ganglio centinela que presenten un tamaño tumoral menor de 3 cm, que no sean un triple negativo y se realice una cirugía conservadora.

- En las pacientes con macrometástasis: Sería el poder utilizar el modelo obtenido y evitar la linfadenectomía axilar, en aquellas pacientes a las que el nomograma prediga un riesgo bajo de metástasis en ganglios axilares no centinela, para una población determinada.

A pesar de la capacidad discriminadora de nuestro modelo, en este momento ninguna de las fórmulas, "por sí sola", es suficientemente potente para permitirnos con confianza omitir la linfadenectomía axilar, pero es una buena herramienta para ayudar a los pacientes y a los médicos a entender el riesgo de tener afectación en los ganglios no centinelas. Y sumados a otras características de la paciente/tumor, pueden ser útiles en la toma de decisiones.

Dra. Carmen Zaragoza.

2º premio de tesis doctoral.

Luis Casteig Torregrosa

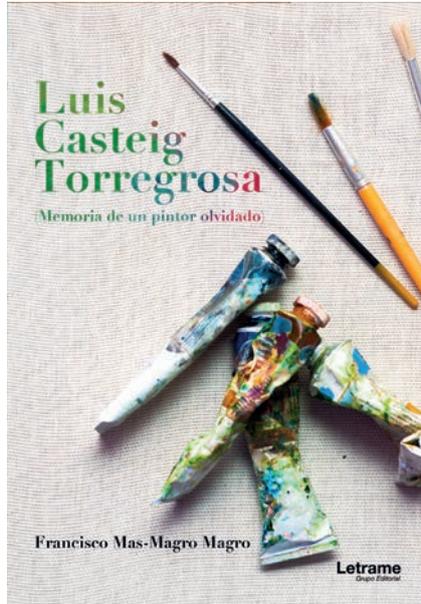
Memorias de un pintor olvidado

Podemos considerar los siglos XIX y XX, como la edad de oro del arte en la provincia de Alicante. Algunos artistas se formaron al amparo de la Academia de Lorenzo Casanova. Otros, como Luis Casteig Torregrosa, son "autodidactas".

De Luis Casteig desconocemos muchas cosas, por ejemplo, el origen de su capacidad expresiva. Quizás por eso ha quedado a la sombra del olvido.

Francisco Mas-Magro ha reconstruido, como una reivindicación necesaria, la biografía de Luis Casteig, quien tuvo la desdicha de morir en plena juventud, sin posibilidad de desarrollar su genio creador en paralelo a la de amigos y compañeros, como Gastón Castelló, Adelardo Parrilla, Emilio Varela, José Marced o Lorenzo Aguirre.

Su muerte y posiblemente la guerra con sus consecuencias -exilio, depuración o



destierro de aquellos que lo conocieron-, pudieron ser la causa de que parte de los trabajos de Casteig se hayan extraviados o quedado en el anonimato.

Este libro pretende ser el estímulo que empuje a seguir investigando su obra. De

momento, Alicante se ha beneficiado con el descubrimiento de dos oleos del pintor biografiado, depositados en los fondos de la Fundación Caja Mediterráneo, los cuales han sido restaurados para su exposición en el acto de presentación del libro.

El acto, presidido por el Presidente de la Fundación Caja Mediterráneo, se llevó a cabo en el Aula de Cultura de la entidad alicantina., con la presencia del Concejal de Cultura del Ayuntamiento de Alicante, Daniel Simón, el pintor Pedro Ortiz, la responsable de los fondos de la entidad, Macarena Palma.



Ha llegado al pesebre la azucena con paso maternal y gran dulzura tras una caminata larga y dura desde tierras de estirpe nazarena.

Ha traído un jazmín la Nochebuena, una flor de fragancia suave y pura, el aire se ha embriagado de hermosura y el campo de albahaca y hierbabuena.

Se ha llenado el pesebre de alegría, de cánticos de voces celestiales, de un claro manantial de resplandores;

y es que llegan las horas del gran día en que nace Jesús en los portales y acuden a adorarle los pastores.

Dr. Juan Espinós Santairene



El alba del jazmín

Se fiel a tí mismo



Su abuelo, médico muy querido en Alicante, siempre había sido su fiel consejero.

En aquellas fechas, su abuelo estaba ingresado muy grave en la UVI del hospital. Fernando pidió permiso para verle. Tenía que consultarle lo que debía hacer en su futuro.

Unos días antes de morir su abuelo le dijo:
– Sé fiel a ti mismo.

Fernando se tatuó esta frase junto a su corazón y emprendió la aventura del circo.

Hoy me ha dicho que ha cumplido su sueño y que pertenece al Circo del Sol.

Dra. Reme Más.

Hoy ha venido a la consulta Fernando. Es un chico de 22 años que lleva rastas y las sienes rapadas, su complexión es atlética y sus músculos son fibrosos. Tiene una sonrisa espectacular y sus ojos sonríen más que su boca.

Hace unos años me contó que cuando cumplió 18 años se enfrentó a la opinión de sus padres que querían que estudiara una “carrera de provecho”: maestro, abogado, arquitecto o incluso médico. Capacidad no le faltaba pero su pasión siempre había sido el circo.

Libros

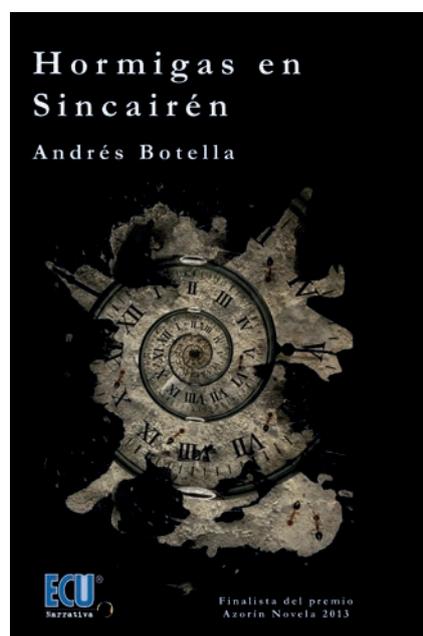
Hormigas en Sincairén, de Andrés Botella

El rodaje de una película rescita Sincairén, pueblo abandonado, más de veinticinco años atrás y, a la vez, una historia traspapelada, referente a los tiempos del levantamiento militar que se produjo en el país, a mediados del siglo veinte.

Debido a sus “peligrosas ideas”, un tribunal militar condena a cinco años de destierro en Sincairén a Sebastián Guillamón, un rico, aunque izquierdista abogado. Allí, será confinado, por lo que tendrá que dejar no solo su actividad laboral en la capital, sino también al amor de su vida, Remedios Guevara.

En Sincairén, las autoridades son el alcalde, Primitivo Rojas, y el autoritario e insidioso capitán César Beltrán, destinado allí, al mando de un pelotón para mantener el orden.

El enfrentamiento ideológico entre el abogado y el militar es la clave de esos túneles concéntricos por los que transi-



tan todos los protagonistas: no sólo el alcalde, el abogado y el militar, sino la propia Remedios Guevara y una catarsis de personajes, que son testigos de la tragedia que la novelista y el director de cine llevarán a la pantalla.

La magia del cine es el vehículo perfecto para ensamblar las piezas de la historia y el reencuentro con Sincairén.

Después de eso, es posible que las hormigas voladoras puedan volver a detenerse allí de nuevo, como ocurrió cuando el pueblo fue fundado.

Hormigas en Sincairén es una novela intensa, que vuelve a abrir un círculo en el único lugar que puede considerarse el principio o el final del mundo, como uno prefiera, un círculo que al igual que la canción, Imagine, que abre la novela, es una invitación a la esperanza.

Carpe Diem

Els reis d'orient, els records plaents

*Tirorí, tirorí, senyor rei, jo estic ací,
palla i garrofes, tot per al seu rossi,
casques i avellanes, tot per a mi.*

Popular valenciana cantada la vespra del dia de Reis.

Al remat, un altre any s'esgota i de bell nou tornen les festes de Nadal. Des de la perspectiva del cristianisme el Nadal és un conjunt de celebracions, pràctiques i costums que tenen per objecte commemorar, recordar i recrear el naixement de Jesucrist, la vinguda del Messies. Per això, estos dies es fan dramatitzacions rituals del naixement de Jesucrist, com les representacions de Pastorets i els pessebres vivents, i es constrüeixen recreacions artístiques dels escenaris on tingueren lloc els fets, anomenades pessebres o betlems. La Missa del Gall o Matines culmina este cúmulo de recreacions, quan els fidels adoren el nen Jesús a l'església. Nadal es celebra en un moment en què els camps estan adormits, amb les llavors a dins, i els ramats s'estan reproduint, un moment que requerix, doncs, de ritus per afavorir el renaixement cíclic de la natura. A les nostres terres les festes nadalenes són alegres i tenen un caire hivernal i familiar, amb una gran quantitat d'elements simbòlics relacionats amb la llum, el naixement i la fecunditat. Les festes tenen dos protagonistes destacats: la família, que es retroba per a compartir diversos àpats gastronòmics, i els més menuts de casa, que estos dies esperen la vinguda dels Reis.

Les festes nadalenes entren en la recta final amb dues de les cites més esperades pels xiquets i xiquetes, el dia de la Cavalcada i el dia de Reis. La dels Reis d'Orient és, de llarg, la festa més coneguda i celebrada del nostre cicle nadalenc. La festa de l'Epifania celebra el fet que Jesús pren forma humana a la terra, és a dir que es dona a conèixer i evidencia la seua divi-

nitat. En este sentit, hi ha tres moments a la Bíblia que són epifànics: l'adoració dels Reis, el bateig al Jordà amb sant Joan Baptista i l'inici de la seua vida pública amb el miracle de Canà. Amb el temps només va passar a celebrar-se el primer, cosa que ha convertit la paraula epifania en sinònim d'adoració dels Reis.

Una de les festes més esperades de tot el calendari és la cavalcada de Reis, el prelude de la nit més màgica de l'any. Gairebé cada població del país organitza la seua i se'n fan de molt diferents: n'hi ha d'espectaculars i indrets on reben Ses Majestats de l'Orient amb cremades d'herbes o fanalets. Però les cavalcades no són una tradició ancestral: les més antigues del país es fan des de final del segle XIX, la primera representació de la cavalcada està documentada a Alcoi, on la primera referència escrita de l'entrada de Ses Majestats a la ciutat és de 1866, tot i que no fou fins al 1885 que es començà a realitzar de forma continuada. I a Alcoi és on l'arribada de les festes nadalenes es convertix en una rica seqüència ritual i sens cap dubte compta amb una de les escenificacions de Reis més enlluernadores del país.

Estes festes s'anuncien amb el muntatge del Betlem del Tirisiti. Este és un muntatge teatral amb titelles, que mescla elements del naixement de Jesús i l'arribada dels Reis d'Orient amb la celebració de les festes de Moros i Cristians, tan característiques de la ciutat d'Alcoi, i altres fets destacats a la ciutat durant els últims mesos. Continuen amb "Els Pastorets" el matí del diumenge o festiu anterior a la diada de Reis. En el Ban Reial l'ambaixador reial anuncia amb el seu pregó, el dia 4 de gener, l'arribada a la ciutat de Ses Majestats Melcior, Gaspar i Baltasar, vinguts d'Orient. Els xiquets acudixen a escoltar-lo i dipositen les cartes per als Reis en unes burretes, carregades amb bústies i tirades pels pat-

ges reials. Eixa nit, els Reis Mags llegiran totes les cartes dels xiquets per a portar-los els joguets l'endemà. Uns moments abans de l'inici del seguici, davant del Naixement té lloc el 'Pregó del Tio Piam', que evoca una tradició documentada en la primera meitat del segle XIX, segons la qual els xiquets sortien de la ciutat per a rebre els Reis.

L'arribada de la caravana de Ses Majestats té lloc la nit del 5 de gener i l'anuncien les torxes i les fogueres que es poden veure avançar per les muntanyes que rodegen la ciutat i que indiquen que el campament reial és ben a prop.

El dia 5 de gener Ses Majestats, per fi, recorren els carrers a llocs de camells i acompanyats per tot el seu seguici reial: patges, "pastorettes"... Els patges s'enfilen a les cases per les façanes ajudats de llargues escales de color roig. Porten amb ells regals que repartixen entre tots els xiquets de la ciutat, la imatge de les escales roges amb els "negres" trepant i els Reis al costat, deixa boca-badat a tothom.

Un altre lloc a què també cal acostar-se en estes festes és la Canyada, on es representa el Retaule dels Reis els dies 5, 6 i 7 de gener i on també es pren el municipi com a escenari i els veïns com a actors.

Per últim cal recordar que és important tenir costums familiars perquè unixen el grup i que Nadal, que a vegades hem reduït a dinars, sopars i regals, no sols ha de ser consumisme.

I recordant el poeta vos desitge BON NADAL.

Aquesta nit han passat i han posat la mà als balcons... Els somnis dels infantons han granat.

"Els Reis" de **Joan Maragall**

Olleta d'Alcoi

“Qui menja sopes se les sap totes” dita popular.



elcocineroenegado.com

PARAR TAULA

Hui vos propose fer un plat de cullera que no té dificultat, té bon preu i només vol temps per a coure els ingredients, com Déu mana; l'ebullició ha de ser lenta i constant, sempre amb la tapadora posada perquè hi haja un retorn constant dels nutrients. La recepta ens la facilita Pilar, l'ànima i cuinera del restaurant Casa Juliet d'Alcoi, que mostra ben clars i contundents els conceptes de la cuina tradicional i que ens demostra que la cuina contemporània és la prolongació de la tradicional, on es cuinen plats que donen per a llargues sobretaulas. I per què no, en una d'eixes sobretaulas, parlem de la conveniència de mantindre i defendre la paraula Reixos, ben viva des de la infantesa que ha creat la meua memòria i encara viva en alguna de les nostres comarques. No la trobe al diccionari normatiu però en el Diccionari Català-Valencià Balear, d'Alcover-Moll, llegim: “El nom de la festa és gairebé pertot els Reis o el dia dels Reis; a Alguer en diuen los tres Reis, i en algunes comarques me-

ridionals del País Valencià es diu El dia Reis; però a molts llocs, sobretot del català occidental i del valencià, existeix la forma especial els Reixos, usada principalment entre els infants (tenim recollida aquesta forma a Bellpuig, Morella, Llíria, Val., Xàtiva, Alcoi, etc.)”.

Ingredients per a quatre persones:

400 g de fesols secs DO Villena
150 g de costelleta de porc
100g de cansalada viada
2 botifarres de ceba
2 naps
8 penques, (cards)
1 ceba mitjana
8 cullerades soperes de oli d'oliva verge extra
Sal i pebre dolç al gust

Elaboració:

A l'olla posarem, en cru, els fesols, la cansalada, els trossos partits de costelleta de porc i els naps pelats. Ho cobrirem d'aigua mineral i ho courem a foc lent, (mínim 3 hores), tot trencant el bull dues vegades.

Quan els fesols comencen a estar tendres afegirem les penques, netes i una miqueta bullides prèviament per a traure'n l'amargor, el sofregit fet amb l'oli i la ceba, i per a acabar les botifarres tallades, la sal i el pebre dolç, quan tot estiga tendre deixarem coure 10 minuts més i escudellarem al plat... i bon profit.

TAP DE SURO

Hui vos propose tastar i gaudir del vi TRIGA, (recomanat per Vicente, de la botiga Va de Vins d'Alacant), del Celler Volver del Pinós amb un 85% de raïm Monastrell i 15% de raïm Cabernet Sauvignon, com s'arplega a la pàgina web del celler la paraula Triga és un terme romà per a un equip de carrosses de cavalls de tres, i fa referència a les tres serralades calcàries fossilitzades que envolten les vinyes: La serra de Salines, la serra de la Sima i la serra de l'Ombria entre el termes de Salines i El Pinós.

Dr. Jordi Ballester

Alojamiento **GRATIS** para niños (hasta 12 años)
Hasta un **20%** de descuento para reservas anticipadas



Registro Turisme de Catalunya - HVA000751



BIENVENIDOS A RAFAELHOTELES BY LA PLETA

Bienvenidos a un hotel único donde disfrutar de cualquier servicio personalizado; desde un paseo en trineo de perros hasta el tratamiento de spa más selecto o las más atrevidas propuestas de los mejores chefs con Estrellas Michelin... y todo a escasos minutos del telesilla de Esquiros (en transporte privado y sin aglomeraciones).

Descubre las nuevas **EXPERIENCIAS LA PLETA** en www.lapleta.com



EXPERIENCIA
ROMÁNTICA



EXPERIENCIA
ASIÁTICA



EXPERIENCIA
AVENTURA



EXPERIENCIA
DÉTOX



CTRA. BAQUEIRA A BERET, S/N - COTA 1.700
25598 BAQUEIRA (LÉRIDA)

(+34) 973 645 550

reservas.lapleta@rafaelhotels.com

Ventajas exclusivas en
www.lapleta.com

Hospital General Universitario de Alicante

El Hospital General de Alicante efectúa 188 trasplantes hepáticos en cinco años



El Hospital General Universitario de Alicante ha celebrado el quinto aniversario del primer trasplante hepático efectuando 188 intervenciones de este tipo.

Asimismo, el gerente de este departamento de salud, Miguel Ángel García, ha destacado que “es reseñable que la estancia media de pacientes trasplantados en Alicante es de 4 días, muy inferior a la mayoría de centros de referencia.

Este complejo hospitalario ha duplicado el número de órganos obtenidos durante este año, llegando a 88 frente a los 42 del año anterior. Además, ha incorporado el programa de donación en asistolia en 2016, con el fin de mejorar la disponibilidad de órganos, de los que ya se han realizado diez donaciones.

El Hospital General Universitario de Alicante también ha realizado 1.761 tras-

plantes renales desde el inicio del programa en 1988 y 1.310 trasplantes de córnea desde el año 2000. Asimismo, en 2016 el Hospital General inició un programa de donación con asistolia controlada.

El trasplante hepático responde a una reivindicación ampliamente demandada por los pacientes de la provincia, ya que Alicante tiene un índice de donaciones muy elevado, superior a la media nacional, con el fin de mejorar la disponibilidad de órganos.

Además, “la colaboración de la sociedad alicantina es fundamental para el mantenimiento de estos programas por los que la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública agradece su generosidad a todos aquellos que han colaborado en el éxito de los programas de trasplantes y a los profesionales que lo han hecho posible”, ha destacado el gerente del Hospital General Universitario de Alicante.

Durante 2016, la Comunitat Valenciana registró 191 donantes de órganos y alcanzó la tasa de 38,5 donantes por millón de población. De los 191 donantes de órganos destacaron los 44 en asistolia (donantes en parada circulatoria), una modalidad de donación que pretende impulsarse y que, si en 2015 representaba el 7,2% de las donaciones, en 2016 supuso el 23% del total. Además, hubo 20 donantes vivos (17 renales y 3 hepáticos).

Por provincias, el año pasado se registraron 29 donantes en Castellón, 67 en València y 95 en Alicante. Los centros que durante 2016 tuvieron mayor número de donantes son el Hospital General Universitario de Castellón, con 27 donantes, el Hospital Universitari i Politècnic La Fe, con 26 donantes, y el Hospital General Universitario de Alicante, con 24 donantes.

Hospital Universitario de Sant Joan d'Alacant

El Hospital de Sant Joan recibe las placas de los Premios BiC



El equipo de Neumología junto a la gerente y la directora médica/ El equipo de Oncología Médica.

Los Servicios de Oncología Médica y Neumología han logrado en cuatro ocasiones este reconocimiento nacional a la calidad de su atención al paciente

Los Servicios de Neumología del Hospital Universitario de Sant Joan d'Alacant y de Oncología Médica (servicio supradepartamental de los Hospitales de Sant Joan y Marina Baixa de Villajoyosa) han recibido las placas acreditativas de los Premios Best in Class (BiC) a los mejores servicios de estas especialidades a nivel nacional por la calidad de su atención al paciente.

Estos dos equipos de profesionales lograron alzarse, el pasado mes de noviembre, con estos galardones nacionales, siendo el cuarto año consecutivo

en el que Oncología Médica obtenía tal reconocimiento y la primera vez que esto ocurría en la historia de los Premios Best in Class. Asimismo, el Servicio de Neumología obtenía su cuarta distinción, después de haberla logrado en los años 2009, 2012 y 2014.

En la XI edición de estos galardones se registraron un total de 850 candidaturas de centros sanitarios de toda España. Estos premios tienen como objetivo reconocer públicamente a los mejores servicios y unidades del territorio nacional, tanto públicos como privados, que buscan la excelencia en la atención que prestan a sus pacientes.

Así, diferentes miembros de la organización de los Premios BiC, Miguel Ángel

García Sánchez, gerente de Hospitales y Market Access de Merck, y Carlos Giménez Crousilles, comisionado de los Premios BIC, han visitado el centro alicantino para hacer entrega de estas distinciones a los responsables de los Servicios de Oncología Médica y Neumología, Nieves Díaz y Eusebi Chiner, así como a los profesionales sanitarios que componen dichos equipos.

Todos han sido recibidos por la gerente de Sant Joan, Beatriz Massa, quien, acompañada por la directora médica del centro, Carmen Calzado, les ha agradecido el esfuerzo que realizan, tanto médicos como enfermeros, para llegar al nivel de calidad que les ha hecho merecedores de estos galardones, al tiempo que les ha animado a seguir trabajando en la misma línea.

Hospital Universitario del Vinalopó

Investigadores del Hospital del Vinalopó demuestran la eficacia de probióticos en el tratamiento de dermatitis atópica



El grupo de Investigación de Medicina Interna y la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario del Vinalopó, junto con el grupo investigador MiBioPath de la Universidad Católica de Murcia, ha puesto de relieve los beneficios de los probióticos en los tratamientos de enfermedades como la dermatitis atópica.

Esta investigación, publicada recientemente en la prestigiosa revista JAMA, está liderada por el doctor Vicente Navarro López, Jefe de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario del Vinalopó e Investigador Principal del Grupo MiBioPath de la UCAM.

La publicación estudia cómo las modificaciones de los microbios localizados en el intestino, mediante el uso de probióticos, provocan una mejora de la Dermatitis Atópica en un 78% en el índice que mide la actividad de la enfermedad (SCORAD) dentro del grupo de pacientes que se trataron con la mezcla probiótica, porcentaje de respuesta mayor al grupo de pacientes que se trató con el tratamiento habitual de corticoides aplicados sobre las lesiones de la piel y que mejoraron en un 22% durante las 12 semanas de intervención en el estudio clínico.

“Estamos ante un gran hallazgo aunque hay un largo camino por recorrer. Hoy ya podemos conocer la relación de algunos trastornos intestinales que no se podían

conocer hasta hace 4 o 5 años, puesto que era técnicamente imposible analizar todos los microbios que hay en las heces, a pesar de conocer que había enfermos que tenían problemas gastrointestinales que se relacionaban con brotes de la enfermedad”, asegura el Dr. Navarro.

Los análisis pre clínicos en laboratorios han evidenciado cómo determinados probióticos tienen capacidad antiinflamatoria e inmunomoduladora. Con estos hallazgos, los investigadores diseñaron una combinación de no bacterias no patógenas (probióticos) y se los administraron a los pacientes incluidos en este estudio. Esta acción de introducir un elevado número de bacterias sanas, tiene como efecto el deshecho de otras malas, lo que produjo una mejora de la dermatitis. “Cuando introduces tantas bacterias buenas en el cuerpo como para eliminar las que ya tenía acabas limpiando las malignas”, aclara el doctor Navarro.

Los investigadores adelantan que ahora se tiene que avanzar en esta misma línea de investigación para saber por qué ocurre este efecto, y los efectos que producen estas modificaciones en el sistema inmunológico frente a la enfermedad. “La diferencia de un probiótico con un medicamento es que se conoce el efecto final pero no el mecanismo de cómo actúa y eso precisamente es lo que estamos averiguando ahora”, explica el investigador principal del estudio.

Definitivamente, las bacterias que tenemos en el intestino, parecen jugar un papel importante en el desarrollo de esta enfermedad y con este trabajo pionero da un paso adelante para el futuro desarrollo de medicamentos que actúen a este nivel.

Dr. Pedro Orts

El pediatra alicantino Pedro Orts ha fallecido en Alicante a los 93 años. Nacido en Villajoyosa en 1924, en el seno de una familia en la que su abuelo, sus dos tíos y tres primos eran galenos, Orts vivió desde muy pequeño la profesión médica a la que más tarde se dedicaría en cuerpo y alma.

Obtuvo el título de médico puericultor en la Escuela Nacional de Puericultura de Madrid y en la Departamental de Santander. Fue alumno interno de la Cátedra de Patología Médica del profesor Jiménez Díaz y ayudante de clases prácticas en la Cátedra de Pediatría de Madrid.

Se colegió en Alicante el 11 de octubre de 1946 y ejerció la profesión de pediatra durante más de 60 años. Una dilatada trayectoria profesional en la que Orts cuidó de la salud y vio crecer a generaciones enteras de alicantinos. También ejerció en el dispensario del Tribunal Tutelar de Menores de Alicante y fue médico titular de la Casa de Socorro de Alicante.

Llevaba años retirado, aunque en 2011 sus compañeros de profesión reconocieron su trayectoria con un premio otorgado por Upsana, la unión profesional de todos los colegios de la rama sanitaria de la provincia de Alicante. El Ayuntamiento también le dedicó una calle hace unos años en reconocimiento a su trayectoria profesional. Su vocación hacia la medicina ha tenido continuidad en dos hijas y un nieto médicos.



NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN EN CENTRO DERMATOLÓGICO ESTÉTICO DEMUESTRAN QUE LOS PROBIÓTICOS MEJORAN LA DERMATITIS ATÓPICA

La dermatitis atópica es una dermatosis crónica inflamatoria que cursa a brotes y que afecta a importantes aspectos de la calidad de vida de los pacientes. Su etiología es desconocida, pero es patente una combinación de factores desencadenantes (alteración en la barrera epidérmica, factores inmunológicos, genéticos y ambientales), que aumentan la aparición de brotes y acortan su aparición en el tiempo. Su sintomatología ocasiona que la piel pierda su capacidad natural de defensa y los pacientes tengan más predisposición a sufrir infecciones víricas y/o bacterianas frecuentes.

La dermatitis atópica requiere múltiples tratamientos, tanto por vía tópica como sistémica a base de antihistamínicos para mejorar el prurito y corticoides para combatir el proceso inflamatorio ocasionado por los trastornos asociados. Dada la cronicidad de la enfermedad y los potenciales efectos adversos que pueden producir algunos de los medicamentos empleados, además de que afecta sobre todo a niños, resulta interesante buscar alternativas terapéuticas más seguras.

Hace ya 4 años la unidad de dermatología pediátrica junto con la unidad de investigación y desarrollo de **CENTRO DERMATOLÓGICO ESTÉTICO** de Alicante inició un estudio con 90 niños afectados de dermatitis atópica a los que se les administró un inmunomodulador (Polipodium Leucotomos) observando una disminución del prurito como resultado más importante.

Siguiendo esta línea de investigación, **CENTRO DERMATOLÓGICO ESTÉTICO** con el apoyo de la **UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MURCIA** con un doctorado industrial, la colaboración de algunos investigadores del **HOSPITAL VINALOPÓ**, sin olvidar la confianza depositada por nuestros pacientes y sus familiares, hemos abordado un ensayo clínico con 50 pacientes de edades comprendidas entre 4 y 18 años a los que, a su tratamiento habitual, se le ha incorporado una mezcla de probióticos. Estos complementos alimenticios tienen capacidad para estimular el crecimiento o la actividad de bacterias no patógenas en el colon y potencian un ambiente intestinal con producción de mediadores antiinflamatorios estrechamente relacionados con el sistema inmunológico. Los resultados han sido muy gratificantes, ya que los pacientes, tras la ingesta de estos complementos disminuían en un mes la sintomatología del eritema, edema, descamación e infiltración de sus lesiones. (SCORAD, Scoring Atopic Dermatitis). Esta investigación publicada por la revista JAMA Dermatology (Published online November 8, 2017), puede considerarse un gran hallazgo, aunque hay aún un largo camino por recorrer.



CENTRO DERMATOLÓGICO ESTÉTICO.COM

965 140 460

Alonso Cano, 51 • 03014 ALICANTE

CLUB DE VIAJEROS

periplos

Nuestro Pequeño Mundo
VIAJES



LA MAGIA DE VIAJAR

VIAJES EN GRUPO DESDE ALICANTE

MAYO 2018

JUNIO 2018



14
DÍAS

ESTADOS UNIDOS COSTA OESTE

Parques Nacionales - Costa de California
San Francisco - Las Vegas - Los Ángeles
Del 4 de mayo al 17 de mayo de 2018 - MP - 4.590€



16
DÍAS

GRAN CAÚCASO

Armenia - Georgia - Azerbaiyán
Salidas 2 y 9 de junio de 2018 - MP - 2.950€

COSTA RICA • COLOMBIA

Del 20 de enero al 3 de febrero de 2018 - 15 días
Hoteles de 4* y 5* Estrellas en Media Pensión - 3.850 €

NUEVA ZELANDA • HONG KONG

Del 24 de marzo al 12 de abril 2018
20 días - Semana Santa 2018 - 5.995 €

PRÓXIMOS VIAJES 2018 [EN PREPARACIÓN]

RESERVAS 965 92 19 39

SEPTIEMBRE 2018 : VIETNAM & CAMBOYA 17 DÍAS

OCTUBRE 2018 : ETIOPÍA 14 DÍAS

NOVIEMBRE 2018 : GRAN VIAJE A JAPÓN 17 DÍAS

DICIEMBRE 2018 : GUATEMALA 12 DÍAS

Itinerarios detallados en www.periplos.eu • Pérez Medina, 16 ALICANTE • info@periplos.eu
información en NUESTRO PEQUEÑO MUNDO VIAJES (CV-MN-288-A) Avda. Estación - CC Bulevar Plaza



En Asisa somos expertos en cuidarte. Por eso sabemos asegurar mucho más que tu salud.

Lo único que nos importa en Asisa es cuidarte, y llevamos casi cuatro décadas ofreciéndote una asistencia sanitaria privada de la máxima calidad. Pero sabemos que aunque la salud es lo más importante, no es lo único que garantiza tu tranquilidad. Por eso hemos dejado de ser una compañía exclusivamente médica para convertirnos en una aseguradora multirrama, dispuesta a protegerte en todas las circunstancias de tu vida.

SALUD

DENTAL

VIDA

ACCIDENTES

DECESOS

Empresa Colaboradora:

R 200
AÑOS

asisa.es
902 010 010

Asisa Alicante
C/ Díaz Moreu, 4

asisa