

Revista del Complejo Asistencial Universitario de León

# Hospital de León

Publicación trimestral \_ n. 3  
septiembre \_ 2023

## OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Bienestar integral de la mujer

## OTORRINOLOGÍA

El reto de una demanda creciente

## UROLOGÍA

Pioneros a nivel nacional

## URGENCIAS

Eficiencia y rapidez





*¡Disfruta  
de las  
Vistas!*

**PRACTICA TU DEPORTE  
CON SEGURIDAD CON  
LENTES PROGRESIVAS  
ADAPTADAS A TUS  
MONTURAS FAVORITAS**

**ÓPTICA  
EUROPA**

Alfonso V, 13 - León ★ [optica-europa.es](http://optica-europa.es)



*Alfonso Rodríguez-Hevia  
González*

DIRECTOR GERENTE

## Una pequeña ciudad siempre en funcionamiento

Entramos en el otoño con el tercer número de la revista Hospital de León, con la que queremos que nuestros pacientes y el público en general estén informados del funcionamiento de esta pequeña ciudad que es el Hospital Universitario de León y de los servicios, las técnicas y los tratamientos más novedosos que estamos en disposición de ofrecerles desde el SACYL. En este nuevo número, los lectores pueden encontrar información detallada de los servicios de Obstetricia y Ginecología y de Otorrinolaringología, además de conocer de primera mano el trabajo que realiza la División de Enfermería, a través de una entrevista con su directora, Ana Prieto.

También damos cuenta de proyectos inminentes, en este caso de la mano de la directora general de Planificación Sanitaria, Innovación e Investigación de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, Sonia Martín Pérez, que nos adelanta los planes para la apertura de un Instituto Biosanitario de Investigación en León. Se trata de un proyecto de la Junta en el que participará el Hospital, junto a la Universidad de León, y que supondrá un gran paso para la investigación sanitaria en nuestra provincia, tan necesaria para mejorar la atención a nuestros pacientes, porque la investigación es fundamental para una mejor prestación asistencial.

Además, a través de nuestros facultativos y jefes de servicio, exploramos la diabetes infantil, los riesgos del cáncer de piel, la donación de órganos y la importancia de la salud mental.

Las cirugías más punteras tienen también un hueco en nuestra revista; en este caso tratamos las últimas e innovadoras técnicas que realiza el servicio de Urología.

El buen uso de las urgencias es otro de los asuntos que se abordan en este número, pues es positivo que sepamos cuándo debemos acudir y cómo se trabaja en este servicio tan importante para nuestra salud, al que todos debemos tratar de dar el uso adecuado para que continúe siendo efectivo. Asimismo, conoceremos el funcionamiento multidisciplinar de la Unidad de Heridas Complejas del Hospital de León, integrada por enfermeros y médicos especialistas en diversos campos.

Hemos querido también que nuestros residentes se asomen a las páginas de la revista, pues son una parte esencial de nuestro personal y el futuro de la sanidad. De esta manera, vamos a conocer el día a día de un MIR en el Hospital Universitario de León, sin duda, toda una aventura para estos jóvenes licenciados. Dentro del apartado que en todos los números dedicamos a esos servicios no sanitarios pero imprescindibles para que nuestro hospital funcione, conoceremos el trabajo del Servicio de Mantenimiento y de toda esa enorme maquinaria, desconocida para la gran mayoría, que permite que esta pequeña ciudad, como decía al principio, esté siempre en marcha. Porque con cerca de 1.000 camas y más de 4.500 empleados, en el Hospital Universitario de León se trabaja noche y día los 365 días del año para ofrecer la mejor atención a nuestros pacientes.

—

**Edita:**

Complejo Asistencial  
Universitario de León  
(CAULE)

**Comité de Redacción:**

Comisión de Dirección  
CAULE

**Coordina:**

Departamento  
de Comunicación  
CAULE

**Fotografía:**

Editorial MIC  
Cristina Bazán  
Óscar Rodríguez

**Producción Editorial:**

Editorial MIC

# SU — MA — RIO —



<b>— ESPECIALIDADES</b>	7	<b>— EL BUEN USO DE LAS URGENCIAS</b>	62
> Servicio de Obstetricia y Ginecología.		> Dr. Saúl Escudero Álvarez, jefe de servicio de Urgencias.	
> Servicio de Otorrinolaringología.			
<b>— CARA A CARA</b>	24	<b>— SALUD MENTAL Y BIENESTAR EMOCIONAL</b>	66
> Entrevista a la directora de Enfermería del CAULE, Ana María Prieto Blanco.		> Dr. Francisco Rodríguez Fernandez, jefe de Psiquiatría.	
<b>— I+I</b>	30	<b>— INTERNOS RESIDENTES</b>	72
> Instituto Biosanitario de Investi- gación en el CAULE. Entrevista a la directora general de Planifica- ción Sanitaria, Innovación e Investi- gación de la Junta, Sonia Martín Pérez.		> Retrato de un día como MIR en el Hospital Universitario de León. Pedro Luis Baenas González, médico interno residente (MIR) de primer año (R1).	
<b>— EXPLORAR</b>	36	<b>— CUIDADOS</b>	79
> La diabetes infantil. Dr. David Emilio Barajas, licenciado especia- lista del Servicio de Endocrinología.		> Coordinador de la Unidad de Heridas Complejas del CAULE, Rubén Prieto Sánchez.	
> Cirugía en tumores urológicos. Dr. Miguel Ángel Alonso, jefe de Servicio de Urología del CAULE.	42	<b>— MANTENIMIENTO</b>	82
		> Subdirector de gestión del CAULE, Ignacio Galán Galán.	
<b>— CHARLA CON EL PACIENTE</b>	48	<b>— FUE NOTICIA</b>	87
> Dr. Rodríguez Prieto, jefe del Servicio de Dermatología del Hospital de León.			
<b>— TRASPLANTES: SALVAR VIDAS</b>	57		
> Ana Domínguez Berrot, coordinadora de donación de órganos en el Hospital de León y jefa de Medicina Intensiva y UCI.			

# SKODA KAMIQ

Por  
**129** €/mes\*



#Q4 Etron  
en Telenauto



Desde **395** €/mes\*  
4 años de Mantenimiento y Seguro Incluido



#A3 Sportback  
en Telenauto



Desde **385** €/mes\*  
4 años de Mantenimiento y Seguro Incluido



## TELENAUTO

LEÓN · ASTORGA · PONFERRADA · 987 84 00 87 · WWW.TELENAUTO.COM

NUEVO  
**ID. BUZZ**  
**ID. BUZZ** CARGO  
100% ELÉCTRICO



Vehículos  
Comerciales

### Prueba la Gama T de Volkswagen



Tiguan desde **289** €/mes\*

Taigo desde **169** €/mes\*

T-Roc desde **199** €/mes\*



*“Nuestra visión está reflejada en el próximo Plan Estratégico del Servicio y es la de ambicionar ser un Servicio que ofrezca una asistencia multidisciplinaria e interdisciplinaria obstétrico-ginecológica y un referente en calidad”*



📄 CAMINO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ  
BEATRIZ PÉREZ PRIETO  
MARÍA OTERO PARDO  
ALFONSO FERNÁNDEZ CORONA

📄 MARÍA JOSÉ PRIETO

## Servicio de Obstetricia y Ginecología del CAULE

En este encuentro los doctores Camino Fernández Fernández, Vicente Manuel Orille Núñez, Beatriz Pérez Prieto, María Otero Pardo y Alfonso Fernández Corona ponen en común los retos del Servicio de Obstetricia y Ginecología. Su recomendación es clara: todas las mujeres deberían tener acceso a una evaluación de salud general en el período de la transición que configura el climaterio y la menopausia, para maximizar su bienestar integral en la esfera física, incluida la salud músculo-esquelética, metabólica, cardiovascular y también en la esfera psicológica y sexual.

# Dra. Camino Fernández Fernández

Coordinadora y responsable de la Sección de Obstetricia responsable de Formación del Servicio



**LOS OBSTETRAS SE ENFRENTAN AL CONTROL DE GESTACIONES CADA VEZ MÁS COMPLEJAS. DESDE EL PUNTO DE VISTA MATERNO, LOS CAMBIOS SOCIALES HAN HECHO QUE LA MUJER RETRASE LA MATERNIDAD. ¿QUÉ RIESGOS ASUME UNA MUJER QUE DESEA SER MADRE A UNA EDAD AVANZADA? ¿CONSIDERA QUE ES UNO DE LOS GRANDES RETOS QUE AFRONTAN ACTUALMENTE LOS ESPECIALISTAS?**

Sí que es uno de los grandes retos. Los obstetras llevamos años enfrentándonos a mayores complicaciones, tanto maternas como fetales, por retrasar la edad de embarazo. A partir de los 35 años aumenta el riesgo de alteraciones cromosómicas en el feto (como Sd. Down y otras cromosomopatías, de entorno a 1/40 a los 40 años y a 1/12 a los 45 años) y abortos (riesgo de un 25% entre 35-40 años, de un 50% entre 40-44 años y de un 90% en mujeres > 45 años). Además, se produce un aumento de patología materna, como diabetes gestacional e hipertensión arterial, sumado a posibles patologías maternas concomitantes (oncológicas, reumatológicas, inmunológicas, tromboembólicas, miomas, etc). Y en el momento del parto, según aumenta la edad, también aumenta la posibilidad de terminar el parto en una cesárea y parto instrumental.

**¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LLEVAR A CABO UN BUEN CONTROL DE LA GESTACIÓN?**

Un buen control del embarazo ayuda a la identificación de factores de riesgo, tanto obstétricos como perinatales y nos permite implementar acciones para disminuir el impacto de estos factores en la gestación y realizar cribado de patologías importantes, como las alteraciones cro-





*“Los obstetras llevamos años enfrentándonos a mayores complicaciones, tanto maternas como fetales, por retrasar la edad de embarazo”*

mosómicas, preeclampsia y diabetes gestacional. Dentro de las actividades preventivas también incluimos la administración de vacunas, como la tosferina, con beneficios para los recién nacidos. El cribado de preeclampsia con factores angiogénicos y Doppler de las arterias uterinas en el primer trimestre de gestación permite poner tratamiento con AAS 150 mg para prevenir su aparición y en caso de que aparezca, lo harán a una edad gestacional más avanzada. De esta forma hemos disminuido las complicaciones perinatales y la afectación de las madres, con lo que hemos descendido los ingresos en la UCI neonatal de los recién nacidos y en REA críticos de las gestantes y puérperas con preeclampsias. Además, permite la identificación de patología fetal para programar el parto en las mejores condiciones para el feto.

Un buen asesoramiento a las gestantes de los hábitos saludables durante el embarazo ayuda a su control y a unos mejores resultados durante el parto. En mujeres de edad avanzada también es muy importante una consulta preconcepcional para valorar los posibles factores de riesgo ya existentes y así intentar disminuirlos o controlarlos.

**¿QUÉ PROBABILIDADES TIENE UNA MUJER DE SER MADRE DESPUÉS DE LOS 40 AÑOS?**

Las posibilidades de conseguir un embarazo natural con más de 40 años son aproximadamente del 5%, pero muchas parejas mayores de 40 años lo consiguen con técnicas de reproducción asistida con ovocitos de donante o propios.

El porcentaje de partos en mujeres mayores de 40 años en nuestro hos-

pital ha pasado de un 8% en 2014 a casi un 12% en 2022, y el porcentaje de gestantes que presenta algún factor de riesgo para el embarazo, de un 13% en 2014 a un 16,5% en 2023.

**CON LAS TÉCNICAS ACTUALES, AL FETO SE LE VE CASI AL DETALLE ¿QUÉ IMPLICA ESTE CONOCIMIENTO TAN AVANZADO EN LA GESTACIÓN?**

Implica que podemos diagnosticar muchas patologías fetales permitiendo por un lado ofrecer interrupciones legales del embarazo (ILE) para aquellos fetos con patologías graves y por otro, un control gestacional valorando la edad gestacional y el lugar más idóneo para su nacimiento.

En gestantes con patologías fetales graves que no son susceptibles de ILE o cuando la pareja así lo decide, se les ofrece un asesoramiento y controles para mejorar las condiciones del recién nacido. Por ejemplo, los fetos con determinadas patologías que deben ser operados al nacimiento, ya tienen todo programado para su cirugía.

**¿QUÉ HA SUPUESTO LA IMPLANTACIÓN DEL NUEVO TEST PRENATAL NO INVASIVO (TPNI) EN LUGAR DE LA AMNIOCENTESIS? ¿ES 100% FIABLE?**

El TPNI es un avance muy importante en la Obstetricia para el cribado de alteraciones cromosómicas, principalmente las trisomías 21 (Sd. Down), 18 (Sd. Edwards) y 13 (Sd. Patau), permitiendo seleccionar a aquellas pacientes a las que se realiza una prueba invasiva para el diagnóstico de alteraciones cromosómicas fetales. Este cribado se realiza en dos tiempos, inicialmente el cribado se realiza con marcado-

res ecográficos fetales (translucencia nucal) y bioquímicos de la madre (PAPP-A y b-HCG), en aquellas gestantes con un riesgo intermedio (1/50-1/1000 según el protocolo de JCyL) se realiza un TPNI para descartar alteración cromosómica. El TPNI se informa como alto riesgo o bajo riesgo, siendo imprescindible en las gestantes de alto riesgo comprobar la alteración cromosómica con una prueba invasiva como la amniocentesis para la visualización de los cromosomas alterados, ya que las técnicas de TPNI no hacen determinaciones directas de los cromosomas. Por tanto, el TPNI no sustituye a la amniocentesis, solo selecciona aquellas pacientes a las que hay que realizar una prueba invasiva, disminuyendo los riesgos de abortos propios de la técnica.

En cuanto a la fiabilidad, para cribado de T.21, 18, 13 y de los cromosomas sexuales, la fiabilidad es del 99,9%, disminuyendo la sensibilidad al 95% en caso de monosomía X.



*“Un buen control del embarazo ayuda a la identificación de factores de riesgo, tanto obstétricos como perinatales”*

# Dra. Beatriz Pérez Prieto

Tutora coordinadora Docencia de Residente



**SOIS UN SERVICIO ACREDITADO PARA LA FORMACIÓN DE RESIDENTES, ¿HA CAMBIADO EN ALGO LA DOCENCIA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?**

Claro, por un lado, se aumentó en el año 2020 la oferta formativa a residentes de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona), además de la formación especializada de Médicos residentes (MIR) que ya veníamos realizando desde prácticamente la inauguración del Hospital Virgen Blanca en tiempos del INSALUD.

Por otro lado, los residentes han adquirido más protagonismo y autonomía en su propia formación y en este sentido, tanto los tutores como los colaboradores docentes nos tenemos que esforzar diariamente para facilitar la reflexión y la adquisición de aprendizajes necesarios por parte de los residentes. Nos hemos convertido en tutores-guías-orientadores, un modelo pedagógico diferente al realizado previamente.

**ESTE AÑO HABÉIS CREADO LA UNIDAD DOCENTE MULTIDISCIPLINAR DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DEL CAULE, ¿CUÁLES HA SIDO LOS OBJETIVOS QUE OS HABÉIS PLANTEADO?**

Fundamentalmente, iniciar la formación conjunta y coordinada de las competencias comunes de las dos especialidades. Trabajar en equipo, tutores y residentes, nos permite ofrecer una formación especializada de calidad y mejorar las relaciones interpersonales y la resolución de conflictos. Organizamos sesiones formativas docentes conjuntas y reuniones programadas para la identificación continua

de las fortalezas y las deficiencias de la formación.

**CON LA RECIENTE DE LA LEY ORGÁNICA 1/2023, DE 28 DE FEBRERO, QUE MODIFICA LA LEY ORGÁNICA 2/2010, DE 3 DE MARZO, DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, ESTÁIS TRABAJANDO EN LA CREACIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LEÓN. ¿QUÉ BENEFICIOS APORTARÍA DICHA UNIDAD A NUESTRA POBLACIÓN?**

Entre nuestros próximos proyectos se encuentra optimizar los recursos con los que contamos y garantizar el acceso a las mujeres de nuestra área sanitaria a las prestaciones de salud sexual, desde la adolescencia a la menopausia.

Es muy importante mejorar y unificar la accesibilidad a los diferentes métodos anticonceptivos, sobre todo a los de larga duración financiados, con el fin de reducir la tasa de embarazos no deseados, los cuales suponen una disyuntiva importante, especialmente en la población más vulnerable y menores.

La creación de nuevas consultas especializadas para la atención de las diferentes etapas reproductivas (adolescentes, perimenopausia/menopausia), de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y de las áreas de sexualidad, son una demanda de nuestra sociedad.

También pretendemos mejorar la atención multidisciplinar ante casos de violencia sexual, violencia de género e identidad de género. Contamos con profesionales ya formados y capacitados para ello.



*“Trabajar en equipo, tutores y residentes, nos permite ofrecer una formación especializada de calidad y mejorar las relaciones interpersonales y la resolución de conflictos”*

# Dra. María Otero Pardo

Responsable de Calidad del Servicio  
Unidad de Patología Cervical





*“En el cáncer de cérvix la vacunación frente al HPV es fundamental. Gracias a la vacunación en los niños, así como la promoción de la vacunación en la mujer adulta, estamos cada más cerca de erradicar en el futuro el cáncer de cuello de útero”*

**CON RELACIÓN AL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, ¿CÓMO SE ESTÁN APLICANDO EN EL CAULE LOS ÚLTIMOS AVANCES EN CUANTO A CRIBADO Y DETECCIÓN PRECOZ DEL MISMO? ¿CREEN QUE LA TASA DE SUPERVIVENCIA SE DEBE AL RIGOR DE ESTOS CONTROLES?**

Desde hace años, nuestra comunidad autónoma ha ido a la vanguardia a nivel nacional en cuanto a la implantación de un cribado poblacional, lo que nos permite llegar a un mayor número de mujeres, en contraposición al cribado oportunista, aún muy extendido en nuestro país.

En función de la edad, bien a través de una citología convencional o bien mediante la determinación del virus del papiloma humano (HPV), discriminamos aquellas mujeres con mayor riesgo de desarrollar lesiones y que por tanto precisan un seguimiento más estrecho y, además, reducimos a la variabilidad en el manejo. Sin lugar a duda, esto ha sido determinante para que hoy las tasas de supervivencia de esta localización y tipo de tumor sean tan altas en nuestro medio.

**¿QUÉ PAPEL JUEGAN EN ESTE SENTIDO LAS CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN?**

A diferencia de otros tumores ginecológicos, en los que no existe ningún método de prevención primaria, en el caso del cáncer de cérvix la vacunación frente al HPV juega un papel fundamental. Gracias a la extensión de la prevención primaria a través de la vacunación en los niños, implantada a principios de este año 2023 por la JCyL, así como también a la promoción de la vacunación en la mujer adulta, es-

tamos cada más cerca de alcanzar el objetivo propuesto por la OMS de erradicar algún día en el futuro el cáncer de cuello de útero.

**EN CUANTO A ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA CALIDAD, ¿QUÉ MEDIDAS SE HAN TOMADO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA EN LOS ÚLTIMOS TIEMPOS?**

Nuestro servicio fue uno de los pioneros en instaurar el listado de verificación quirúrgica (LVQ) o checklist en el quirófano, con el objetivo de asegurar la preparación y planificación de las cirugías, detectar posibles problemas y solucionarlos, y mejorar la comunicación y el trabajo en equipo.

En los últimos meses se han llevado a cabo algunas medidas para homogeneizar estos listados entre todos los servicios quirúrgicos. Por otro lado, también hemos revisado todos los consentimientos informados de los diferentes procedimientos de nuestra especialidad, con el fin de actualizarlos acorde a nuestras sociedades científicas y adaptarlos a un modelo único establecido para todo el CAULE.



# Dr. Alfonso Fernández Corona

Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología y ginecólogo oncológico. Jefe de la Unidad Docente Multidisciplinar de Obstetricia y Ginecología Unidad de Patología Cervical

## **EL TRATAMIENTO DE LA MENOPAUSIA TAMBIÉN HA EVOLUCIONADO MUCHO. HA DEJADO DE SER UN TEMA QUE SE VIVÍA EN SILENCIO PARA PASAR A SER UN TEMA VISIBLE ¿QUÉ CONTROLES DEBEN SEGUIR LAS MUJERES QUE AFRONTAN ESA NUEVA ETAPA?**

La menopausia no es un aspecto de la vida de la mujer que apareciese de la noche a la mañana. Hace años, estuvo muy de moda poner tratamientos hormonales estrogénicos de forma indiscriminada, casi como un "elixir de la eterna juventud". Pero siguiendo la "ley del péndulo", hemos pasado de prescribir tratamiento hormonal sustitutivo (THS) a muchas mujeres a demanda, sin indicación clara, a que alrededor del 85% de las mujeres con sintomatología no reciban una terapia eficaz y a tener que convencerlas para que se traten, debido a la cancerofobia que se originó. Incluso bastantes profesionales tienen muchas reticencias a la hora de prescribirla.

La indicación de la THS está clara y debería utilizarse cuando es necesaria por sintomatología, con la dosis mínima eficaz, durante un tiempo limitado y con los preparados y vías de administración más idóneos. Además, hay que tener en cuenta que no todas las mujeres tienen los típicos, molestos y bastantes veces incapacitantes síntomas neurovegetativos de sofocos y que existen otros efectos más silenciosos, como la pérdida

de masa ósea de la osteoporosis, que aumenta el riesgo de fracturas por fragilidad y de alteraciones de metabolismo, que incrementan los riesgos de enfermedades cardiovasculares. Además de la THS, pueden ser necesarios otros tratamientos no hormonales y sobre todo las recomendaciones de vida saludable.

Como resumen, todas las mujeres deberían tener acceso a una evaluación de salud general en el período de la transición que configura el climaterio y la menopausia, para maximizar su bienestar integral en la esfera física, incluida la salud músculo-esquelética, metabólica, cardiovascular y también en la esfera psicológica y sexual. Se necesita información, educación y concienciación de la población general y de los profesionales sanitarios.

## **¿CADA CUÁNTO TIEMPO DEBEN REALIZARSE LOS CONTROLES PARA TENER UNA BUENA SALUD GINECOLÓGICA?**

Depende del objetivo que se pretenda. La JCyL tiene implantados 2 magníficos programas en el ámbito de la prevención secundaria de los cánceres específicos de la mujer.

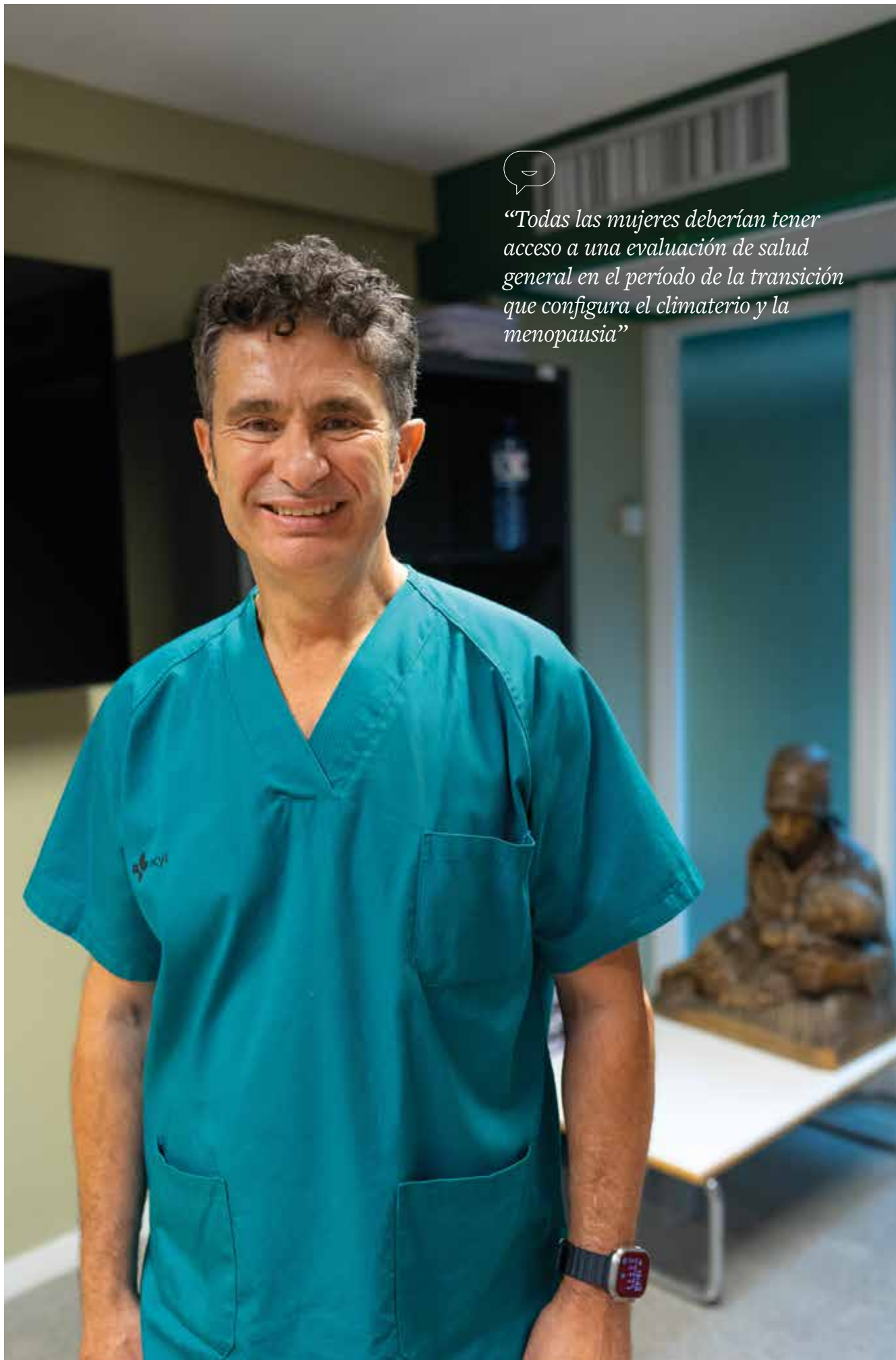
El de Prevención y Detección Precoz del Cáncer de Cuello de Útero tiene una población diana entre los 25 y los 65 años, una cadencia trienal mediante citologías entre los 25 y 34 años y quinquenal mediante determinación del HPV entre

los 35 y 64 años. El de Detección Precoz del Cáncer de Mama tiene una población diana entre los 45 y 69 años y una cadencia bienal, mediante mamografías.

En la actualidad, para el resto de los cánceres ginecológicos, como los de cuerpo uterino (endometrio), ovario y vulva, no se ha demostrado evidencia científica de que algún tipo de cribado disminuya la mortalidad por el tumor correspondiente, por lo que los exámenes o chequeos ginecológicos rutinarios asintomáticos se consideran oportunistas y no existe una cadencia concreta para recomendarla científicamente. Sí que es recomendable consultar precozmente en caso de algún tipo de sintomatología ginecológica, como sangrados genitales anormales, dolor abdominal, etc. En caso de presentarse patología ginecológica, los controles dependerán de la misma.

## **¿ES NECESARIO TENER CONTROLES GINECOLÓGICOS A PARTIR DE LOS 16 AÑOS?**

También depende de la situación. No son necesarias revisiones periódicas en las adolescentes asintomáticas. Los pediatras habrán realizado sus exploraciones desde el nacimiento, para detectar patologías como imperforaciones de himen, habrán valorado el desarrollo general y el desarrollo de los caracteres sexuales en particular (pubarquia y desarrollo del vello, desarrollo mamario, inicio de las reglas (menarquia), tipo de ciclo menstrual, etc. Habrán indicado las



*“Todas las mujeres deberían tener acceso a una evaluación de salud general en el período de la transición que configura el climaterio y la menopausia.”*



*“La endometriosis es una de las patologías ginecológicas benignas más frecuentes, que afecta alrededor del 10% de las mujeres en edad fértil”*

vacunaciones del calendario y entre ellas, las del HPV para la prevención primaria de cáncer de cuello de útero. Si se conocen o intuyen relaciones sexuales, es conveniente la entrevista con el profesional, para dar información sobre anticoncepción y la posible indicación de alguno para la prevención del embarazo no deseado y para la información sobre prácticas de riesgo de ETS y prevención de las mimos. En caso de sintomatología, sí que estaría indicada la consulta ginecológica de patología infanto-juvenil.

**SOMOS FRUTO TAMBIÉN DE LAS COSTUMBRES SOCIALES, SE HA ENTENDIDO SIEMPRE QUE LA REGLA ES UN PROCESO DOLOROSO. EN REALIDAD, ¿ES NORMAL QUE LA REGLA DUELA? O ¿ES UN SÍNTOMA DE ALGO?**

La regla es un proceso fisiológico de la mujer y en algunos casos puede doler y mucho, hasta resultar incapacitante. No duele en todas las mujeres ni su vivencia es la misma. En las mujeres que no han dado a luz es frecuente lo que se denomina dismenorrea primaria o esencial, que no se debe a ninguna patología identificable. Suele mejorar con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) durante la regla. Hay que encontrar la dosis mínima eficaz con el AINE que mejor vaya y puede realizarse tratamiento de rescate con paracetamol, para no tener que aumentar la dosis. En el caso de que no se consiga mejorar el dolor, se puede recurrir a los anticonceptivos hormonales, ya que la anovulación también puede mejorar la sintomatología. Lo que está claro es que si deteriora la calidad de vida, es necesario tratar para mejorarla.

En dismenorreas secundarias, habitualmente de mujeres de más edad,

se hace necesario realizar exploraciones y pruebas diagnósticas para descartar una de las patologías estrecha de la dismenorrea, como es la endometriosis y otras causas, como miomas sintomáticos, etc.

**LA ENDOMETRIOSIS ES UNA ENFERMEDAD DE LA QUE SE HABLA YA DE MANERA HABITUAL, PERO SIGUE HABIENDO MUCHO DESCONOCIMIENTO ENTRE LAS MUJERES. ¿ES COMPLICADO EL DIAGNÓSTICO?**

La endometriosis es la causa más frecuente de dolor pélvico crónico y es muy habitual en problemas reproductivos en las mujeres.

Como hemos mencionado, es necesario descartarla en mujeres con dismenorrea secundaria incapacitante, siendo una de las patologías ginecológicas benignas más frecuentes, que afecta alrededor del 10% de las mujeres en edad fértil. El tejido de revestimiento de la cavidad endometrial del útero, sin origen claro, pero con la genética como riesgo añadido, se desarrolla en otras zonas de la pelvis (ovárica, peritoneal, profunda, uterina (adenomiosis) y a veces incluso totalmente fuera de dicha pelvis, produciendo la inflamación y sintomatología también muy heterogénea.

El diagnóstico de alta sospecha, por la sintomatología descrita, se completa con pruebas de imagen de alta definición, como ecografía transvaginal o resonancia nuclear magnética, analíticas, etc. Los tratamientos se indican en función de la clínica, gravedad, deseos genéticos, edad y localización y pueden ir desde conducta expectante, con tratamientos sintomáticos, a tera-

pias hormonales o procedimientos quirúrgicos de menor o mayor radicalidad.

La endometriosis es una enfermedad muy heterogénea y complicada, que en ocasiones requiere de una colaboración multidisciplinaria de profesionales de diversas especialidades, constituidos en unidades con protocolos específicos, como está previsto en nuestra Comunidad.

**¿QUÉ NUEVAS TÉCNICAS SE ESTÁN APLICANDO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL CAULE Y QUÉ REPERCUSIÓN TIENEN EN LA SALUD DE LAS PACIENTES?**

En Ginecología, técnicas como la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en los cánceres ginecológicos, para evitar linfadenectomías completas y sus posibles efectos secundarios, la cirugía mínimamente invasiva robótica, las técnicas histeroscópicas ambulatorias en la consulta, que evitan cirugías con ingreso y el uso del recurso quirúrgico, entre otras.

En Obstetricia, la implantación del TPNI, que evita amniocentesis y los riesgos inherentes de pérdidas fetales, el cribado de preeclampsia con factores angiogénicos y Doppler de las arterias uterinas en el primer trimestre de gestación, entre otras.

**EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA SE HACE USO DEL REVOLUCIONARIO ROBOT DA VINCI ¿QUÉ HA SUPUESTO ESTA HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DEL SERVICIO? ¿Y PARA EL PACIENTE?**

Para el Servicio, nos ha permitido incorporarnos al tren de los avances tecnológicos. Para el paciente, permite una mayor seguridad y





precisión durante la intervención y evitar los errores humanos, gracias a los sistemas de seguridad implantados en su procesador.

Otras ventajas serían las siguientes: la capacidad de gran aumento y de acercarse proporcionan una visibilidad muy buena en tres dimensiones; el pequeño y versátil instrumental, unido al movimiento parecido e incluso más amplio que el de la mano humana, permite intervenir zonas de difícil acceso; evita el temblor natural del cirujano; la mínima invasión, ya que se opera por pequeñas incisiones, a través de las cuales actúan los brazos quirúrgicos del robot, disminuyendo las posibles complicaciones postoperatorias de las cirugías de grandes incisiones abiertas, con menor riesgo de sangrado, menos

dolor y menos cicatrices, y al ser una intervención mínimamente invasiva, la recuperación suele ser más rápida y la estancia hospitalaria más corta que con la cirugía convencional abierta.

#### **¿HACIA DÓNDE LES GUSTARÍA QUE FUERA EL SERVICIO?**

Aunque ya estamos colaborando en varios estudios, proyectos de investigación y ensayos clínicos en diferentes ámbitos, sí que nos gustaría incrementar esta faceta del Servicio con una mayor participación o promoción de los mismos.

También participamos en algunos proyectos de humanización y de mejora de la seguridad y calidad en la atención de las pacientes, faceta que también nos gustaría incrementar y promover.

Nuestra visión está reflejada en el próximo Plan Estratégico del Servicio y es la de ambicionar ser un Servicio que ofrezca una asistencia multidisciplinaria e interdisciplinaria obstétrico-ginecológica y ser un referente en calidad, alta especialización, con elevado nivel científico-técnico y relevante actividad docente e investigadora en la atención segura e integral de las pacientes de nuestro Área Sanitaria, así como potenciar la coordinación con Atención Primaria de los cuidados domiciliarios tras el alta hospitalaria.

Finalmente, ambicionamos desarrollar al máximo las herramientas telemáticas, electrónicas y digitales para tal fin. Nuestro objetivo es obtener el reconocimiento SACYL EXCELENTE.



*“Los protocolos de tratamiento conservador del cáncer de faringe y laringe y, más recientemente, la utilización de anticuerpos monoclonales para las poliposis nasales, en fase de validación por el Ministerio de Sanidad, esperamos que eviten muchas cirugías y mejoren la vida de los pacientes”*

# Otorrinolaringología: el reto de una demanda creciente

La amplia cartera de esta especialidad, sumada al creciente número de pacientes, suponen un desafío para unos profesionales cuyo cometido es no solo mejorar la calidad de vida sino utilizar los medios disponibles para evitar un desenlace más grave.

El Servicio de Otorrinolaringología (ORL) del CAULE ofrece una atención integral para las patologías de esta especialidad en el área sanitaria de León, que cuenta con una población de referencia de unos 350.000 habitantes. Son más de 26.000 consultas atendidas cada año, 850 pacientes hospitalizados y, nada menos, que 700 intervenciones quirúrgicas.

En este momento, la plantilla asignada a este servicio está integrada por once médicos especialistas y tres MIR. Por su parte, la enfermería de consultas dispone de diez profesionales y tres en el quirófano. Además, en el área administrativa trabajan dos personas. En la planta de hospitalización y Urgencias, este personal es compartido con otras especialidades.

Para poner contexto al trabajo efectuado por estos profesionales es preciso recordar que esta especialidad, la ORL, se ocupa del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan al oído, nariz y garganta, incluyendo la voz, las glándulas salivales y el cuello. En este sentido, el especialista en Otorrinolaringología y Patología de Cabeza y Cuello se encarga de llevar a término, entre otras, las pruebas de audición y exploraciones endoscópicas necesarias. Cuando el especialista tiene un diagnóstico, recomienda el tratamiento médico correspondiente a la patología, o si es preciso, la intervención necesaria para su corrección.

## UNA ESPECIALIDAD PARA USUARIOS DIVERSOS

En León, como en todo el país, hay una constante demanda de servicios en esta área debido a la prevalencia de afecciones como otitis, rinitis, sinusitis, apnea del sueño o trastornos de la voz, entre otros. Eso sí, hay particularidades propias a la hora de definir el cometido del servicio de Otorrinolaringología del CAULE. Dado que la población de esta Área de Salud es una de las más envejecidas de Castilla y León, existe una creciente demanda sanitaria por los problemas derivados por esta problemática que afectan, especialmente, al oído, la voz, la deglución y al cáncer en todos los órganos implicados.

El jefe de Servicio de esta especialidad, Ignacio Álvarez Álvarez señala que, a causa de la diversidad de las enfermedades, "el espectro de usuarios que asumen forzosa-mente tendrá que ser amplio". De este modo, indica que "atenderemos a todos los pacientes con enfermedades tanto inflamatorias como degenerativas, traumáticas y tumorales. Nuestro trabajo consiste tanto en evitar muertes seguras por infecciones o procesos oncológicos hasta mejorar la calidad de vida en enfermedades que dificultan funciones como la respiración, deglución, audición, el equilibrio y voz o sentidos como el olfato o el gusto. La nuestra es, efectivamente, una especialidad muy amplia y la incluimos prácticamente entera

en nuestra cartera de servicios". Para llevar a cabo esta labor de la mejor manera posible es esencial una continua puesta al día. La otorrinolaringología se ha beneficiado de avances tecnológicos que han permitido procedimientos más precisos y menos invasivos. En estos últimos años ha incorporado una gran cantidad de fármacos y diferentes modalidades de tratamiento para infecciones, alergias, vértigo y, por supuesto, el cáncer. Entre toda esta panoplia de progresos, Álvarez recalca "los protocolos de tratamiento conservador del cáncer de faringe y laringe y, más recientemente, la utilización de anticuerpos monoclonales para las poliposis nasales, en fase de validación por el Ministerio de Sanidad, que esperamos eviten muchas cirugías y mejoren la vida de los pacientes".

En paralelo, el jefe de servicio también hace hincapié en la optimización de las técnicas diagnósticas con la endoscopia o los registros neurofisiológicos para el vértigo o la sordera, la estraboscopia en los estudios de la voz y el láser así como ultrasonidos y cirugía robótica en la cirugía del cáncer. De igual modo, la tecnología también proporciona un entorno más seguro en intervenciones complejas. Una buena muestra de ello son los sistemas de navegación radioguiada o la monitorización de nervios. En el horizonte del servicio de ORL del CAULE hay un reto que se manifiesta ineludible: dar cobertura a la creciente demanda sanitaria con una plantilla que hace todo lo posible para proporcionar la mejor atención con los medios humanos disponibles. El doctor Álvarez apunta que, en los últimos años, no han podido cubrirse varias plazas por ser la Otorrinolaringología una de las especialidades con déficit de facultativos. La jubilación de los médicos incorporados en toda España durante los años setenta y ochenta todavía no está siendo compensada con la incorporación de nuevos profesionales que refuercen estas líneas.

¿De qué manera se hacen sentir estos aprietos? El jefe de servicio lo explica de manera clara, "nos dificulta el pleno desarrollo de

consultas específicas para el vértigo, la voz, patología infantil o disfagia, que tanto la sociedad como el sistema sanitario nos están reclamando, y que dimensionaremos en un futuro próximo, una vez reformada la plantilla médica del Servicio".

#### DESDE NIÑOS A ANCIANOS

Precisamente una de las causas del crecimiento constante de pacientes hay que buscarlo en el envejecimiento de la población que conlleva un incremento en los usuarios de los servicios médicos, entre los que se encuentra esta especialidad. Así, los trastornos relacionados con el oído, la audición y la deglución son más comunes entre personas mayores, lo que requiere un cuidado especializado. Respecto a los tratamientos relativos al deterioro causado por la edad, el jefe del Servicio apunta que "estamos comenzando a dar respuesta a los trastornos de la voz, la audición, el vértigo, la disfagia y otros, que por la demografía tan envejecida de nuestra área de salud tienen un peso creciente en nuestra cartera de servicios. Ya tenemos médicos especialmente dedicados a ellas, pero la plantilla actual no nos permite su pleno desarrollo".

Como clave para llegar en buen estado a una edad proveya, hay que empezar por una prevención centrada en "moderar la exposición al ruido y evitar los factores de riesgo, especialmente tabaco y alcohol". Educar al público sobre la importancia del cuidado de la salud en este contexto es fundamental para abordar, por ejemplo, problemas como la pérdida de la audición y las enfermedades de la garganta.

La edad laboral suele ser el momento de los controles auditivos. De hecho, es una de las pruebas más comunes en los reconocimientos de salud laboral. Eso sí, el doctor Álvarez insiste en que "una audiometría puede hacerse casi a cualquier edad, y en el caso de los niños más pequeños contamos con equipos de Potenciales Evocados Auditivos y Otoemisiones para el estudio de la hipoacusia, que ya comienza en los primeros días de

## LA PREGUNTA DEL MILLÓN:

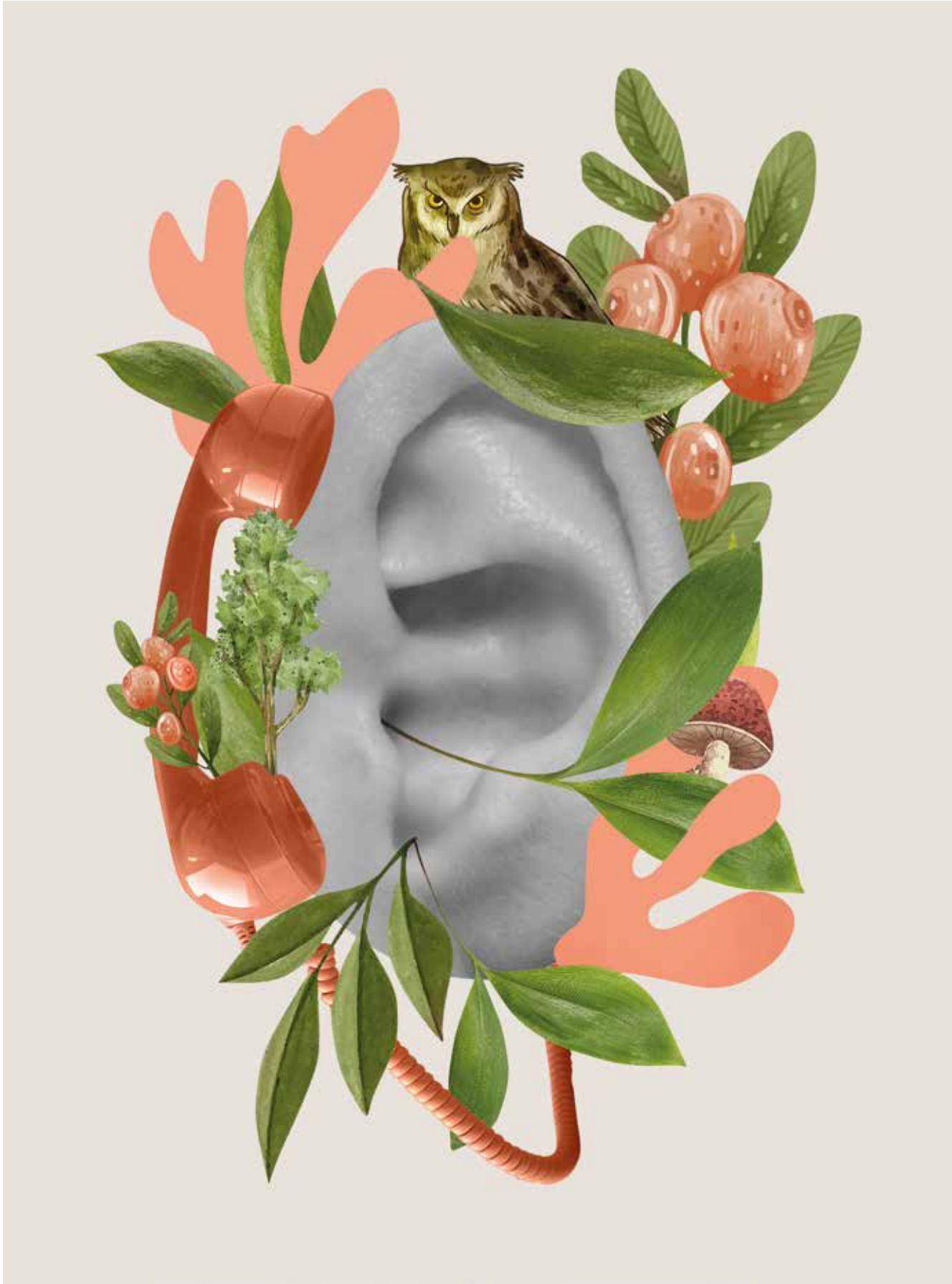
### ¿CÓMO TENER UNA BUENA HIGIENE AUDITIVA?

Más allá de creencias y hábitos erróneos, siempre es mejor acudir a la opinión de un experto. El jefe del servicio de ORL es claro en su sencillez: "en el oído sano bastan agua y jabón y un secado externo con la toalla y, si se forma un tapón de cerumen, toca acudir a un especialista".

Sobre la espinosa cuestión sobre si son, o no, perjudiciales los populares bastoncillos aclara que pueden ocasionar pequeñas lesiones e infecciones, además de favorecer la formación de tapones de cerumen. "Así que no podemos más que desaconsejarlos", concluye.



*"Como clave para llegar en buen estado a una edad proveya, hay que empezar por una prevención centrada en moderar la exposición al ruido y evitar los factores de riesgo, especialmente tabaco y alcohol"*





vida con el cribado universal de la hipoacusia neonatal, que venimos haciendo hace ya casi veinte años". En el otro extremo de edad, cabe reseñar una circunstancia cada vez más habitual. Los problemas de audición entre los jóvenes están en constante aumento. Varias investigaciones señalan un crecimiento en la proporción de jóvenes que experimentan pérdida de audición y tinnitus (acúfenos). Uno de los factores potenciales detrás de este incremento es el uso excesivo de dispositivos de audio, como teléfonos inteligentes, con niveles de volumen elevados al escuchar música.

León, por supuesto, no podía escapar de esta tendencia marcada. De este modo, el jefe de servicio de ORL aclara que "está comprobado que hay un porcentaje cada vez mayor de jóvenes con pérdidas au-

ditivas atribuibles, no solo al uso de auriculares, sino al estilo de vida que tenemos".

Abundando en estos datos, pone el acento en que "no solo afecta a las grandes ciudades, como hemos podido comprobar en un trabajo de investigación que hicimos entre los alumnos del instituto de La Bañeza, donde la doctora González comprobó que casi el veinte por ciento de los alumnos entre catorce y dieciocho años tenía algún grado de pérdida auditiva".

Y, además, deja un dato para la reflexión, "hace treinta años considerábamos normal un deterioro en la audición en edades a partir de los sesenta años. Hoy día, esos déficits son frecuentes en personas a partir de los cuarenta". Para pensarlo, ¿no?



*"Está comprobado que hay un porcentaje cada vez mayor de jóvenes con pérdidas auditivas atribuibles no solo al uso de auriculares sino al estilo de vida que tenemos"*



# Aparca en el Hospital de León

Aparca siempre que vengas con descuento.

# -10%

✓ Con Entrada Express    ✓ ¡Siempre que vengas!

## Y si eres personal del hospital...

**40€\***

» 20 pases «

✓ App telpark    ✓ Multipass    ✓ 1 pase = 12h



Descárgate la app



En colaboración con



**telpark**  
Aparca y sigue

\*Precio por 20 pases de 12 horas cada pase. Oferta limitada para los trabajadores del Hospital de León. Términos y condiciones de la promoción de descuento en telpark.com

"Debemos seguir trabajando en la humanización de la asistencia, desarrollando proyectos e ideas que proponen los propios profesionales"

## Ana M.<sup>a</sup> Prieto Blanco

### Directora de Enfermería del CAULE

Ana M.<sup>a</sup> Prieto Blanco es la actual directora de Enfermería del CAULE. Graduada en Enfermería por la Universidad de León, cuenta también con dos másteres, en Dirección y Gestión en Enfermería por la Universidad Europea de Madrid y en Dirección y Administración de Empresas (Especialidad en Gestión Sanitaria) por la Universidad Camilo José Cela.

Anteriormente ha ocupado varios puestos, relacionados con la gestión enfermera, en el Hospital El Bierzo como supervisora y supervisora de área entre los años 2005 y 2008; como subdirectora y directora de Enfermería desde 2008 hasta 2016, y en el Hospital Público Valdeorras como subdirectora de Enfermería desde 2017 hasta su incorporación en el CAULE en septiembre de 2022.

#### ¿CUÁLES LA PRINCIPAL FUNCIÓN DE UNA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA?

Siendo el "cuidado" la esencia de la profesión enfermera, la Dirección de Enfermería debe estar orientada a realizar una gestión que permita a los profesionales de su división proporcionar a nuestros pacientes, la familia y la comunidad, como centro del sistema, una atención de enfermería excelente, cuyos ejes deben ser la mejor evidencia disponible, la seguridad y la humanización de la asistencia. Además, debe garantizar la continuidad de esos cuidados, a través de la comunicación con los equipos de Atención Primaria.

Nuestro trabajo consiste en dar respuesta a las necesidades y expectativas de los usuarios, pero también de los profesionales de nuestro hospital, con los recursos disponibles, de forma eficiente para garantizar la sostenibilidad del sistema a través de una gestión responsable, siempre focalizada en la mejora continua, implantando estrategias de gestión basadas en modelos de calidad y guías de buenas prácticas.

#### ¿CUÁLES SON LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA?

Fomentar la cultura de seguridad en todos los ámbitos y también la humanización y la excelencia en los cuidados, como un todo indivisible, ya que estos tres ejes son imprescindibles para dar una asistencia integral y de calidad.

Trabajar en la motivación y el reconocimiento de nuestros profesionales es también especialmente importante después de los últimos años. Un profesional reconocido es un profesional motivado y desempeñará su trabajo de una manera más eficaz.

Mejorar la comunicación y la escucha activa tanto de los profesionales con los usuarios, porque sería imposible una buena atención sin la comunicación adecuada, pero también entre profesionales, mandos intermedios y Dirección, y entre la Dirección y los representantes de los trabajadores.

Otra línea de trabajo es la colaboración con los centros docentes, que

nos permita fomentar el pensamiento crítico, la investigación y la innovación en cuidados, para conseguir que la formación práctica de nuestros alumnos sea excelente y los convierta en los futuros profesionales que necesita el CAULE.

El trabajo en equipo, la formación continuada, la docencia y la participación en comisiones, comités y grupos multidisciplinarios es otra de las apuestas para garantizar el desarrollo de los profesionales. Sin olvidar que todo lo anterior debe desarrollarse con base en las directrices de los planes anuales de gestión de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

#### ¿CÓMO VALORA LA SITUACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA ENFERMERÍA EN EL CAULE?

No podemos generalizar, ya que la división de enfermería está formada por diferentes colectivos: enfermeros especialistas, enfermeros, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales, técnicos superiores, técnicos de cuidados auxiliares de enfermería y técnicos de farmacia.





*“Con la pandemia hemos tomado conciencia de la importancia de nuestra profesión y de la capacidad de adaptación ante situaciones críticas”*

Director/a  
Enfermería



*“Hemos implantado tres nuevas consultas de enfermería, radioterapia, enfermedad inflamatoria intestinal y ERCA”*



La plantilla de enfermería se ha incrementado en este último año, sobre todo en las categorías de enfermero y TCAE, esto ha permitido dar estabilidad y mejorar el funcionamiento de las unidades, pero el CAULE no es ajeno al déficit de profesionales enfermeros y enfermeros especialistas que existe a nivel nacional, por lo que resulta necesario desarrollar estrategias que permitan fidelizar a esos profesionales.

Estamos trabajando para realizar una adecuada gestión del personal de nuestra división, que permita mejorar sus condiciones laborales, en la medida de lo posible, dando continuidad en la contratación y estabilidad en sus turnos de trabajo.

Desde el mes de junio se ha implantado la jornada de 35 horas, actualmente, estamos realizando un estudio de las necesidades de personal para adecuar la plantilla a la nueva jornada.

#### **BAJO SU PUNTO DE VISTA, ¿QUÉ ASPECTOS DEBERÍAN MEJORARSE EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA?**

La atención de los profesionales de la división de enfermería en el CAULE es excelente, pero sin duda debemos seguir trabajando en la humanización de la asistencia, desarrollando proyectos e ideas que proponen los propios profesionales.

#### **DURANTE LA PANDEMIA SALIÓ A LA LUZ EL ESFUERZO QUE REALIZARON CON LOS PACIENTES. SU ENTREGA CONMOVIÓ A LA SOCIEDAD, ¿CREE QUE DESDE ESE MOMENTO SE SIENTEN MÁS VALORADOS?**

La pandemia supuso un reconocimiento a todos los profesionales que trabajan en un hospital, no solo de enfermería. Esta situación puso de manifiesto valores como la solidaridad, la entrega y el compromiso con la sociedad, también la capacidad de gestión y organización en una situación extrema y la importancia del trabajo en equipo. Desafortunadamente ese reconocimiento no se ha mantenido en el tiempo por parte de la sociedad, prueba de ello es el incremento en el número de agresiones al personal.

Quizás no nos sentimos más valorados, pero sí hemos tomado conciencia de la importancia de nuestra profesión y de la capacidad de adaptación ante situaciones críticas.

#### **¿CÓMO ESTÁ AFECTANDO ACTUALMENTE EL COVID A LA DIVISIÓN DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL?**

De momento, la situación actual, no es diferente a la de la última etapa de pandemia. Los pacientes positivos ingresan en la unidad correspondiente a la especialidad que motivó su ingreso, con aislamiento respiratorio, si bien es cierto, que el incremento de pacientes aislados en las unidades de enfermería supone una sobrecarga para los profesionales que trabajan en ellas, ya que para acceder a las habitaciones deben seguir protocolos estrictos de colocación y retirada de equipos de protección.

También se está notando un incremento en el número de profesionales afectados, lo que provoca ausencias por baja laboral.

#### **¿CUÁLES SON LOS MAYORES RETOS A LOS QUE SE ENFRENTA ACTUALMENTE LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE LEÓN?**

Conseguir una plantilla estable y adecuada a las necesidades del CAULE, que los profesionales trabajen en los servicios que sean de su elección. Para ello se ha convocado un proceso de movilidad voluntaria que se resolverá en breve. Fomentar la creación de consultas propias de enfermería, en la actualidad tenemos funcionando seis, pero este año esperamos poder ampliar ese número.

Trabajar para desarrollar la investigación e innovación en enfermería. Recientemente se ha constituido un grupo de investigación, liderado por una enfermera y formado por enfermeros y enfermeros especialistas, algunos doctores con líneas propias de investigación, que actúan como referentes, y profesionales con experiencia en la labor asistencial. Los futuros proyectos que se desarrollen en el CAULE tendrán en cuenta la continuidad asistencial, la seguridad del paciente, la humanización y las expectativas de los pacientes.

La docencia de los futuros profesionales puede ser fundamental en el desarrollo de nuevas líneas de investigación.

#### **¿CÓMO FOMENTAN QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ESTÉ ACTUALIZADO**

#### **CON LAS ÚLTIMAS PRÁCTICAS Y TECNOLOGÍAS?**

Existe un plan de formación continuada, que se basa en la detección de necesidades formativas transmitidas por los propios profesionales. El plan es anual y en él se incluyen actividades para todos los profesionales del CAULE, después cada división desarrolla actividades comunes a varias categorías o específicas.

En el último plan hemos incluido un nuevo formato en las sesiones de Enfermería. Se desarrollan en el salón de actos y se puede acceder a ellas a través de Teams. Con ello se ha pretendido dar a conocer el trabajo de los distintos servicios y unidades al resto de la división. Se realizan los jueves, con una duración de una hora, y se agrupan por temáticas, con un total de cuatro presentaciones. Al finalizar se abre un turno de preguntas. Esta actividad ha gozado de gran aceptación, se han presentado un total de 108 sesiones que serán certificadas como docencia a los ponentes y formación a los asistentes.

Además, los profesionales actualizan conocimientos participando en jornadas y congresos relacionados con su puesto de trabajo.

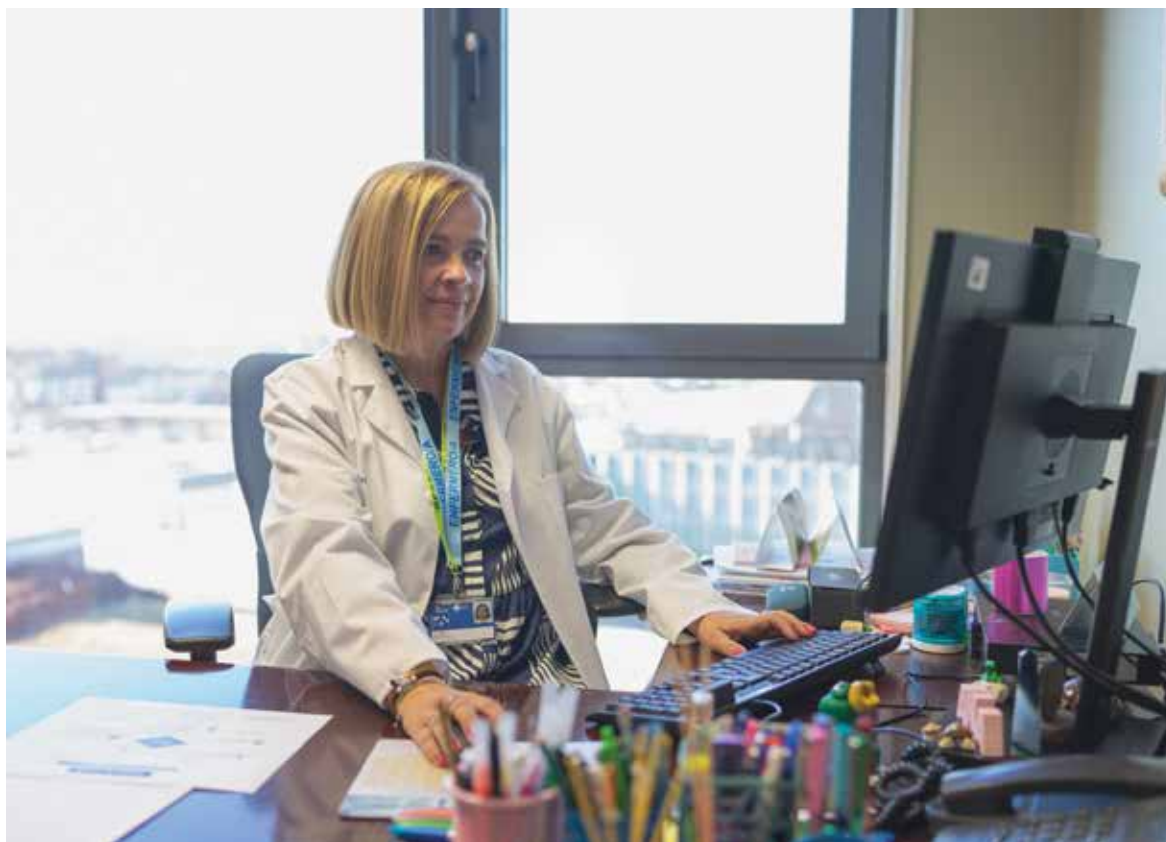
Cuando se incorporan nuevos equipos, se realiza una formación específica en el manejo de estos, para todos los profesionales implicados.

#### **LA ENFERMERÍA TIENE MUCHA LABOR DE APOYO, CON UN CONTACTO MUY DIRECTO CON EL PACIENTE. ¿CÓMO DEBEN MANEJARSE LAS SITUACIONES DIFÍCILES CON LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS?**

La palabra clave en el manejo de estas situaciones es la empatía. Escuchar con atención y respeto lo que demandan, evitando llevar la situación al terreno personal y manteniendo la calma. Es básica la apertura y accesibilidad del profesional facilitando un clima de cordialidad y confianza.

Anualmente, dentro del plan de formación, se organizan actividades enfocadas al manejo de este tipo de situaciones.

#### **EN UN COLECTIVO TAN NUMEROSO COMO ES EL DE ENFERMERÍA, ¿CÓMO SE LLEGA A TODOS LOS PROFESIONALES?**



A través de los supervisores y coordinadores técnicos, ellos desempeñan una labor importantísima, en el funcionamiento de los servicios y unidades. Son los pilares de la Dirección de Enfermería junto con los supervisores de área, trabajan al lado de los profesionales, y lideran las unidades de enfermería. Esto conlleva ser el punto de unión entre profesionales y Dirección, y en muchos casos también con los pacientes y sus familias. Es un trabajo duro y a veces poco reconocido.

La mejora en la comunicación con las centrales sindicales que componen la junta de personal, como representantes legales de los trabajadores, nos ha permitido conocer las inquietudes y las expectativas de los profesionales desde otro punto de vista.

#### ¿CÓMO VALORA ESTE AÑO AL FRENTE DE LA DIVISIÓN DE ENFERMERÍA DEL CAULE?

En general ha sido muy positivo, a ello ha contribuido todo el equipo humano que compone esta Dirección, subdirectores, supervisores de área y de unidad y coordinadores, pero

los grandes protagonistas sin duda son nuestros profesionales, ellos son los que consiguen que el CAULE sea el hospital que es, y desde aquí quiero mostrarles a todos ellos mi más profundo agradecimiento y reconocimiento a la labor que realizan.

Por supuesto, el apoyo de la Gerencia y de las divisiones médica y de gestión también han sido fundamentales. Lo más duro de este año ha sido reorganizar las plantillas, volver a la situación de normalidad después de tres años, cambios de ubicación de servicios, cambios en el personal etc. Trabajamos con los futuros profesionales enfermeros desde el inicio de su último año de carrera para conseguir fidelizarlos, más de un 70% se integraron al mundo laboral en el CAULE este verano, esto nos ha permitido poder organizar las vacaciones en una categoría de difícil sustitución.

Hemos puesto en marcha un proceso de movilidad voluntaria en el que se han incluido la totalidad de las plazas vacantes existentes en el centro.

Estamos trabajando en la revisión y elaboración de protocolos, de

manuales de organización y funcionamiento, revisión de almacenes, botiquines, formación de grupos de trabajo con diferentes contenidos.

Hemos implantado tres nuevas consultas de enfermería, radioterapia, enfermedad inflamatoria intestinal y ERCA.

Como he comentado con anterioridad, se ha establecido un cambio en las sesiones de enfermería, que hasta la fecha se realizaban dentro de los servicios.

Actualmente la sistemática es un formato de presentación tipo comunicación oral, abierto a la participación de todo el personal del centro. Se ha colaborado en la organización de la "Primera jornada de Humanización del área Sanitaria de León" y muchos de los trabajos presentados se encuentran en fase de implantación. Se han adoptado nuevas formas de trabajo en el área de gestión de personal y en la de recursos materiales. Además, se ha mejorado la comunicación y la colaboración con Atención Primaria.

Domus 

**“Mi tranquilidad es que  
se sienta como en casa”**



## **DomusVi Nta. Sra. del Camino**

Residencias para  
personas mayores

Cuidamos personas en buena compañía

**¿QUIERES MÁS  
INFORMACIÓN?**

Escanea el código QR,  
llámanos al **987 30 23 47**,  
visítanos en **c/Monseñor Ramón Zubieta**,  
**Virgen del Camino - León**  
o entra en **domusvi.es**

"Estamos dando los primeros pasos para la creación del Instituto de Investigación Biomédica de León"

## Sonia Martín Pérez

Directora general de Planificación Sanitaria, Investigación e Innovación de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León

El futuro Instituto de Investigación Biomédica en León, que será el tercero de la Comunidad, formará parte del Complejo Asistencial Universitario de León y contará con una serie de áreas y programas entre los que destaca la investigación para mejorar la salud y la calidad de vida de una población con una presencia cada vez más importante de la tercera edad, y que se servirá de la Inteligencia Artificial como una herramienta más.

### **EL PLAN ESTRATÉGICO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN, QUE COMIENZA A EJECUTARSE, CONTEMPLA, ENTRE SUS LÍNEAS DE ACTUACIÓN, LA CREACIÓN DE UN INSTITUTO BIOSANITARIO EN LEÓN. ¿DÓNDE SE UBICARÁ EL INSTITUTO, CÓMO FUNCIONARÁ Y CUÁL SERÁ EL PAPEL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEÓN EN ESTE PROYECTO?**

El Plan Estratégico de Investigación e Innovación en Salud de Castilla y León, con un horizonte temporal entre 2023 y 2027, contempla entre sus ejes y áreas estratégicas el fortalecimiento de las estructuras de I+i de la Comunidad de Castilla y León en el ámbito sanitario, mediante el impulso, entre otras medidas, de la creación de nuevos institutos de investigación biosanitaria así como el desarrollo de sus capacidades enfocadas a la solicitud de la acreditación ante el Instituto de Salud Carlos III, con el objetivo de crear una red de estructuras de investigación de excelencia en Castilla y León que dé soporte a la actividad investigadora del sector salud.

En este sentido, Castilla y León ya cuenta con un Instituto de investigación biomédica acreditado en Salamanca y, de manera inminente, iniciará su andadura el nuevo Instituto de investigación biosanitaria de Valladolid, que junto al Instituto de Investigación Biosanitaria de León conformarán la red de Institutos de nuestra Comunidad.

Según el Real Decreto 279/2016, de 24 de junio, sobre acreditación de institutos de investigación biomédica o sanitaria, los Institutos de Investigación Sanitaria (IIS) son entidades dedicadas a la investigación básica y aplicada, creadas mediante la asociación a los hospitales del SNS, de las universidades, organismos públicos de investigación y otros centros públicos o privados de investigación. El Instituto de Investigación Biosanitaria de León estará integrado por los centros hospitalarios de la provincia de León incluidos en las Áreas de Salud de León y del Bierzo, completándose con los dispositivos de investigación de atención

primaria, asociados con la Universidad de León para poner conjuntamente a disposición de los investigadores las infraestructuras existentes y sumar capacidades.

En el caso de León, ya se han iniciado los primeros pasos para la creación de este tercer instituto de investigación biosanitario. Las dos entidades principales implicadas, Complejo Asistencial Universitario de León y la Universidad de León, están en una fase de evaluación de los recursos que cada uno de ellos puede aportar al futuro instituto.

Su propósito será abordar los retos en salud desde una perspectiva multidisciplinar, tratando de obtener la mayor transferencia de resultados a las empresas y una traslación directa al ámbito clínico potenciando la innovación y la internacionalización. Asimismo, como en los otros casos, el apoyo mediante la estructura de gestión necesaria para el desarrollo del trabajo del Instituto lo proporcionará la Fundación del Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León.



*“La investigación es el pilar para una mejor toma de decisiones clínicas y un mayor conocimiento de las enfermedades”*

**¿CUÁL VA A SER EL TRABAJO QUE DESARROLLE ESTE INSTITUTO? SE HA COMENTADO QUE INVESTIGARÁ EN SALUD HUMANA PERO TAMBIÉN EN SALUD ANIMAL, ASÍ COMO EN EL CAMPO FARMACÉUTICO.**

El instituto de investigación biosanitaria definirá en el momento de su constitución una serie de áreas/programas científicos en los cuales los grupos de investigación establecerán las líneas de trabajo. En el caso de este instituto, pueden abrirse nuevas vías de áreas temáticas, como el concepto de OneHealth, que incluirá la parte veterinaria, además de áreas transversales emergentes como la medicina personalizada y de precisión, farmacología- interacciones farmacológicas, tecnologías aplicadas, entre otras.

**¿CON QUÉ PERSONAL SE DOTARÁ AL INSTITUTO? ¿SE FIDELIZARÁ LA FIGURA DEL INVESTIGADOR?**

El instituto contará con personal investigador, técnico y de gestión propio, contratado en régimen laboral, y también con personal adscrito procedente de las entidades firmantes del convenio y de otras instituciones públicas o privadas asociadas. La experiencia previa del Instituto en Salamanca es que estos institutos una vez acreditados tienen acceso a una importante fuente de financiación nacional e internacional y, por ello, permite la fidelización de los investigadores, que no tienen por qué ser exclusivamente licenciados o graduados en Medicina.

**LA POBLACIÓN DE LEÓN, AL IGUAL QUE LA DEL RESTO DE LA COMUNIDAD, ESTÁ ENVEJECIDA. ¿CÓMO PUEDE LA INVESTIGACIÓN AYUDAR A ESTE SEGMENTO POBLACIONAL Y A LA VEZ A FRENAR EL ENVEJECIMIENTO?**

El envejecimiento y, más aún, el sobre-envejecimiento de la población es una realidad a nivel europeo y se acentúa en nuestra Comunidad Autónoma.

El envejecimiento lleva asociado la presencia de pluripatología, polimedicación, dependencia y aumento de las necesidades de atención sociosanitaria. La investigación es el pilar para una mejor

toma de decisiones clínicas y un mayor conocimiento de las bases fisiopatológicas de las enfermedades asociadas al envejecimiento, que permita la incorporación de nuevas herramientas diagnósticas y terapéuticas. Todo ello redundará en mejores diagnósticos de manera más precoz y en un abordaje integral terapéutico que retrase la progresión e incluso llegue a controlar estas patologías.

**EL SACYL ESTÁ COMENZANDO A TRABAJAR CON SOFTWARES BASADOS EN TECNOLOGÍA DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO. ¿SE APLICARÁ TAMBIÉN LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL A LA INVESTIGACIÓN Y, EN CONCRETO, A LA QUE SE REALICE DESDE EL INSTITUTO BIOSANITARIO DE LEÓN?**

La Inteligencia Artificial es una herramienta que ya está presente en muchos ámbitos de la sociedad y es de gran importancia y potencialidad en el ámbito sanitario. Sin duda, las investigaciones y la innovación en salud tienen en la inteligencia artificial un enorme campo de trabajo, con resultados muy prometedores, tanto para la propia gestión de la actividad asistencial como para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Hay líneas abiertas de investigación en inteligencia artificial y es un área transversal que se va a potenciar en Castilla y León, y en concreto en los Institutos de Investigación Sanitaria.

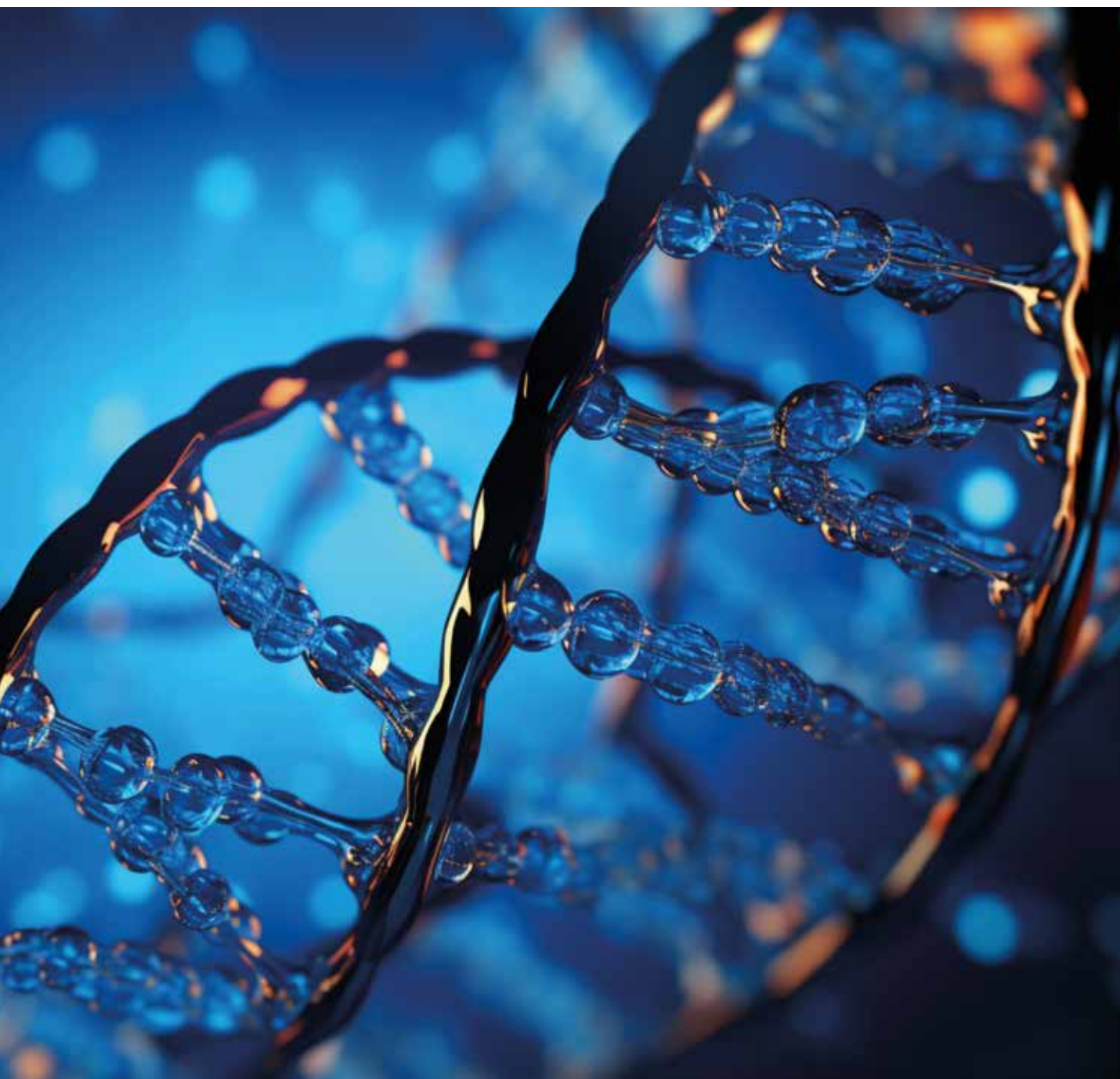
**¿QUÉ OTRAS ACTUACIONES CONTEMPLA SU DIRECCIÓN EN MATERIA DE INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN PARA EL ÁREA DE SALUD DE LEÓN Y PARA SU HOSPITAL?**

La Dirección General de Planificación Sanitaria, Investigación e Innovación, está trabajando en el refuerzo de la estructura existente de investigación e innovación de las diferentes áreas de salud de la Comunidad.

Se ha contado con la participación tanto de las gerencias de Atención Especializada y Atención Primaria de León, con los agentes internos implicados en investigación e innovación, así como con otros







*“Junto a los de Salamanca y Valladolid,  
el Instituto de Investigación Biosanitaria  
de León conformará la red de institutos  
de nuestra Comunidad”*



*“Hay líneas abiertas de investigación en inteligencia artificial y es un área transversal que se va a potenciar en Castilla y León”*

agentes externos de la provincia, para el análisis de situación de la I+i en salud, en el contexto del Plan Estratégico de Investigación e Innovación en Salud de Castilla y León 2023-2027. Fruto de sus aportaciones y de las realizadas por los agentes de I+i del resto de áreas, se ha establecido la hoja de ruta para los próximos años en esta materia.

Podemos adelantar que el resultado de este trabajo y la estrategia serán presentados en noviembre. Siguiendo los ejes que forman parte del Plan, hay una apuesta clara de la Consejería por la investigación e innovación en salud que busca alcanzar un posicionamiento estratégico nacional e internacional, en líneas clave para nuestra Comunidad, el impulso de la colaboración público-privada en investigación e innovación, el fortalecimiento de las estructuras creando una red colaborativa, la generación, atracción, desarrollo y retención de talento, el refuerzo del sistema de gestión, basado en la definición clara y optimización de los procesos y, por último, el fomento de la cultura de I+i en el ámbito de la salud en la población y en el ecosistema de empresarial de la Comunidad.

Algunas de las actuaciones que ya se han llevado a cabo incluyen la modificación y mejora en este año 2023 de los criterios de participación en la convocatoria anual de los proyectos de investigación, que fomenta e impulsa la presencia de proyectos de investigación de todas las provincias, las áreas de atención primaria, los proyectos de enfermería, así como el incremento de la dotación en un 20 % al igual que en la convocatoria de intensificación.





# PINILLA

## CENTRO MÉDICO

**NUTRICIÓN  
DIETÉTICA  
PSICOLOGÍA**

RECONOCIMIENTOS MÉDICOS  
PSICOTÉCNICOS

**987 273 843**



¡Escanéame para  
más información!

## CAFETERÍA RESTAURANTE ABAD SAN ANTONIO

En frente del Complejo Asistencial Universitario de León

### MENÚ DEL DÍA

De lunes a domingo  
(A CONSULTAR EN EL RESTAURANTE)

Primero y segundo a elegir, bebida, postre o café/infusión

Solicite cualquier producto de esta carta o nuestro menú del día para llevar.

### CARTA

ENSALADAS  
BOCADILLOS  
SANDWICHES  
RACIONES  
PLATOS COMBINADOS



Carta ONLINE



📞 987 87 57 16

\*Todos los productos incluyen IVA



Altos de Navas, s/n, 24008 León

"El aumento alarmante de diabetes tipo 2 en la población infantil es una llamada de atención para todos"

## Dr. David Emilio Barajas

Licenciado especialista en Endocrinología en el Hospital de León

En condiciones normales, el cuerpo produce insulina, una hormona que ayuda a que las células absorban la glucosa de la sangre y la utilicen como fuente de energía. Sin embargo, en la diabetes tipo 2, el cuerpo no utiliza la insulina de manera eficiente o no produce suficiente insulina. Esto provoca un aumento en los niveles de azúcar en la sangre, lo que puede tener graves consecuencias para la salud a largo plazo.

Se estima que unas 30.000 personas padecen diabetes tipo 2 en la provincia de León, una cifra a la que hay que sumarle el auge de pacientes cada vez más jóvenes. Y es que, tal y como apunta el doctor David Emilio Barajas, especialista en diabetes del Hospital de León, cada vez más niños y adolescentes son diagnosticados con esta enfermedad.

### ¿QUÉ ES LA DIABETES TIPO 2 Y CUÁL ES LA DIFERENCIA FUNDAMENTAL ENTRE LA TIPO 1? ¿CÓMO AFECTAN ESTAS DIFERENCIAS A SU CONTROL Y TRATAMIENTO?

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que afecta a la forma en que el cuerpo regula el metabolismo de la glucosa. Hoy por hoy, la clásica división entre diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 está obsoleta, ya que no podemos clasificar todos los sujetos en blanco o negro y hay una amplia gama de grises, dependiendo de la fisiopatología y el fenotipo de cada persona con diabetes. No obstante, de forma clásica, la diferencia fundamental ha venido dada porque lo que entendemos como diabetes tipo 1 tiene un origen autoinmune en el que el sistema inmunológico del cuerpo ataca y destruye las células beta en el páncreas, que son las responsables de producir insulina, una hormona que permite la entrada de la glucosa en las células. Como resultado, las personas con diabetes tipo 1 tienen una producción insuficiente de insulina y, por lo tanto, deben administrarse insulina de manera externa. Al ser de origen autoinmune, sus causas no son prevenibles y, aunque puede aparecer en cualquier momento de la vida, es característica de personas en edades jóvenes. Por otro lado, la diabetes tipo 2 es mucho más común y generalmente se desarrolla en adultos, aunque también puede afectar a personas más jóvenes con problemas de sobrepeso. En este caso, el cuerpo no utiliza eficientemente la insulina que produce (resistencia a

la insulina), y con el tiempo, la producción de insulina puede disminuir. Factores como la genética, la obesidad, la falta de actividad física y la dieta desempeñan un papel importante en el desarrollo de la diabetes tipo 2.

En resumen, aunque ambas formas de diabetes involucran problemas con la regulación de los niveles de glucosa en la sangre, sus causas y enfoques de tratamiento son distintos. La diabetes tipo 1 requiere insulina externa desde el principio debido a la falta de producción de insulina mientras que en la diabetes tipo 2 la resistencia a la insulina y la producción inadecuada son los factores clave y el tratamiento puede involucrar cambios en el estilo de vida, medicamentos y, en algunos casos, también insulina.

### ¿SE DIAGNOSTICAN MUCHOS CASOS EN LA CIUDAD DE LEÓN ANUALMENTE?

Actualmente, se atienden aproximadamente 30.000 personas con diabetes tipo 2 en la provincia de León, a mayores, estimamos que hay unas 10.000 personas sin identificar que padecen la enfermedad. En el caso de la diabetes tipo 1, podríamos dar una cifra en torno a 3.000 personas. Tanto la diabetes tipo 2 como la diabetes tipo 1 están en situación ascendente de incidencia, respecto a esta última podríamos decir que cada año debutan unas 80 personas con diabetes tipo 1 en nuestra área sanitaria.



### **EN LOS ÚLTIMOS AÑOS, HEMOS OBSERVADO UN AUMENTO ALARMANTE DE CASOS DE DIABETES TIPO 2 EN LA POBLACIÓN INFANTIL. ¿A QUÉ SE DEBE?**

Ciertamente, en las últimas décadas, ha habido un cambio significativo en la demografía de esta enfermedad, con un aumento notable de su aparición en niños y adolescentes. El factor más importante detrás del aumento de la diabetes tipo 2 en niños es la creciente tasa de obesidad infantil. La obesidad está estrechamente relacionada con la resistencia a la insulina, una condición en la que el cuerpo no utiliza eficientemente la insulina que produce. La resistencia a la insulina es un precursor de la diabetes tipo 2.

Esto tiene un origen multifactorial que se explica por el cambio del comportamiento de los niños en nuestra sociedad, con peores hábitos de estilo de vida, como la falta de actividad física y el aumento de tiempo dedicado a actividades sedentarias –mirar televisión y usar dispositivos electrónicos– que han contribuido al aumento de la obesidad y la resistencia a la insulina en los niños. Además, existe un consumo creciente de alimentos altos en calorías, azúcares añadidos y grasas poco saludables.

### **¿CUÁL ES EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA DETECCIÓN TEMPRANA, EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2 EN NIÑOS?**

El enfoque del profesional de la salud abarca tanto la prevención como la gestión de la enfermedad una vez que se ha diagnosticado. Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de educar a los padres, cuidadores y niños sobre los riesgos de la diabetes tipo 2, los factores de riesgo asociados y las medidas preventivas. Son importantes los exámenes analíticos regulares para detectar signos tempranos de diabetes tipo 2 especialmente en niños con factores de riesgo, como la obesidad o antecedentes familiares de la enfermedad. Esto puede incluir pruebas de glucosa en sangre y análisis de sangre para evaluar la función de la insulina. Los criterios diagnósticos de la diabetes no son específicos para población infantil y se aplican los mismos umbrales y estándares que en población adulta. Una vez confirmado el diagnóstico, se trata de definir un plan de tratamiento personalizado que puede incluir cambios en la dieta, aumento de la actividad física y, en algunos casos, medicamentos para controlar la glucemia.

### **SI UN NIÑO O ADOLESCENTE ES DIAGNOSTICADO CON DIABETES TIPO 2, ¿CUÁL ES EL ENFOQUE DE TRATAMIENTO RECOMENDADO?**

El enfoque de tratamiento recomendado para un niño o adolescente diagnosticado con diabetes tipo 2 es integral y se basa en una combinación de cambios en el estilo de vida, monitorización regular, educación y, en algunos casos, medicamentos.

En primer lugar, se enfatiza en la necesidad de seguir una dieta equilibrada y saludable, que incluya una variedad de alimentos con bajo contenido de azúcares refinados, grasas saturadas y carbohidratos procesados. Se recomienda la actividad física regular para mejorar la sensibilidad a la insulina y mantener un

peso saludable. Esto puede incluir una combinación de ejercicio aeróbico y entrenamiento de fuerza. Tanto el paciente como su familia deben recibir educación sobre la diabetes, incluyendo cómo controlarla, reconocer los síntomas de hiperglucemia e hipoglucemia, y cómo administrar la insulina si es necesario. Si los cambios en el estilo de vida y la actividad física no son suficientes para mantener niveles de azúcar en sangre dentro del rango objetivo, el médico puede considerar la prescripción de medicamentos como la metformina u otros fármacos.

### **¿QUÉ IMPACTO TIENE LA DIABETES TIPO 2 EN LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LOS NIÑOS A LARGO PLAZO?**

Las complicaciones asociadas a la diabetes a largo plazo son las mismas que en personas adultas, lo que ocurre es que lógicamente, si se presenta a edades más precoces, los problemas asociados a estas situaciones se multiplican.

La diabetes tipo 2 está asociada con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, como enfermedad coronaria, hipertensión y accidente cerebrovascular. La diabetes tipo 2 puede dañar los riñones con el tiempo, lo que se conoce como nefropatía diabética. Esto puede llevar a problemas de filtración renal y, en casos graves, a la insuficiencia renal.

La retinopatía diabética es una complicación ocular común en personas con diabetes tipo 2. Puede afectar la retina y, en casos avanzados, llevar a la pérdida de la visión. Los nervios pueden resultar dañados debido a los niveles elevados de azúcar en sangre, causando neuropatía diabética. Esto puede provocar sensaciones de hormigueo, entumecimiento y dolor en extremidades. La diabetes puede afectar la circulación sanguínea y la sensibilidad en los pies, lo que aumenta el riesgo de úlceras e infecciones. Además, las heridas pueden sanar más lentamente en personas con diabetes. Y por último, vivir desde muy joven con una enfermedad crónica como la diabetes tipo 2 puede tener un impacto emocional significativo en los niños y adolescentes. Puede causar estrés, ansiedad y preocupaciones sobre el manejo de la enfermedad en el día a día.

### **¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS MÁS COMUNES DE LA DIABETES TIPO 2 EN NIÑOS Y CÓMO PUEDEN LOS PADRES RECONOCERLOS A TIEMPO?**

Los síntomas de la diabetes tipo 2 en niños tienden a desarrollarse gradualmente y pueden ser poco intensos. Los niños con diabetes tipo 2 pueden experimentar una sed intensa y orinar con frecuencia. Esto ocurre debido a que los niveles elevados de azúcar en sangre hacen que los riñones trabajen más para eliminar el exceso de glucosa. A pesar de comer regularmente, los niños pueden sentir hambre constantemente debido a que las células no están utilizando adecuadamente la glucosa como fuente de energía. Los niveles altos de azúcar en sangre pueden hacer que el cuerpo no funcione de manera eficiente, lo que puede llevar a una sensación de fatiga y debilidad. Aunque es menos común en la diabetes tipo 2 que en la tipo 1, algunos niños pueden perder peso sin razón aparente debido a la incapacidad del cuerpo para utilizar la glucosa como energía. Los



*“Es importante reconocer que los niños y adolescentes están expuestos a un entorno cada vez más obesogénico y esto hace que puedan ser especialmente vulnerables”*



niveles elevados de azúcar en sangre pueden afectar la forma en que el ojo enfoca la luz, lo que puede causar visión borrosa, es otra forma de presentación habitual, y por último, recalcar que el control deficiente de la glucosa en sangre puede afectar la cicatrización de heridas, lo que puede llevar a que las heridas tarden más en sanar.

Es importante que los padres y cuidadores estén atentos a estos síntomas y busquen atención médica si sospechan que su hijo podría estar experimentando diabetes.

**¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA DIABETES TIPO 2 EN ADULTOS? ¿SE APLICAN ESTOS MISMOS FACTORES DE RIESGO A LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES?**

Los factores de riesgo asociados con la diabetes tipo 2 en adultos son en gran medida similares a los factores de riesgo que también pueden afectar a niños y adolescentes. Sin embargo, es importante reconocer que los niños y adolescentes están expuestos a un entorno cada vez más obesogénico y esto hace que puedan ser especialmente vulnerables debido a la naturaleza de sus etapas de desarrollo, por ejemplo, los adolescentes durante la pubertad pueden experimentar cambios hormonales que afectan a la forma en

que el cuerpo utiliza la insulina, lo que aumenta su vulnerabilidad a la diabetes tipo 2, siendo un proceso especialmente notable en poblaciones afroamericanas, hispanas, nativas americanas y asiáticas.

**¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LAS COMPLICACIONES ENTRE NIÑOS Y ADULTOS CON DIABETES TIPO 2?**

Las complicaciones de la diabetes tipo 2 en niños y adultos son en gran medida similares, pero hay diferencias en cómo se pueden manifestar y afectar a diferentes grupos de edad.

Los niños y adolescentes están en etapas de crecimiento y desarrollo, si el control de la diabetes es muy deficiente, puede acarrear un impacto en la talla final de adulto y retrasar el desarrollo puberal.

El aspecto psicológico y emocional es especialmente relevante en estas edades, dadas las consecuencias de vivir con una enfermedad crónica como la diabetes tipo 2 que acarrea desafíos adicionales en términos de aceptación, autoimagen y manejo de la enfermedad en el entorno escolar y social.

**¿CÓMO PUEDE LA COMUNIDAD MÉDICA Y LA SOCIEDAD EN GENERAL BRINDAR UN MAYOR APOYO A LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DIABETES TIPO 2 Y A SUS FAMILIAS?**



Desde la sociedad en su conjunto y desde las instituciones se deben promover programas que mejoren la educación sobre la diabetes tipo 2 y su prevención debería ser parte integral de la enseñanza en escuelas y comunidades. Esto puede ayudar a crear una comprensión más amplia de los riesgos y desafíos asociados con la enfermedad. Las políticas gubernamentales se han mostrado eficaces en poder influir en la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de la diabetes tipo 2 en niños. Los programas que promueven hábitos de vida saludables y la actividad física deben estar disponibles en las comunidades locales, ya que benefician tanto a los niños en riesgos como a sus familias. También podríamos plantear otras medidas de salud pública que probablemente son necesarias, como incluir regulaciones sobre publicidad de alimentos poco saludables dirigidos a niños, impuestos a productos azucarados, acceso a espacios de juego activo y opciones de transporte público como la bicicleta. Es fundamental abordar desde el nivel institucional las desigualdades socioeconómicas que pueden influir en la prevalencia y el manejo de la diabetes tipo 2 en niños y adolescentes, brindando apoyo y recursos a todas las comunidades, independientemente de su nivel socioeconómico.

Desde el punto de vista de los profesionales de la salud, estos deben recibir capacitación específica sobre la diabetes tipo 2 en niños y adolescentes, para que puedan brindar atención adecuada y orientación a las familias. La colaboración entre la comunidad médica, las instituciones educativas, las organizaciones de salud y la sociedad en general puede marcar una diferencia significativa en la prevención, el manejo y la calidad de vida de estos jóvenes afectados por la enfermedad.

#### **¿PODRÍA PROPORCIONAR ALGUNAS PAUTAS GENERALES SOBRE LA DIETA Y LA ACTIVIDAD FÍSICA RECOMENDADAS PARA LOS NIÑOS EN RIESGO?**

El aspecto nutricional debe basarse en dieta equilibrada que incluya una variedad de alimentos de todos los grupos alimenticios: frutas, verduras, proteínas magras, cereales integrales y productos lácteos. Una vez adquiridos estos hábitos, es importante enseñar a los niños a reconocer y respetar las porciones adecuadas de alimentos.

Por supuesto, debe reducirse el consumo de alimentos y bebidas con alto contenido de azúcares añadidos, como refrescos, zumo, dulces y bollería. Limitar los alimentos procesados y optar por opciones más naturales.

Respecto a la actividad física, esta debe adaptarse a la edad del niño, en niños por debajo de los 8-10 años, es importante fomentar el juego activo. En adolescentes y preadolescentes, lo recomendable es incentivar la actividad física mediante deportes, especialmente de equipo, para fomentar su interés y trabajar distintos grupos musculares.

#### **¿QUÉ MENSAJE LE GUSTARÍA TRANSMITIR A LOS PADRES, CUIDADORES Y LA SOCIEDAD EN GENERAL SOBRE LA IMPORTANCIA DE ABORDAR EL AUMENTO DE LA DIABETES TIPO 2 EN LA POBLACIÓN INFANTIL?**



*“Todos tenemos una responsabilidad compartida en la salud de nuestros niños. Los padres, educadores, profesionales de la salud y la sociedad en general desempeñan un papel en la creación de entornos que fomenten hábitos saludables y reduzcan los factores de riesgo”*

Todos tenemos una responsabilidad compartida en la salud de nuestros niños. Los padres, educadores, profesionales de la salud y la sociedad en general desempeñan un papel en la creación de entornos que fomenten hábitos saludables y reduzcan los factores de riesgo. El aumento alarmante de la incidencia de diabetes tipo 2 en la población infantil es una llamada de atención para todos, que traduce una problemática de salud pública y que requiere una respuesta colectiva y un enfoque integral.

Enseñar a los niños sobre su salud y cómo tomar decisiones informadas es el primer paso para construir adultos responsables de sí mismos, la prevención comienza desde la infancia. Los hábitos de vida saludables inculcados desde la niñez van a tener un impacto en la salud a lo largo de la vida. Enseñar a los niños, cuando son niños, sobre la importancia de una dieta equilibrada y la actividad física es una inversión en su futuro. A medida que crezcan, estarán mejor equipados para tomar decisiones saludables por sí mismos.

# La revolución de la Cirugía robótica en el tratamiento de tumores urológicos

Una conversación con el Dr. Miguel Ángel Alonso



El Servicio de Urología del Complejo Asistencial Universitario de León es reconocido por su implicación en el tratamiento y atención a pacientes con diversas patologías urológicas. En esta entrevista, el Dr. Miguel Ángel Alonso, destacado urólogo del CAULE, comparte su vasta experiencia y conocimientos en este campo, abordando desafíos, avances tecnológicos y aspectos clave en el diagnóstico y tratamiento. Además, explora la importancia de la colaboración interdisciplinaria y ofrece una visión sobre el futuro de los tratamientos. Una conversación esencial para comprender y enfrentar estas complejas afecciones.

**DR. ALONSO, ¿PODRÍA HABLARNOS SOBRE SU EXPERIENCIA Y TRAYECTORIA EN EL CAMPO DE LA UROLOGÍA Y CÓMO LLEGÓ A ESPECIALIZARSE EN EL CÁNCER DE PENE Y LOS TUMORES DE CÉLULAS GERMINALES?**

La Urología es una especialidad más desconocida de lo que la población general cree, con amplias áreas de conocimiento y subespecializaciones muy diversas que abarcan más allá de la próstata. Es eminentemente quirúrgica, abarca el trasplante renal, cirugía reconstructiva, funcional, litiasis, andrología, todo el aparato urinario, retroperitoneo, manejamos grandes vasos e intestino, por lo que es una especialidad que me atrajo desde el principio. En ese sentido, la linfadenectomía retroperitoneal de rescate en tumores de células germinales (testículo) supone, en muchos casos, una de las cirugías más complejas debido al riesgo que supone abordar la zona que afectan (cava y aorta), en las cuales hemos vivido el avance de las técnicas mínimamente invasivas en los últimos años: cirugía laparoscópica y robótica. Por otro lado, la linfadenectomía en el cáncer de pene siempre ha conllevado una elevada morbilidad, lo cual hizo que a principios de este siglo (2003) se diseñara una técnica mínimamente invasiva (la linfadenectomía inguinal video-endoscópica) de la cual hemos sido pioneros a nivel nacional, y nos ha permitido disponer de la mayor serie en nuestro país y presentarla en algunos congresos internacionales.

**EN SU OPINIÓN, ¿CUÁLES SON LOS DESAFÍOS MÁS SIGNIFICATIVOS EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PENE EN LA ACTUALIDAD Y CÓMO HA EVOLUCIONADO LA PRÁCTICA CLÍNICA EN ESTE CAMPO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?**

El cáncer de pene tiene una muy baja incidencia en España, que ronda el 1%, cuyos factores de riesgo incluyen la higiene personal inadecuada, exposición a determinados subtipos de virus del papiloma humano, etc. En este sentido, las vacunaciones previas al inicio de las relaciones sexuales de los subtipos de VPH más peligrosos, así como un mayor acceso a niveles óptimos de higiene, pueden incidir en una mayor reducción de este tipo de cáncer. El diagnóstico es clínico y anatomopatológico. El tratamiento clásicamente ha

sido muy invalidante, ya que casi siempre suponía la penectomía parcial y total, pero hoy en día, gracias a la colaboración multidisciplinar con el servicio de Dermatología y Anatomía Patológica, se pueden realizar cirugías menos mutilantes, como la cirugía de Mohs, con los mismos resultados oncológicos.

**LA LINFADENECTOMÍA VIDEOENDOSCÓPICA EN EL CÁNCER DE PENE ES UN TRATAMIENTO INNOVADOR Y ESPERANZADOR. ¿PODRÍA EXPLICARNOS EN QUÉ SITUACIONES CONSIDERA QUE ESTA TÉCNICA PODRÍA SER BENEFICIOSA PARA LOS PACIENTES?**

Esta técnica se aplica para realizar una escisión de los ganglios de la ingle. Clásicamente se hacía una incisión inguinal, lo cual tenía un elevado riesgo de complicaciones de la herida quirúrgica, necrosis e infecciones.

En este sentido, en el 2003, a los urólogos Ian Thomson (Texas) y Jay Bishoff (universidad John Hopkins), se les ocurre la posibilidad de hacerlo con el material de laparoscopia, pero en un sitio como la ingle donde no hay un espacio como el del abdomen, sino que hay que crearlo. Realizan un primer caso, pero el padre de la técnica es Tobías Machado, urólogo brasileño, el cual la sistematiza y realiza una primera publicación en el 2007, con 7 casos. Nosotros nos hacemos eco y realizamos uno de los primeros casos a nivel nacional junto con la Fundación Puigvert de Barcelona en 2009, y lo comenzamos a utilizar no solo en el cáncer de pene sino también en todos los cánceres que pueden afectar a la ingle, como el melanoma del miembro inferior, cáncer de uretra, vulva, metástasis inguinales de cáncer de recto, lo cual aumentó nuestra casuística. De esta forma también conseguimos ser pioneros en España en la realización de esta técnica con asistencia del robot Da Vinci, gracias a la introducción de este en nuestro centro en 2018.

Las ventajas de esta técnica son que, al realizar pequeñas incisiones, mantenemos la vascularización cutánea de la ingle, reduciendo las complicaciones de la herida quirúrgica, fundamentalmente las infecciones y necrosis. Puede parecer baladí, pero la realidad es



*“La linfadenectomía inguinal video-endoscópica, de la cual hemos sido pioneros a nivel nacional, nos ha permitido disponer de la mayor serie en nuestro país y presentarla en algunos congresos internacionales”*



que era una cirugía con una tasa de complicaciones del 70%, y de esta forma hemos conseguido reducirlas a cerca del 30%.

**PARA LOS PACIENTES QUE SE ENFRENTAN A LA POSIBILIDAD DE UNA LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL DESPUÉS DE LA QUIMIOTERAPIA EN TUMORES DE CÉLULAS GERMINALES, ¿CUÁLES SON LAS CONSIDERACIONES CLAVE QUE DEBEN TENER EN CUENTA AL TOMAR ESTA DECISIÓN?**

Tenemos dos tipos de tumores de células germinales en el varón (testículo): los llamados seminomatosos y los no seminomatosos.

Es importante saber que, en la actualidad, tras la orquiectomía, la mayoría de estos pacientes son sometidos a quimioterapia. Sabemos que la vía de diseminación en estos tumores se mantiene muy estable por vía linfática (retroperitoneo, vasos iliacos, para aórtica, para cava), con excepción de algunos no seminomatosos que pueden tener una mayor diseminación hematológica.

Los seminomatosos son radiosensibles y se pueden irradiar esas zonas de diseminación. Sin embargo, en Europa existe una mayor tendencia a realizar un rescate quirúrgico si persisten masas por encima de 1 cm en los no seminomatosos o de 3 cm en los seminomatosos tras la quimioterapia.

En las consideraciones, es importante saber que los seminomatosos son más complejos de intervenir porque tienen una mayor linitis, una mayor adherencia a estructuras vecinas, especialmente a los grandes vasos.

Se debe tener en cuenta el tamaño de esas masas y la zona que afectan, ya que pueden existir complicaciones que van más allá de las lesiones vasculares, como pueden ser lesiones del sistema nervioso autónomo, con eyaculación retrógrada y distintas disautonomías.

**UN DATO ESPECIALMENTE RELEVANTE ES EL BIOMARCADOR MIR-371A-3P EN EL MANEJO DE MASAS RESIDUALES POSQUIMIOTERAPIA. ¿PODRÍA PROPORCIONAR MÁS DETALLES SOBRE CÓMO SE UTILIZA ESTE BIOMARCADOR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y CUÁL HA SIDO SU IMPACTO EN LA TOMA DE DECISIONES?**

Este es un biomarcador de ARN que se realiza en sangre y que ya está disponible en el mercado, pero no así en la práctica clínica de la mayoría de nuestros centros. Está demostrando una mayor eficacia en el diagnóstico de estos tumores, en la monitorización del seguimiento y, sobre todo, en la viabilidad de las masas residuales, lo cual es especialmente importante a la hora de decidir qué pacientes intervenimos o no. Hemos dicho que ponemos un límite de 1 cm para los no seminomatosos y de 3 cm en los seminomatosos para hacer un rescate quirúrgico postquimioterapia, pero sabemos que un alto porcentaje de pacientes, una vez realizada la linfadenectomía, no tenían tumor residual, sino que solo queda necrosis, y ha habido una respuesta completa a la quimioterapia, en los cuales podríamos haber evitado el riesgo de la intervención.

En los seminomatosos, tenemos la posibilidad de hacer un PET TC de glucosa, que puede demostrar actividad metabólica de esas masas residuales, con una sensibilidad y especificidad limitadas. Y en los no seminomatosos, la fiabilidad es aún menor, de ahí la





importancia que puede tener este marcador en la toma de decisiones quirúrgicas de estos pacientes. Mención aparte dentro de los tumores no seminomatosos es el que conocemos como teratoma, el cual tiene indicaciones quirúrgicas por el potencial crecimiento de este independiente de la quimioterapia y que puede tener un efecto masa en el retroperitoneo.

**¿CÓMO VE EL FUTURO DE LOS TRATAMIENTOS Y TÉCNICAS EN EL CÁNCER DE PENE Y LOS TUMORES DE CÉLULAS GERMINALES? ¿EXISTEN ÁREAS DE INVESTIGACIÓN O AVANCES TECNOLÓGICOS QUE CONSIDERE PROMETEDORES?**

La tendencia actual es hacia una medicina de precisión cada vez mayor y una optimización de la cirugía mínimamente invasiva. Hoy en día, el tratamiento inicial de estos tumores sigue siendo quirúrgico, y en ese sentido, los avances tecnológicos, especialmente la explosión de la cirugía robótica, nos permiten llegar más lejos en complejidad con menos invasión. Esto incluye las actuales linfadenectomías retroperitoneales robóticas de grandes masas, que hace unos años realizábamos con cirugía abierta, así como la linfadenectomía inguinal robótica, que proporciona una gran ergonomía, y la Cirugía de Mohs, que permite conservar el pene.

Por otro lado, las líneas de investigación van encaminadas a establecer con un mayor grado de precisión dónde está la enfermedad, para reducir el sobretreatmento de estos pacientes. Se están desarrollando nuevas pruebas de imagen con PET-TC que establezcan correctamente los estadios de estas patologías, y se está investigando el uso de biomarcadores como los miR-371a y su adecuación en la práctica clínica.

**¿QUÉ CONSEJOS O RECOMENDACIONES DARÍA A LOS PACIENTES QUE SE ENFRENTAN A LA POSIBILIDAD DE SOMETERSE A UNA LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL DESPUÉS DE LA QUIMIOTERAPIA? ¿QUÉ FACTORES DEBEN TENER EN CUENTA AL TOMAR ESTA DECISIÓN?**

Siendo como es una cirugía relativamente infrecuente, con potenciales complicaciones graves, lo más

importante es centralizar esta patología en centros con alto volumen. Dado el carácter multidisciplinario que pueden tener estas cirugías, también se deben realizar en centros que cuenten en su cartera de servicios con cirugía vascular además de cirugía general.

**FINALMENTE, ¿CÓMO VE EL FUTURO DE ESTOS PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PENE Y LOS TUMORES DE CÉLULAS GERMINALES?**

Aunque el establecimiento y difusión de las nuevas técnicas quirúrgicas como la linfadenectomía inguinal videoendoscópica es lenta; también lo es constante. Una nueva técnica es un reto y requiere sacrificio y una curva de aprendizaje, pero la innovación es crítica en la evolución de la cirugía y permite avanzar hacia el futuro. Se acabaron los tiempos en los que se establecían frases como "grandes cirujanos, grandes incisiones". Desde que en 1987 se acuñara el concepto de cirugía mínimamente invasiva por parte del urólogo Wickam, esta no ha parado de avanzar. Y, donde los clásicos nos decían que había que saber realizar cirugía abierta para algunos cálculos renales, la realidad es que la perseverancia en la mínima invasión está demostrando que no es así.

A esto añadimos el boom de la cirugía robótica, en la cual, más allá de los costes actuales, se abre un panorama en múltiples especialidades que está por descubrir. Mientras la cirugía exista, esta debe ir encaminada a minimizar su impacto, y el futuro pasa por la miniaturización y la robotización y por romper, como se rompió, con la frase que el famoso cirujano Marjolin estableció en 1836: "La cirugía ha llegado hasta el punto de no tener nada que avanzar en lo sucesivo", y contrasta con el prólogo que se hace en el famoso libro de Jürgen Thorwald, *El siglo de los cirujanos*, por parte de Bertrand Gosset: "La historia de la cirugía es la historia de los últimos cien años. Se inicia en 1846 con el descubrimiento de la anestesia y por lo tanto con la posibilidad de operar sin dolor. Todo lo anterior a tal fecha no pasa de ser una noche de ignorancia, sufrimiento y estéril tanteo en la oscuridad, en cambio la historia de los cien años ofrece el panorama más grandioso que conoce la humanidad".



## SERVICIOS QUE REALIZAMOS:

- CONCIERTO CON LA SEGURIDAD SOCIAL - COMPAÑÍAS DE SEGUROS PRIVADOS
- SERVICIOS A PARTICULARES - TRASLADOS NACIONALES E INTERNACIONALES.
- PREVENTIVOS SANITARIOS EN EVENTOS (DEPORTIVOS, CULTURALES, ROMERÍAS...)



Ambulancias Pérez S.L. Telf.: 987 780 444

Avda. Fernando de Castro, 13 E-mail: administracion@ambulanciasperez.com

C.P.: 24320 - Sahagún (LEÓN) URL: www.ambulanciasperez.com



## CENTRO ORTOPÉDICO JOSÉ AGUADO

TÉCNICOS TITULADOS

- ✓ Ortopedia técnico
- ✓ Comercial
- ✓ Suministros médico
- ✓ Hospitalarios
- ✓ Soluciones profesionales en ortopedia técnica
- ✓ Sección mastectomía
- ✓ Centro especializado y autorizado en adaptación de prendas a medida

ORTOPEDIA TÉCNICO - COMERCIAL - SUMINISTROS MÉDICO - HOSPITALARIOS

SOLUCIONES PROFESIONALES EN ORTOPEDIA TÉCNICA - SECCIÓN MASTECTOMÍA

Servicio Técnico oficial de Sunrise medical e Invacare

Centro especializado y autorizado en adaptación y dispensación de prendas a medida

Avda. José Aguado, 32 · León  
c.o.joseaguado@hotmail.com  
☎ 987 204 953 · 619 070 791  
| Reg. Sanitario nº 24-E-0073



SERVICIO TÉCNICO OFICIAL DE:







"En los últimos años ha habido un incremento del cáncer cutáneo en pacientes jóvenes"

## Agua y jabón son los mejores limpiadores

Piel sana y radiante, consejos del Dr. Rodríguez Prieto, Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital de León

En esta charla se aborda la importancia de conocer la piel y sus señales. El Dr. Manuel Ángel Rodríguez Prieto, jefe del Servicio de Dermatología en el CAULE, enseña a "leer" la piel y ofrece consejos para mantenerla sana después de los meses de verano, una ventana perfecta para los excesos de sol y la aparición de manchas y enfermedades.

La piel es la gran olvidada, a pesar de que es el órgano más grande del cuerpo. Pocas personas son conscientes de los cuidados apropiados o cómo identificar o cuándo acudir al médico ante cualquier alteración.

En su último libro, el Atlas de Cirugía Dermatológica, el doctor recoge información de divulgación, orientada a otros profesionales, para elegir el procedimiento adecuado a cada paciente, según su condición. Esta sección pretende un objetivo similar, pero dirigido a los pacientes y la sociedad en general.

**EN EL OCASO DEL VERANO, CUANDO ES HABITUAL UNA SOBRE-EXPOSICIÓN A LOS RAYOS SOLARES DURANTE JULIO Y AGOSTO, ¿QUÉ DEBE SABER CUALQUIER PERSONA PARA IDENTIFICAR CAMBIOS SIGNIFICATIVOS EN LA PIEL? ¿CÓMO SE PUEDE APRENDER A "LEERLA" Y QUÉ SEÑALES DEBEN BUSCARSE?**

Pues de la misma forma que aprendimos a leer. Primero conocer las letras, aprenderlas y ordenarlas. Reconocemos cuándo sobra una letra o está cambiada, si es mayúscula o minúscula, etc. Igualmente reconoceremos que hay algo que no estaba, que sí estaba, pero ha cambiado el color, el tamaño, la forma o todo. Por las distintas lecturas que hemos hecho, sabemos que hay cosas en la piel de nuestros familiares

que han ido apareciendo y a las que no se ha dado importancia. Pero hay otras que no las hemos visto y que nos llaman la atención. Estas son las señales que deben animarnos a pedir una consulta.

**¿CÓMO DIFERENCIAR UNA MANCHA COMÚN, MUCHAS VECES PRODUCTO DEL ENVEJECIMIENTO, DE CUALQUIER OTRA QUE DEBA SER TRATADA?**

Como ya he comentado anteriormente, las manchas y bultos que deben ser tratados se distinguen porque crecen, tienen coloración variada, son ásperas al tacto y desentonan del resto.

**¿QUÉ SE DEBE TENER EN CUENTA PARA ELEGIR UN BUEN PROTECTOR SOLAR? SE HABLA MUCHO DEL FACTOR DE PROTECCIÓN, PERO SE SABE POCO DE LOS COMPONENTES Y PARECE QUE ALGUNOS PUEDEN RESULTAR CONTRA-PRODUCTENTES...**

Las marcas. Las marcas aportan una garantía que respaldan los estudios de los laboratorios farmacéuticos. Hay distintas sustancias que ofrecen



*“Es cierto que en los últimos años ha habido un incremento del cáncer cutáneo en pacientes jóvenes”*

protección, bien química o física, pero su conocimiento complicaría la elección a los usuarios. Por tanto, insisto en lo anterior.

Una cosa que hay que tener en consideración es la importancia de “la frecuencia”. Aunque la cantidad debe de ser suficiente, la aplicación repetida, cada 2-3 h. es lo más importante. Claro, siempre que sea de día y estemos al aire libre.

#### **¿ES IMPORTANTE PROTEGER LA PIEL TAMBIÉN EN INVIERNO?**

Aunque otras longitudes de onda también dañan la piel, la luz ultravioleta (UV) es la más dañina. En invierno el sol, que es quien envía esta luz, está menos vertical, pero la luz UV llega a la tierra. Dependiendo de la vida que lleve cada uno deberá usar o no el fotoprotector.

#### **¿QUÉ OPINA DEL USO EXTENDIDO DE LOS RAYOS UVA PARA LUCIR UN BRONCEADO PERFECTO?**

No yo, todos los dermatólogos sabemos que no son recomendables, salvo por prescripción médica terapéutica. Como ya he dicho en más ocasiones, el estar moreno puede que te haga parecer más guapo, pero envejecerás antes y te puede acortar la vida.

#### **¿QUÉ DEBEMOS APLICAR EN LA PIEL DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN PROLONGADA AL SOL?**

Una dosis de sentido común para no volverlo a hacer. Si eso no ha ocurrido ¡hidratación e hidratación!

#### **MUCHAS PERSONAS NO VAN AL MÉDICO TRAS LA APARICIÓN DE MANCHAS PEQUEÑAS PORQUE NO LES DAN IMPORTANCIA O TIENE MIEDO A PARECER HIPOCONDRIACOS ¿QUÉ CONSEJO LES DARÍA?**

¡El tamaño no importa! Una mancha muy pequeña puede ser un melanoma, que con un grosor de milímetros te puede matar. Los consejos ya los he dado en un apartado anterior.

#### **VIVIMOS EN EL IMPERIO DE LO DIGITAL. PESE A TODAS SUS BONDADES, HAY MULTITUD DE PÁGINAS EN INTERNET, CON INFORMACIONES CONTRADICTORIAS O DIRECTAMENTE FALSAS. ¿CONSIDERA PERJUDICIAL QUE EL PACIENTE TRATE DE INFORMARSE EN LA RED?**

Claro que es perjudicial. En internet podemos ver un periódico chino, pero si no sabemos chino... Solo sirve para crear incertidumbres y miedos, que no desaparecerán hasta que un médico se lo aclare.

#### **COMO EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, CUANDO SE HABLA DE CÁNCER RESULTA VITAL UN DIAGNÓSTICO A TIEMPO ¿QUÉ SIGNIFICA UN DIAGNÓSTICO TEMPRANO CUANDO HABLAMOS DE CÁNCER DE PIEL?**

Cuando me referí a las manchas ya di unas cuantas pistas. Por ejemplo, una mancha de unos milímetros, oscura, con varias tonalidades, irregular, puede ser un melanoma. Pues bien, si seguimos mirando para la mancha y no consultamos, estamos evitando un diagnóstico temprano.

#### **ADEMÁS DEL SOL, ¿QUÉ FACTORES INCIDEN EN LA POSIBILIDAD DE SUFRIR UN CÁNCER DE PIEL?**

El arsénico. El arsénico es una sustancia tóxica que se encuentra en algunas aguas. Suelen ser aguas de fuentes que no están analizadas para el consumo. La radioterapia y algunos fármacos generalmente utilizados para el tratamiento del cáncer o tratamientos inmunosupresores.

#### **ES HABITUAL RECIBIR INFORMACIONES SOBRE EL CONTINUO INCREMENTO DE CASOS DE CÁNCER DE PIEL. ¿ES SIGNIFICATIVA ESTA INCIDENCIA EN LEÓN? ¿ES CIERTO QUE CADA VEZ AFECTA A PERSONAS MÁS JÓVENES?**

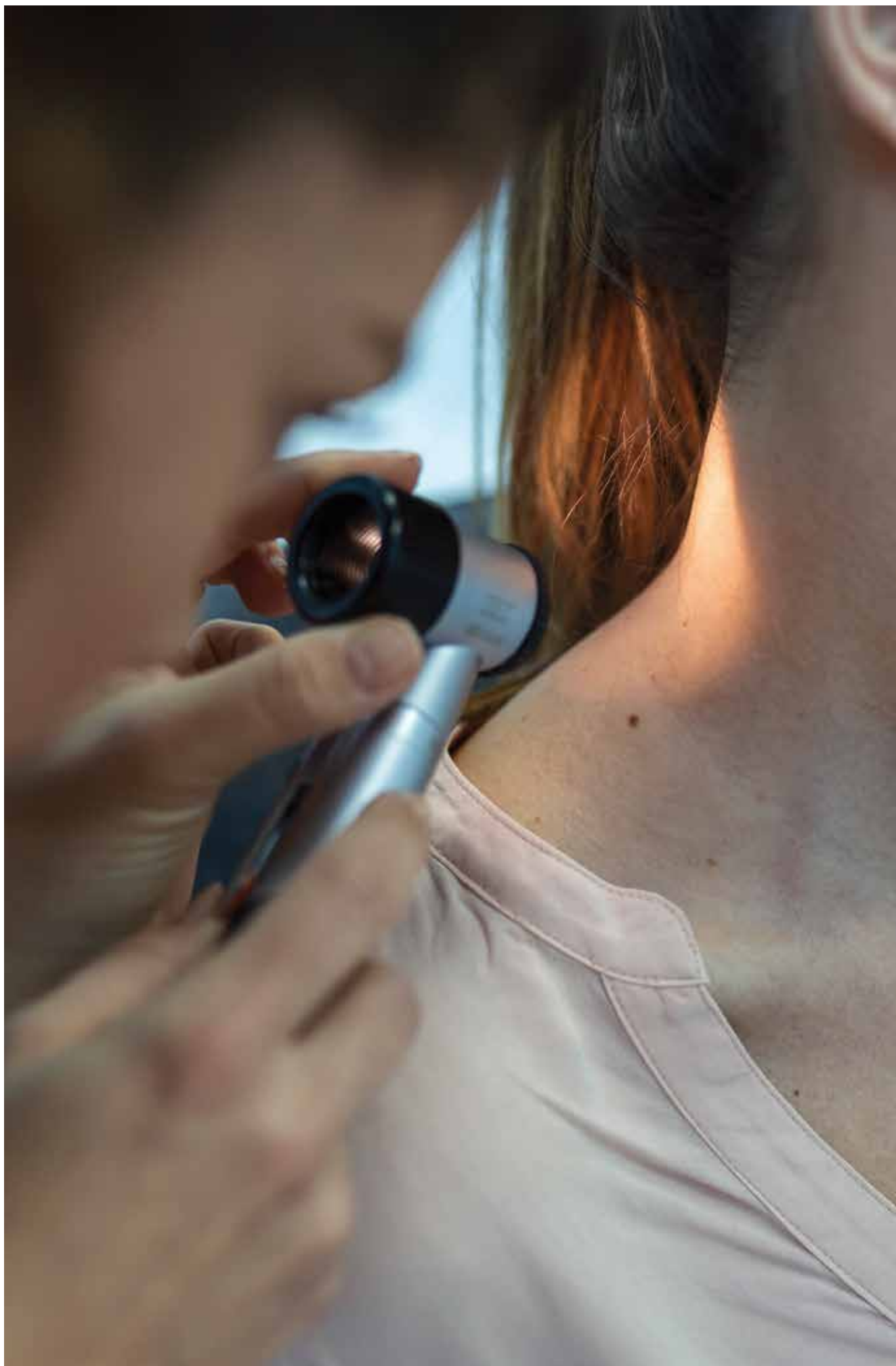
Contestando la segunda pregunta, sí que es cierto que en los últimos años ha habido un incremento del cáncer cutáneo en pacientes jóvenes, y esto a pesar de la información de los riesgos de la luz solar como desencadenante principal. Bien es cierto, que de poco sirve.

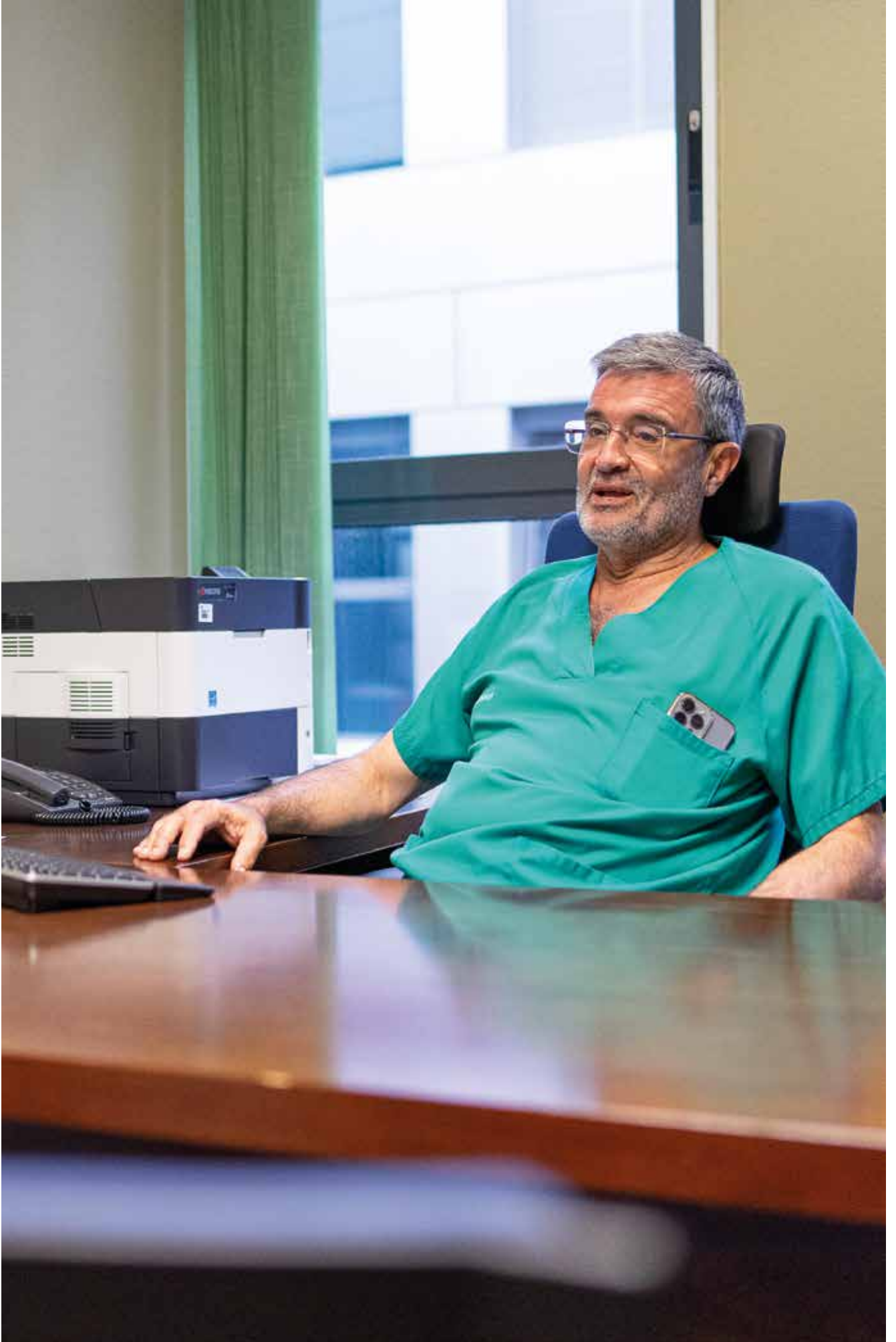
La incidencia en León es parecida al resto de España, con la salvedad de que nuestra población está más envejecida y esto es un factor añadido en esta franja de edad.

#### **¿PODRÍA DETALLAR CUÁLES SON LOS PRINCIPALES RIESGOS ASOCIADOS AL CÁNCER DE PIEL Y CÓMO PREVENIRLO?**

El cáncer cutáneo, aunque parezca una perogrullada es un cáncer. Lo digo, porque muchos ciudadanos, incluyendo algunos médicos, y esto es lo más grave, consideran al cáncer de piel como algo banal y sin consecuencias.

Hay muchos tipos de cáncer cutáneo, dependiendo del origen del mismo, pero podemos dividirlos, para ser más claro, en los que son capaces de diseminarse y los que tienen un crecimiento local.







*“Es verdad que hemos sido pioneros a nivel de España en la implantación de la cirugía dermatológica y la cirugía de Mohs. De hecho, siempre tenemos residentes de dermatología de otros hospitales”*

El carcinoma basocelular estaría incluido en estos últimos. Es el cáncer más frecuente en todo el mundo. En raras ocasiones metastatiza, pero tiene un poder destructivo e infiltrativo importante, conduciendo a amputaciones (nariz, párpados...) o alcanzando estructuras internas a través de los nervios periféricos. Bien es cierto que es "buena gente" y avisa, el crecimiento suele ser lento, hasta deja de serlo. Como siempre, cuanto más pequeño lo eliminemos, mejor.

Dentro del primer grupo, los más frecuentes serían el epidermoide o espinocelular, el melanoma, el tumor de Merkel, sarcomas, etc. Por ejemplo, una mancha oscura, con un grosor de un milímetro y un tamaño similar (melanoma), es capaz de acabar con la vida del paciente.

Para la prevención no hay nada nuevo: evitar la exposición al sol o a los "rayos UVA", tratamiento de las lesiones precursoras (queratosis actínicas, lunares atípicos, etc.) revisiones periódicas en pacientes inmunodeprimidos y sobretodo el **diagnostico precoz**.

#### **OTRA MODA QUE HA LLEGADO PARA QUEDARSE ES LA DE LOS TATUAJES. ¿ALGÚN RIESGO IMPORTANTE QUE SE DERIVE DE ESTA TENDENCIA?**

Los riesgos:

- Por el equipo: transmisión de infecciones, por equipos mal esterilizados.
- Por las tintas: formación de granulomas, eczemas alérgicos, tinciones de los ganglios linfáticos, etc.
- Por el propio paciente: cicatrices hipertróficas o queloides, profundización de infecciones cutáneas preexistentes, trastornos psicológicos.

#### **EXISTEN ALGUNAS ALTERACIONES EN LA PIEL CONSIDERADAS COMUNES, COMO EL ACNÉ O LAS VERRUGAS. ¿DEBEN TRATARSE?**

Creo que ambas. Las verrugas son infecciones víricas y, por tanto, contagiosas. El acné, generalmente, aunque no siempre, es un trastorno estético, pero puede alterar la calidad de vida del paciente y más si termina dejando cicatrices.

#### **¿CUÁLES SON LAS PATOLOGÍAS DERMATOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN LA PROVINCIA DE LEÓN?**

Las enfermedades (patología) más frecuentes son psoriasis, enfermedades autoinmunes (liquen plano,

penfigoide ampolloso, etc.), hidradenitis supurativa, alopecias, acné, infecciones, cáncer cutáneo...

#### **EL HOSPITAL DE LEÓN ES PIONERO EN LA IMPLANTACIÓN DE LA CIRUGÍA DERMATOLÓGICA. ¿QUÉ CASOS SUSCITAN MAYOR EXPECTACIÓN, POR SU RAREZA O ESCASA INCIDENCIA?**

Es verdad que hemos sido pioneros a nivel de España en la implantación de la cirugía dermatológica y la cirugía de Mohs.

De hecho, siempre tenemos residentes de dermatología de otros hospitales.

Más que expectación lo que provoca es rabia, ya que la dejadez y el diagnóstico tardío hacen que lo que se podía haber resuelto con una pequeña intervención termine en una reconstrucción mayor. Las rarezas las encuentras en tumores infrecuentes, cuando el patólogo te da el diagnóstico.

#### **PARECE SER QUE EL COVID-19 HA DEJADO CIERTAS SECUELAS EN DETERMINADOS PACIENTES, COMO DERMATITIS ATÓPICAS, HERPES, ALOPECIAS, MANCHAS, ETC. ¿EXISTE ALGO CONCLUYENTE AL RESPECTO?**

El COVID, como todas las enfermedades víricas importantes, supone una revolución del sistema inmune. Al disminuir la vigilancia pueden aparecer otras infecciones o desencadenar enfermedades autoinmunes.

#### **¿ES NUESTRO SISTEMA INMUNITARIO MUCHO MÁS DÉBIL DESPUÉS DEL COVID?**

Yo no soy experto en virología, ni en inmunología, pero en mi opinión, puede haber habido un cambio, pero no una debilidad.

#### **SI TUVIERA QUE INDICAR UNA RUTINA DIARIA PARA EL CUIDADO DE LA PIEL ¿QUÉ PASOS OBLIGATORIOS INCLUIRÍA?**

- Higiene diaria, con la frecuencia necesaria (el agua y el jabón son los mejores limpiadores).
- Hidratar la piel, ya que en nuestro medio, la humedad relativa del aire es baja y por tanto la piel es más seca y pica o hace eczemas.
- Protección solar, **repetida**, especialmente si estamos mucho al aire libre.

# UV

2x7 Higiene diaria

Hidratar la piel

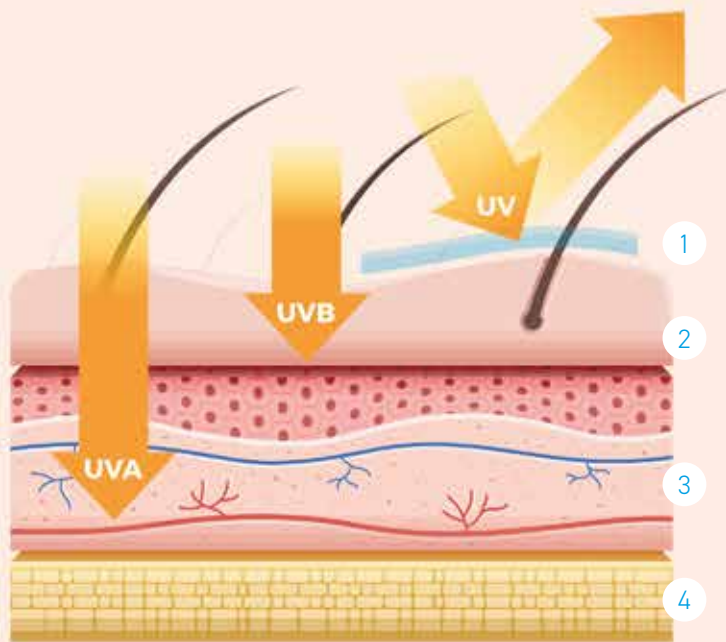
Protección solar

tips

→ Cuidar nuestra piel es más fácil de lo que parece. Simplemente debemos estar atentos a las señales y acudir al médico ante cualquier cambio significativo.

→ La piel es el órgano más grande del cuerpo. Requiere atención, hidratación y protección de los rayos del sol, un hábito que no es opcional, sino necesario.

→ Sin duda, aprender a "leer" las señales de cambios y establecer una rutina diaria de cuidado de la piel son claves para la salud cutánea.



1 Protección UV

2 Epidermis

3 Dermis

4 Capa subcutánea



En Asistencia Familiar 24 te proporcionamos el servicio que necesites

- AYUDA A DOMICILIO
- SERVICIO DOMÉSTICO Y CANGUROS
- ACOMPAÑAMIENTO MÉDICO Y HOSPITALARIO

Avda Republica Argentina 34 - 1°C  
24004 León / Tel. 987 100 224  
contacto@asistenciafamiliar24.com  
[www.asistenciafamiliar21.com](http://www.asistenciafamiliar21.com)



SOMOS UNA EMPRESA DEDICADA A LA VENTA DE TODO TIPO DE PELUCAS, POSTIZOS, PRÓTESIS CAPILARES



Especialistas en Pelucas desde 1960  
Somos fabricantes y ofrecemos una solución estética capilar a pacientes oncológicos y personas con alopecia

Plaza Cortes Leonesas 8, León · ☎ 987 20 61 70 · ✉ [pelucaspaco.fr@gmail.com](mailto:pelucaspaco.fr@gmail.com) · [www.pelucas-leon.es](http://www.pelucas-leon.es)  



*“El Hospital sí está en condiciones de, al menos, plantearse la posibilidad de iniciar un programa de trasplantes y asumir ese reto”*





DESIRÉ ALIJA \_\_\_\_\_

## Dra. Ana María Domínguez Berrot

Jefa de Servicio de Medicina Intensiva y Coordinadora de Trasplantes



*“El Hospital de León se mantiene como uno de los primeros del país en cuanto a tasas de donación, superando los*

70 *do*  
*nan*  
*tes* X  
millón

*de habitantes, una cifra muy alta”*

Recibe pacientes tanto de la provincia de León como del Bierzo, y lleva años a la cabeza de la Comunidad en cuanto a tasas de donantes. Es uno de los mejores hospitales de España, a pesar de no contar con un programa de trasplantes, gracias a su excelente programa de donación.

La provincia de León es muy generosa y existe una gran cultura de donación. El Hospital, por su parte, está muy pendiente de cumplir con la rapidez y efectividad que viene presentando durante los últimos años, y entiende que nunca se puede cantar victoria, ya que siempre hay margen para mejorar.

#### LA NECESIDAD DE UN ÁREA DE TRASPLANTES EN EL HOSPITAL DE LEÓN

Implantar un área de esta importancia en el Hospital no depende únicamente de cuestiones clínicas. Por lo que respecta al equipo sanitario, contamos con médicos, cirujanos, urólogos, personal de enfermería e instrumentistas que estarían interesados en empezar y ponerlo en marcha. Es un programa complicado en el que hay que tener en cuenta, no solo el número de donantes posibles, sino también cuestiones logísticas. Son muchos los factores que nos atañen, pero el Hospital sí que está en condiciones de, al menos, plantearse la posibilidad de iniciar un programa de trasplantes y asumir ese reto.

#### EL PROCESO DE DONACIÓN

El proceso empieza por la detección, parece una obviedad, pero se trata de algo fundamental que requiere de una gran atención. El mito más extendido es que trabajamos en la mayoría de los casos con pacientes accidentados en las carreteras, pero la verdad es que estos solo suponen un pequeño porcentaje, de hecho, encontramos años en los que no se dan este tipo de donaciones. Accidentes laborales, agresiones, caídas casuales... lo que son traumatismos suelen ser en torno al 20 o 25% de los casos, no más. Nuestros donantes más comunes son a causa de accidentes cerebrovasculares: ictus, hemorragia cerebral... concretamente suponen el 70 u 80% de los donantes totales.

La detección se hace muy frecuentemente en el Servicio de Urgencias y en servicios donde se encuentran estos pacientes: neurología, neurocirugía y a veces, en medicina interna. Cuando se detecta un potencial donante (persona con un daño cerebral catastrófico o que podría ser catastrófico) lo primero es ponerse en contacto con la Coordinación de Trasplantes, bien llamando a mi busca o al del Enfermero adscrito a la Coordinación de Trasplantes; ambos estamos

localizables los 365 días del año 24 horas al día. Recibimos la llamada y es entonces cuando valoramos y vemos si existe alguna contraindicación o algún motivo por el cual esa persona no pudiera donar.

Si se da el caso en el que no podemos tener toda la información necesaria desde el principio, investigamos la historia del paciente para conocer sus antecedentes y patología. Si no presenta ninguna contraindicación, lo ingresamos en la UVI.

En ocasiones ingresamos a un paciente como potencial donante hasta que nos es posible confirmar que lo es, siempre con el consentimiento de la familia. Esto es porque dada la gravedad de algunos pacientes, el único motivo de ingreso en la UVI es para una posible donación, cuando ya no se puede hacer nada por salvar su vida. En esos casos, a la espera de la elección de la familia, se mantiene al paciente en condiciones óptimas hasta que se produce la muerte encefálica; en unas ocasiones esto ocurre en pocas horas y en otras puede llegar a demorarse de uno a tres días, depende del paciente.

En España, la ley dice que todos los españoles somos donantes de órganos y tejidos, salvo que en vida hayamos manifestado lo contrario. En cualquier caso, nosotros siempre hablamos con la familia y solicitamos su autorización; no iniciamos el proceso si la familia no está de acuerdo.

Como todos tenemos nuestro derecho de autonomía y decisión sobre nuestra propia vida, cada vez son más las personas que realizan el documento de instrucciones previas. En este documento, cada persona puede dejar establecido qué hacer y qué no hacer en caso de un daño catastrófico cerebral.





*“En España, la ley dice que todos los españoles somos donantes de órganos y tejidos, salvo que en vida hayamos manifestado lo contrario. No obstante, se habla con la familia”*





*“Hay que intentar, no solo que vayan al mejor receptor, sino que se tarde lo menos posible, ya que el tiempo siempre juega en nuestra contra”*

Cuando no se deja por escrito el deseo de donar, la familia suele saberlo, normalmente porque el paciente lo comunicó en alguna ocasión, pero si no fuera así, siempre se les pregunta qué creen que hubiera querido el potencial donante si hubiera podido decidir.

#### EL MOMENTO DEL TRASPLANTE

En León, al no haber programa de trasplantes, no hay lista de espera propia, como ocurre en los hospitales que sí realizan este tipo de intervenciones. Está todo sectorizado y organizado, dando prioridad a la proximidad entre la persona donante y la persona que recibe el órgano u órganos. En el caso de León, lo más probable es que el trasplante se realice en Valladolid o en Salamanca.

La ONT (Organización Nacional de Trasplantes) se encarga de los asuntos relacionados con los trasplantes a nivel nacional y regional, esto último lo hace juntamente con el hospital que gestione el órgano de donación. Si hay un receptor compatible en Valladolid, se va a Valladolid, y si no, a través de la ONT, en Madrid, se contacta con otro hospital de España, donde esté el receptor compatible con el órgano que nosotros ofertamos.

En mi caso, antes de enviar un órgano, tengo que hacer analíticas, ecografías y una serie de datos clínicos, que se ofertan junto con los datos del donante, de cara a encontrar el receptor óptimo. Lo más común es enviarlos a Valladolid, por cercanía, como comentaba, ya que en cuanto menos tiempo transcurra entre la extracción de los órganos y su trasplante, mejor

pronóstico tienen. Hay que intentar, no solo que vayan al mejor receptor, sino que se tarde lo menos posible, porque el tiempo siempre juega en nuestra contra.

#### AVANCES EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

El principal avance es de tipo farmacológico y es el tratamiento de la inmunosupresión. Cuando realizas un trasplante, por muy compatible que se presente el órgano, es de otro cuerpo y el organismo lo reconoce como extraño, por tanto, reaccionará en contra de él.

Para evitar el rechazo, suministramos al paciente una serie de fármacos que tolera correctamente y que presentan mínimas reacciones indeseadas, lo que facilita la vida al receptor.

La técnica quirúrgica ha avanzado mucho, el mantenimiento del órgano una vez extraído, el propio mantenimiento del donante en la UCI... La situación actual no tiene nada que ver con cómo era cuando yo empecé hace diecisiete años.

En casos donde el trasplante es una opción, es la mejor solución, véase el caso de los pacientes con insuficiencia renal crónica, donde al evitar la diálisis y hacer en su lugar un trasplante, estamos haciendo lo mejor, no solo para la salud del paciente, sino también para su vida y economía a largo plazo, incluso para la del propio hospital.

Estamos continuamente avanzando de cara a intentar conseguir que el trasplantado tenga mejor y mayor calidad de vida, en eso consisten nuestros avances.



Bienvenido  
al lugar en el que tú  
eres importante



**CleceVitam**  
Otazu

**RESIDENCIA PARA PERSONAS MAYORES**  
TU HOGAR EN EL CORAZÓN DE LEÓN

En nuestro centro contarás con una **atención individual especializada** y reforzada con los tratamientos rehabilitadores más innovadores.

Un hogar abierto y cercano a las familias y al entorno para mantener los vínculos afectivos y sociales.

Si quieres ser parte de nuestra gran familia

**¡VEN A CONOCERNOS!**



**900 802 103**

Avenida Lancia, 4 - 24004 León

[infomayores@clece.es](mailto:infomayores@clece.es)

[www.clecevitamotazu.com](http://www.clecevitamotazu.com)

Inscrita en el Registro de Entidades, Servicios y Centros de carácter social en Castilla y León: 24-C3-0303

**yoigo**

**pepephone**

**MÁSMÓV!L**

UN MUNDO MÁS PEPE ES...  
**COMPENSARTE SI  
COMETEMOS UN FALLO**

Fibra Móvil <sup>5G</sup>  
**500Mb + 39GB**  
acumulables



+

**46'90**  
C/mes



**pepephone**

IVA y gestiones incluidas. Consulta condiciones en pepephone.com



..... **VEN A VERNOS A:**

**más tú**

CALLE AZORÍN, 2 - SAN ANDRÉS DEL RABANEDO



TELF. 613 267 572

 DIEGO RODRÍGUEZ

¿Urgencias o centro de salud?

Pautas básicas  
para reaccionar a  
un problema de salud









### CUÁNDO LLAMAR AL 112

- Siempre que se produce una pérdida de conocimiento.
- Ante un dolor en el pecho que oprime y dificulta la respiración. Podría ser un infarto.
- Ante los síntomas de ictus: boca torcida hacia un lado; hablar de manera rara, lenta o con palabras sin sentido; perder la fuerza de una pierna, un pie, una mano o de una mitad del cuerpo.
- Ante un accidente de tráfico en el que puede haber heridos.
- Fracturas o quemaduras de gravedad.
- Una reacción alérgica grave tras la ingestión de alimentos.
- Un atragantamiento grave.

"La sensación de urgencia es bastante subjetiva", explica Saúl Álvarez, jefe de Urgencias del Hospital. "Que el paciente distinga si lo que le está ocurriendo es o no una emergencia requiere una adecuada educación sanitaria". Siempre que sea posible es recomendable consultar con un profesional antes de acudir a Urgencias ya que, según Álvarez, "cuando hay un filtro sanitario, ya sea por parte del 112 o de atención primaria, la priorización de situaciones urgentes y su tratamiento es más eficiente".

### CUÁNDO IR DIRECTAMENTE AL HOSPITAL

- Tras sufrir un traumatismo que provoca una deformidad importante en una extremidad o una fractura abierta.
- Una herida abierta que no deja de sangrar después de taponarla con una gasa o un pañuelo limpio y presionar durante varios minutos.
- Dolores muy intensos que comienzan de forma súbita.
- Fiebre alta en personas con una enfermedad crónica.
- Menores de 3 meses con fiebre (más de 38 °C).
- Ingesta de productos tóxicos o sobredosificación de medicamentos.
- Gastroenteritis tras más de 24 horas con vómitos.
- Tras sufrir un golpe fuerte en la cabeza, sobre todo si se ha producido una pérdida de conocimiento.
- Resfriados, gripe o covid-19 cuando existe mucha dificultad para respirar.
- Pacientes que no consiguen una cita con su médico o que necesitan ser atendidos y por motivos de salud no pueden esperar hasta que puedan recibirle en Atención Primaria. Lo mejor es acudir por la mañana un día de diario, ya que es el momento con menor cantidad de pacientes y mayor número de sanitarios trabajando.

Sobre este último punto, Saúl Álvarez destaca que "debería estar claro que un servicio de urgencias hospitalario no debe emplearse para solucionar problemas menores que pueden y deben ser atendidos en atención primaria, ni para adelantar consultas o pruebas por parte de otros especialistas; sirva como ejemplo el uso que hacen de ellas aquellas personas que acuden a urgencias por la tarde o durante los fines de semana porque tienen su médico por la mañana y no pueden ir ya que tienen que trabajar, o aquellos que utilizan los servicios de urgencias para obtener una

segunda opinión sobre los problemas de salud que les aquejan".

Según el último Barómetro Sanitario, a nivel nacional los servicios de urgencias son de los mejor valorados, con una visión positiva del 74,3% de sus usuarios. Para Saúl Álvarez esto es lógico porque "los servicios de urgencias amortiguan gran parte de los déficits del sistema sanitario con un consumo de recursos escasos, pero evidentemente debemos mejorar en calidad y ello pasa por la creación de la especialidad de medicina de urgencias y emergencias; además se debería dimensionar el personal de los servicios de urgencias para la atención de situaciones de máxima afluencia de pacientes".

Desde el año 2021 el número de urgencias ha ido creciendo progresivamente. El número de médicos del servicio ha aumentado recientemente, y próximamente se producirá una ampliación de la plantilla de enfermería –tanto de enfermeras como de TCAEs–. Además, la dotación de celadores se ha incrementado en los últimos años para adecuarse a los cambios funcionales y estructurales que hemos vivido desde la pandemia.

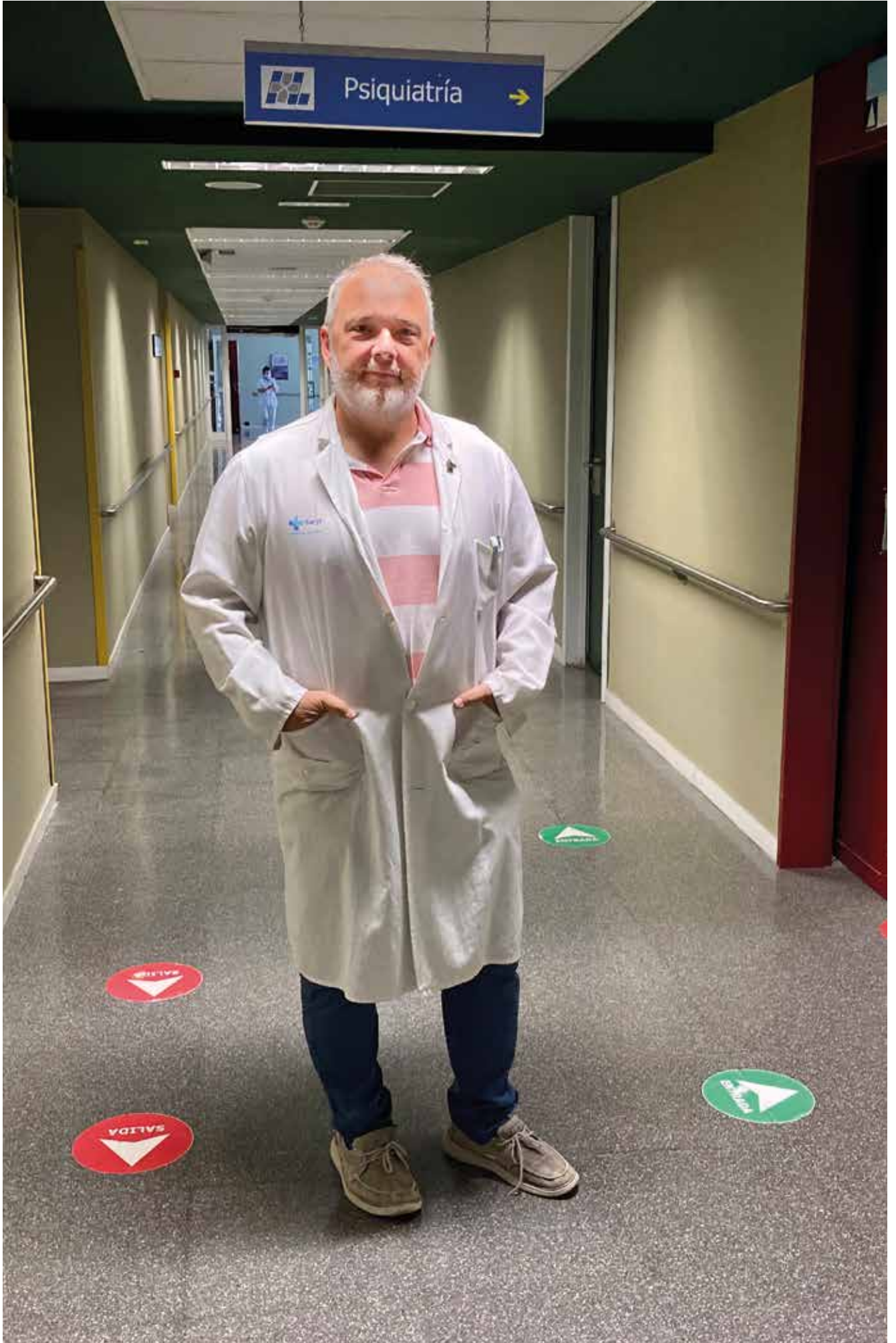
## TRIAJE

Es importante recordar que la atención en un Servicio de Urgencias Hospitalarias no depende del orden de llegada y está definida por:

- El motivo de consulta (gravedad) y la valoración del profesional del puesto de triaje.
- Si existiera la derivación y valoración previa de los profesionales del Servicio de Urgencias Extrahospitalarias.

**"Los niveles de prioridad que establece el triaje no son algo subjetivo, sino que obedecen a criterios sintomáticos y de constantes vitales, todo ello validado científicamente", explica Saúl Álvarez.**

En la actualidad utilizamos el sistema estructurado de triaje (SET), que facilita su aplicación, si bien el personal que lo utiliza debe estar convenientemente entrenado".



## Servicio de Psiquiatría

# Progresos para romper estigmas

La celebración del Día de la Salud Mental, que tiene lugar el 10 de octubre, visibiliza en más de cien países la situación de las personas aquejadas de trastornos psiquiátricos y psicológicos. Es, cómo no, una magnífica oportunidad para tomar el pulso a uno de los servicios del CAULE cuyo trabajo se ha complicado más debido a una sociedad tensionada que genera un incremento en el número de pacientes: la Unidad de Psiquiatría. El horizonte de sus profesionales es ofrecer una atención integral en una especialidad que está rompiendo con viejos clichés del pasado.

No cabe duda de que vivimos días complicados para el cuidado de nuestra salud mental. En toda Europa, una de cada diez personas presenta algún tipo de trastorno y en nuestro país se estima que algo más del quince por ciento lo padecerá a lo largo de su vida. León no se diferencia mucho del resto de nuestro país en la incidencia de estos problemas, aunque, como indica el jefe de Servicio de Psiquiatría del CAULE, Francisco Rodríguez, "quizá nuestro carácter más frío condiciona de algún modo la presentación de los mismos. Yo, que me formé en Málaga, al venir a León, noté esa diferencia".

Podría decirse que hay dos puertas de entrada para los pacientes que requieren atención psiquiátrica en el Hospital. La primera serían los Equipos de Salud Mental, presentes en los dispositivos comunitarios. La otra, son las Urgencias. A partir de ambas, la patología más grave pasa a recibir atención en el hospital o a rehabilitación.

En el CAULE hay veintiocho psiquiatras y diecisiete psicólogos clínicos distribuidos

en, al menos trece unidades-equipo que tienen, según las características de los pacientes y actividad, dotación de enfermería (enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería), trabajo social (siete con labor exclusiva en Salud Mental) y terapia ocupacional (cuatro en el servicio).

La meta para la que trabaja este departamento, como subraya Francisco Rodríguez, consiste en "conseguir que la mayor parte de los problemas de salud mental se resuelvan fuera del hospital. Para ello, hay que reforzar los dispositivos comunitarios para reducir la hospitaldependencia... y mejorar la atención a la población infantil y juvenil".

No será fácil cumplimentar estos objetivos, dadas las actuales circunstancias reflejadas en las estadísticas hospitalarias. A estas alturas del año pasado, se habían derivado a Salud Mental casi 4.200 pacientes. Estas cifras suponen más del doble de los 1.967 remitidos desde Atención Primaria durante el mismo periodo de 2020.

### MALOS TIEMPOS PARA LA SALUD MENTAL

La preocupación provocada por los efectos de la guerra en Ucrania y la incertidumbre económica auguran un incremento de estos problemas, más que su mitigación. Durante los años previos a la irrupción de la COVID-19, de 2017 a 2019, en el CAULE se derivaban a este departamento entre 4.170 y 4.700 pacientes al año. El coronavirus llegaría para cambiarlo todo, aquí también.

El doctor Rodríguez analiza las causas de estas subidas notorias y explica que "los tiempos que corren y el tipo de sociedad que vamos creando han hecho aumentar las demandas de atención con respecto a cuestiones y padecimientos en relación con dificultades de afrontamiento de cuestiones vitales. Ello no es necesariamente una crítica, sino que, posiblemente, sea un síntoma de madurez en cuanto a que, si siento un malestar, sé a quién tengo que pedir ayuda y me siento libre para hacerlo".

En este sentido, "quizás vamos un poco por detrás, y por ello, en ocasiones, nos





*“Las más de dos millones de personas diagnosticadas en 2020 con depresión han dado paso, tres años después, a unos cuatro millones”*

vemos desbordados debido a que los recursos no son infinitos, aunque sí es infinito el esfuerzo por crecer y abarcar lo máximo en cada momento”.

La depresión es una de las grandes patologías en las que estos sanitarios se emplean a fondo. Los más de dos millones de españoles diagnosticados en España en 2020 con este cuadro han dado paso, tres años después, a unos cuatro millones. Nuestra comunidad autónoma ya era entonces una de las regiones con más prevalencia, situación que no ha sufrido grandes alteraciones. El quebranto producido por esta enfermedad no queda solo en el paciente afectado. También repercute en las personas de su círculo más cercano que, en muchas ocasiones, no saben actuar de forma adecuada para ayudarle. Ante esta situación, lo recomendable es intentar acompañar, pero sin ser demasiado insistente. Siempre será la mejor opción ponerse en manos de un especialista que ofrezca un diagnóstico para comenzar el tratamiento.

Uno de los efectos más trágicos de esta situación es el aumento en la tasa de suicidios, cada vez más visible. Así “las conductas suicidas han aumentado como resultado del gran sufrimiento al que los actuales tiempos nos someten. La exigencia social y posible hiperactividad hacen que algunos sientan que no caben. Por otro lado, están las dificultades económicas, la soledad y el individualismo, la intolerancia a la frustración y falta de resignación que suponen no poder acceder a lo que vemos en otros”, aclara.

#### JÓVENES EN EL FOCO

Si hay una franja de edad que acusa de una manera más llamativa el deterioro general de la salud mental en la población es la de los jóvenes. Desde la pandemia, no solo se desencadenaron los trastornos alimentarios, sino que aumentaron los procesos obsesivos, la ansiedad, los

problemas afectivos y la alteración de la socialización. Además, es usual que sientan temor, como los adultos, a acudir a la consulta de psiquiatría o la del psicólogo.

Francisco Rodríguez pone en las nuevas tecnologías una parte de la culpa. “Los jóvenes son especialmente sensibles a ello, pues se suben a todo como en una tabla de surf en una ola en la que no todos pueden cabalgar aferrándose a ella. En ocasiones, la caída y la frustración les es intolerable. Creo que una de las bases de la educación debe ser a aprender a lidiar con la frustración”.

El estreno de la nueva Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil y Hospital de Día para las patologías psiquiátricas de menores de 18 años dará alas a esta especialidad en su objetivo de brindar a sus pacientes el mejor servicio. Para el tratamiento de los trastornos graves de estos pacientes se tiraba de la unidad de adultos y, en el caso de situaciones extremas, estos usuarios también se derivaban a Valladolid.

Ambas instalaciones aportarán un alivio no solo para el respiro familiar, sino para el seguimiento de los tratamientos. Como el propio jefe de Psiquiatría señala, “supone un gran hito para nuestro servicio, pero un gran triunfo para ellos y sus familias. Una gran ganancia en humanización de la asistencia. La posibilidad de manejo en nuestra área esperamos que redunde en menos hospitalizaciones y menos traslados a otras provincias”.

#### FUERA ESTIGMAS

Aunque todavía queda mucho por hacer en materia de normalización de las patologías psiquiátricas, es preciso reconocer que España está dando grandes pasos hacia adelante. Las herramientas para este trabajo no son otras que “la apertura de la sociedad, la inclusión social y la laboral,

y la participación activa de todo tipo de actividades que se ofrecen desde distintas instituciones", comenta.

Santa Isabel, uno más de los edificios adscritos al CAULE no es un hospital cerrado. En sus unidades se trabaja en todo este proceso rehabilitador. Está claro, como dice, que "ya no nos escondemos, ya estamos integrados, ya formamos parte del común de la sociedad... y el proceso continúa con aquellos 'nuevos' que van necesitando este protocolo que ya lleva rodando muchos años y se apoya para la inclusión definitiva en entidades proveedoras de servicios sociales (Alfaem, Soltra, Asprona...) que aportan pisos tutelados, residencias abiertas, talleres ocupacionales, formación, empleo más o menos protegido, actividades de ocio, asistentes..."

#### PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

El kilómetro cero de cada tratamiento se halla en la prevención. Si bien es imprescindible disponer de más y mejores medios, prevenir y detectar precozmente estas enfermedades es cada vez más necesario. Especialmente si, como ocurre en ocasiones, hay patologías ocultas que tardan en hacerse presentes.

Una vida sana siempre será un contexto adecuado para prevenir las enfermedades mentales. Para concretar, es recomendable protegerse frente al estrés mediante el fomento de las relaciones sociales, tomarse en serio el ocio y el tiempo libre, la abstinencia del tabaco, alcohol y drogas, un manejo adecuado de la frustración mediante la propia aceptación de quiénes somos. El humor y la risa, además, siempre son unos perfectos aliados en contraposición a este mundo dado a la lamentación.

Eso sí, cuando aparecen los síntomas, sin más rodeos, hay que acudir a un especialista. Si bien no hay una solución mágica para todo, hay un amplio abanico de medicinas que pueden colaborar en la solución. Cuanto más orgánico es un problema, más posibilidades hay de un tratamiento. Cuando los problemas llegan por circunstancias vitales, los tratamientos llegan peor y resulta más complicada su actividad.

Gracias a los avances médicos, los tratamientos también mejoran y presentan menos efectos secundarios. Hoy hay medicaciones que solo hay que pincharse una vez cada tres meses y, más allá de esa fase, se dispone de una red de



pisos y mini residencias para trabajar en la rehabilitación y la reinserción.

Es por ello, que el mejor consejo para las personas, y sus familias, que buscan ayuda para superar estos trastornos es confiar en la Atención Primaria y dejarse aconsejar por sus padecimientos. El jefe de servicio de Psiquiatría insiste, como mensaje final, en que "la mayoría de estos padecimientos se pueden solucionar en este ámbito y que huyan de los estigmas y cualquier idea preconcebida sobre la salud mental y los profesionales encargados de su fomento y atención".

## COOPERAR PARA GANAR

El Servicio dispone de una Unidad de Psiquiatría de Enlace enfocada a los pacientes hospitalizados en otros servicios que tengan problemas de salud mental. La idea es humanizar en todo lo posible el trato a estas personas, de modo que los ingresados y quienes les atienden dispongan de una figura visible no cambiante y un profesional de referencia.

Rodríguez expone que tienen en marcha "distintos programas con otras especialidades pues, como es sabido, la meta influye mucho en la forma de enfermar. Por ello disponemos de una consulta específica que no solo está bien valorada dentro de nuestro hospital, sino fuera de él.

Una muestra de esta estima por el trabajo realizado en el CAULE es el premio recibido en el Concurso de Innovación en Psiquiatría, celebrado el año pasado durante el VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Urgencias Psiquiátricas, para el proyecto "Sedación en Parálisis Conversivas".

La técnica galardonada logró la recuperación de la movilidad en cuatro pacientes que presentaban parálisis de tipo funcional y se enmarca en una colaboración multidisciplinar entre la Unidad de Psiquiatría de Enlace y la Unidad del Dolor. Actualmente, hay entre ambas unidades varios programas estructurados de colaboración para distintos cuadros y se espera que sigan fructificando en el futuro.



# ERIA



## RESIDENCIA PARA PERSONAS MAYORES PARA SENTIRTE COMO EN CASA

### TE OFRECEMOS:

#### UN SEGUNDO HOGAR

Instalaciones de lujo con 41 plazas en un edificio recién estrenado, con amplia zona exterior.

#### ESTANCIAS TEMPORALES

#### COMUNICACIÓN CONSTANTE

Herramientas de comunicación para informar a las familias de manera continua y transparente sobre todo lo que ocurre en el centro.

#### ATENCIÓN INDIVIDUAL ESPECIALIZADA

Nuestros profesionales son especialistas socio-sanitarios, formados en atención integral Centrada en la Persona y con un objetivo común: Conocer a la persona residente y prestarle la mejor atención.

📞 900 802 103 - 987 880 003

📍 C/ Las Escuelas, 3 - Castrocalbón - León

✉️ infomayores@clece.es

www.seniorsi.es

Residencia inscrita en el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de Castilla y León. N.º 24-C3-0328

**SENIOR**  
Servicios Integrales

EXPOSICIÓN TEMPORAL | Temporary exhibition

**SIGNO DE UNA ÉPOCA**  
A sign of the times

**PASELO**

CANOGAR  
CHIRINO  
FEITO  
FRANCÉS  
MILLARES  
RIVERA  
SAURA  
SERRANO  
SUÁREZ  
VIOLA

22.09.2023  
- 07.01.2024

Museo  
Casa Botines Gaudi  
LEÓN

Organiza

FUNDOS



Colabora



MonteCredit



FERNÁN-GÓMEZ  
Arte Contemporáneo

MAR ROMÁN

# Bienvenida a los futuros profesionales







El Hospital Universitario de León dio la bienvenida a 64 nuevos residentes en un evento que tuvo lugar el 24 de mayo en el complejo hospitalario. Entre los residentes se encuentran 51 MIR (Médicos Internos Residentes), 3 FIR (Farmacéuticos Internos Residentes), 1 PIR (Psicólogo Interno Residente) y 9 EIR (Enfermeros Internos Residentes).

El director gerente, Alfonso Rodríguez-Hevia, encabezó la recepción de los nuevos residentes, acompañado por la directora médica, Elena Bollo, y la directora de Enfermería, Ana Prieto, junto con sus equipos. También estuvo presente el coordinador de Formación y Docencia, Santiago Vivas, junto con el personal de su área.

Durante el evento de bienvenida, Alfonso Rodríguez-Hevia expresó unas palabras de bienvenida y agradecimiento a los residentes por elegir el Hospital Universitario de León. Destacó la modernización y la expansión tecnológica en curso en el hospital, así como la experiencia de los profesionales.

“A pesar de que habrá momentos de sobrecarga de trabajo, de las guardias, que debéis cumplir con vuestro programa de docencia y que los inicios no son fáciles para nadie, vais a vivir la realidad clínica y a crecer dentro de un equipo de trabajo, siempre bajo la supervisión de un tutor que cuidará del desarrollo de vuestros proyectos de formación”, señaló el gerente.

Rodríguez Hevia también recordó a los residentes la importancia de la humanización de la sanidad y de la relación médico -paciente. “Somos personas que atendemos a otras personas. La calidad de la atención sanitaria debe ir acompañada de otro atributo que es la calidez. El buen trato y la amabilidad deben ser vuestra tarjeta de presentación”.

Durante el acto, el coordinador de Formación y Docencia explicó la estructura docente, las funciones y el funcionamiento de la comisión de tutores a los residentes. También proporcionó información sobre varios aspectos importantes, como el Plan Transversal Común, las evaluaciones, las rotaciones externas y el Plan de Gestión de Calidad Docente implementado en el CAULE. Además, los residentes tuvieron la oportunidad de expresar sus primeras impresiones y formular preguntas.

#### UNOS RESIDENTES LLEGAN, OTROS SE VAN

En un contexto diferente, días antes de dar la bienvenida a los nuevos residentes, el 19 de mayo, se llevó a cabo un acto para despedir a los 42 jóvenes profesionales que completaron su período de residencia en el Hospital de León y en Atención Primaria. Estos jóvenes recibieron el afecto de sus compañeros, tutores y el personal del hospital, así como el reconocimiento del viceconsejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León, Jesús García-Cruces; el gerente del Área de Salud de León, Francisco Pérez Abruña; el gerente del CAULE, Alfonso Rodríguez-Hevia, y la gerente de Atención Primaria, Mar Fernández. Durante la ceremonia, se entregaron los diplomas a los residentes salientes, quienes estuvieron acompañados por sus tutores.

El viceconsejero de Sanidad, Jesús García Cruces, les agradeció su dedicación y esfuerzo, así como a los tutores por su valiosa labor docente al transmitir conocimientos a las generaciones futuras. También alentó a los jóvenes profesionales “a no apartar nunca los ojos de la investigación”, destacando que esta labor es fundamental y puede llevarse a cabo en el ámbito de la sanidad pública en León.



*“La calidad de la atención sanitaria debe ir acompañada de otro atributo que es la calidez. El buen trato y la amabilidad deben ser vuestra tarjeta de presentación”*

# La vida hospitalaria a través de los ojos de un MIR

Pedro Luis Baenas González, un joven médico interno residente (MIR) de primer año (R1), inicia su jornada laboral en el Hospital Universitario de León, un lugar donde la intensidad y la dedicación que demanda el mundo de la medicina son protagonistas indiscutibles.



## Pedro Luis Baenas González

### EL ENCANTO DE LEÓN Y LA REUMATOLOGÍA COMO ELECCIÓN

Tras aprobar el examen MIR, a Pedro no le importó desplazarse más de 700 kilómetros de su Murcia natal para establecerse en una ciudad donde no conocía a nadie. "El Hospital de León es muy potente en enfermedades autoinmunes que se engloban dentro de la Reumatología", explica con entusiasmo. "Tenía además buenas referencias de especialistas de otros hospitales sobre el Hospital Universitario de León". También indagó por las redes sociales sobre la actividad del servicio de investigación del CAULE y la combinación de juventud y experiencia entre la plantilla médica, algo que también le animó a apostar por León. Cuatro meses después de iniciar la residencia, no se arrepiente ni lo más mínimo. "Me encanta León y su gente".



8:00 AM

## Una jornada que empieza temprano, con variabilidad

Cada día, Pedro inicia su jornada en el hospital a las 8:00 de la mañana. Tras atravesar las puertas giratorias de la planta baja, se dirige al cuarto piso y retira su uniforme de médico en la taquilla, dejando allí sus pertenencias personales. Luego, se enfunda la bata blanca y coloca su estetoscopio alrededor del cuello. Este ritual marca el comienzo de una jornada llena de desafíos médicos y aprendizaje continuo.

A pesar de que su horario oficial se extiende hasta las 15:00, la realidad es que su día puede prolongarse según las necesidades de los pacientes. "La variabilidad es una constante en nuestra rutina. El volumen de trabajo puede retrasar el horario, ya que nuestra prioridad es asegurarnos de que los pacientes reciban el cuidado que merecen", comenta Pedro.



8:30 AM

## Sesiones clínicas

La flexibilidad constituye un elemento fundamental en la rutina de Pedro. A las 08:30, Pedro se encamina hacia la planta duodécima, donde se reúnen los especialistas del departamento de Digestivo. Esta área guarda una estrecha relación con las enfermedades reumáticas, lo que le permite personalizar su experiencia formativa al rotar por distintas especialidades.

En estas sesiones clínicas matutinas, se llevan a cabo reuniones para analizar la situación de los pacientes ingresados, así como de aquellos que permanecen en planta. Se examina el estado actual de los pacientes, se evalúan las terapias posibles y se consideran diagnósticos diferenciales en casos donde existen dudas acerca de la patología que puedan padecer. Este enfoque colaborativo constituye una parte esencial de la atención médica en el hospital.

Las sesiones clínicas son un espacio de aprendizaje para Pedro. Mientras está en el primer año de residencia (R1), su enfoque principal es observar y comprender cómo trabajan los especialistas, pero también puede hacer sus propias ponencias. "Imagínate, para el residente, esto es como meterse de lleno en la acción junto a los especialistas".



9:00 AM

## Consultas médicas

A partir de las 9:00, Pedro se dirige a las consultas médicas, donde trabaja en colaboración con un adjunto. Aquí, aunque el médico especialista generalmente toma la iniciativa, se fomenta la colaboración y la participación activa de Pedro.

Tiene la oportunidad de explorar la atención al paciente de manera conjunta, lo que le permite hacer preguntas sobre aspectos que le generen curiosidad.

Durante estas interacciones, evalúa el estado del paciente, busca posibles efectos adversos de los tratamientos y, en ocasiones, realiza procedimientos médicos. Por ejemplo, durante su rotación en Neurología en el mes de julio, pudo administrar toxinas botulínicas a pacientes con migrañas y en Reumatología, su especialidad, infiltraciones en hombros y caderas, "siempre bajo supervisión y vigilancia de los especialistas y de mi tutor", explica con orgullo.



12:00 AM A 15.00 PM

## Planta hospitalaria

Pero aparte de las consultas médicas, también trabaja en planta hospitalaria. "Tenemos un guion establecido con un tutor donde tenemos que ir cada día, pero luego pueden surgir novedades", afirma Pedro que a media mañana ha pasado revisión en el Hospital de día.

El joven médico comenta que, con el tiempo, los residentes adquieren gradualmente más autonomía en su trabajo y la experiencia les proporciona una visión realista de su futuro como especialista.

"En el cuarto año, ya podré asumir más responsabilidades", dice ilusionado, "como pasar pacientes y tomar la iniciativa en consultas médicas, siempre siguiendo las directrices y supervisión adecuadas. Es entonces cuando te dejan solo frente al peligro".



*"Su curiosidad innata y su deseo de comprender por qué las personas enferman y mueren fueron las razones por las que quiso ser médico"*



## Proyectos de investigación

Pedro también está decidido a participar en proyectos de investigación, explorar nuevas terapias y analizar posibles efectos adversos de tratamientos médicos. Para lograrlo, dedica tiempo libre a colaborar con el equipo de investigación del hospital.

Además, complementa su formación con las sesiones docentes del Plan Transversal Común (PTC), que cubren temas que van desde la responsabilidad en situaciones de urgencia hasta la ética en la atención al paciente, incluyendo charlas sobre protección radiológica y enfermedades infecciosas. Estas sesiones, algunas obligatorias y otras opcionales, permiten a los residentes participar presencialmente o en línea, garantizando un aprendizaje completo a lo largo de su residencia.



## 5 guardias por mes



## Guardias y desafíos en urgencias

Las guardias son una parte esencial de su formación, con un mínimo de tres al mes y un máximo de cinco, según lo estipulado por la ley. Para ver el cuadrante que le toca, Pedro sube a consultarlo previamente a la 3.ª planta, donde se le asignan los días que son visibles en un corcho. Pedro suele hacer cuatro guardias de Urgencias en el Hospital de León y una de Medicina Interna en el Hospital del Monte San Isidro. Esos días come en la cafetería y en ocasiones duerme en una zona reservada en el hospital junto al resto de personal médico. "Las guardias son una excelente oportunidad para ganar experiencia y autonomía, aunque no están exentas de desafíos", recalca Pedro, subrayando la responsabilidad de su labor. "Se aprende en todos los servicios, pero donde más se sufre es en Urgencias". Pedro confiesa que puede ser difícil "cuando no sabes lo que le pasa al paciente, puedes sentir momentos de agobio cuando empiezan a venir muchas personas que ingresan durante la madrugada y te pueden fallar los reflejos y la atención. Tienes que luchar frente a tu aguante, y a veces tiras de adrenalina, y cuando no, de cafeína".

La prioridad es el paciente, y no se permite dar altas sin la aprobación de un adjunto. "Eso en parte te tranquiliza, pero intentas siempre que no se te escape ninguna patología grave por alto porque puede afectar al pronóstico del paciente", afirma.

Durante su tiempo como R1 en Urgencias, Pedro relata que ha atendido a pacientes que experimentan empeoramiento de la disnea debido a enfermedades cardíacas o respiratorias, así como a aquellos que presentan cefaleas y malestares como vómitos. En planta, pacientes con ictus, esclerosis múltiple y crisis epilépticas.

En la rama de Reumatología, Pedro ha tratado una amplia gama de condiciones, incluyendo artritis reumatoide, gota, osteoporosis y enfermedades autoinmunes como el lupus, esclerodermia y síndrome seco dermatomiositis, entre otras. Destaca que existen más de 200 enfermedades dentro de esta especialidad. "Erróneamente, son consideradas como exclusivas de personas mayores, cuando, en realidad, afectan a individuos cada vez más jóvenes".

## La relación con el paciente

Los pacientes a los que atiende en Urgencias y en Reumatología presentan una variedad de condiciones de salud. Muchos son pluripatológicos, y en la población de León, predominan los pacientes mayores. Sin embargo, Pedro también se enfrenta a patologías que afectan a personas más jóvenes, como la artrosis precoz o tumores. "Cuando ves a una persona joven y no puedes curarla, te alivia saber que puedes mejorar su calidad de vida y que se puede remitir la enfermedad, sin síntomas, como si no existiera".

Pedro enfatiza la importancia de establecer una relación accesible y recíproca con los pacientes. Para él, la comunicación efectiva es fundamental para comprender las necesidades de los pacientes y proporcionarles la mejor atención posible. "El paciente sabe que soy médico y tengo que mostrarme como uno más, una persona accesible. El paciente te va a dar la clave y se trata de fomentar una buena relación con él y que te facilite el trabajo".

Dentro de la reumatología existen

200 enfermedades



*“La actividad del servicio de investigación del CAULE y la combinación de juventud y experiencia entre la plantilla médica, me animó a escoger el Hospital Universitario de León”*



15:00 PM

## La motivación detrás de la carrera

Aunque algunos pacientes pueden dudar debido a su juventud e inexperiencia, en general, agradecen su dedicación y disposición. “La experiencia es un grado, sin duda. No me he encontrado muchos casos de rechazo o duda, solo algunos casos aislados. El paciente puede tener miedo porque tiene desconocimiento, quieren saber qué le ocurre y ver a un especialista veterano y curtido le va a dar mayor seguridad y tranquilidad, eso hay que entenderlo, es normal”.

Uno de los mayores desafíos para Pedro es no tener respuestas inmediatas para los pacientes. La medicina a menudo es un proceso de diagnóstico y tratamiento a largo plazo, y la incertidumbre puede ser un obstáculo. Es consciente que aprender a lidiar con la ansiedad y la paciencia es fundamental para su desarrollo profesional.

Su curiosidad innata y su deseo de comprender por qué las personas enferman y mueren fueron las razones por las que quiso ser médico. También le influyó la experiencia de su abuelo, quien sufrió una isquemia arterial crónica y con el que vivió en primera persona la dureza de la enfermedad. Se decantó por Reumatología porque abarca enfermedades complejas que afectan a muchos órganos y por el buen trato que tuvo con especialistas durante la Universidad.

“Me siento totalmente identificado con la personalidad del reumatólogo: un ser alegre, comprometido con los pacientes, humano, cercano y con buen sentido del humor. Somos conscientes de la enfermedad de los pacientes, pero intentamos que haya buena comunicación, escucharlos y, sobre todo, que sientan que están no solo con un médico, sino también con una persona”, dice Pedro con emoción.

## Llega la hora de marchar

Pedro se dirige nuevamente a las puertas giratorias de la planta baja del complejo hospitalario para irse a su casa. La vida de un residente MIR en el Hospital de León es intensa y de formación constante. Pedro lo sabe. Trabaja para marcar una diferencia en la vida de aquellos a quienes atiende, recordando que “el paciente es lo primero”.



# Unidad de Heridas Complejas del CAULE

Desde las suturas en el quirófano, hasta las heridas crónicas más desafiantes, los profesionales del Hospital de León aplican su destreza y conocimiento para promover una recuperación exitosa y mejorar la calidad de vida de los pacientes. El trabajo de enfermería va más allá de la técnica profesional, siendo la empatía y la relación de confianza entre enfermeros y pacientes un factor que favorece la recuperación. La Unidad de Heridas Complejas del CAULE es multidisciplinar y la integran, además de enfermeras, doctores de varias especialidades como la cirugía plástica.

El enfermero coordinador de la Unidad de Heridas Complejas del CAULE, Rubén Prieto Sánchez, profundiza sobre los diferentes tipos de heridas: "Si clasificamos las heridas en función del tiempo de cicatrización, las podemos dividir en heridas agudas y heridas de larga evolución o de difícil cicatrización. Desde el servicio de cirugía plástica se aborda todo este amplio abanico de heridas; por un lado, en la consulta de curas de cirugía plástica se tratan todo tipo de heridas agudas: traumatismos, quemaduras y todas las heridas quirúrgicas generadas en cirugías relacionadas con la patología mamaria y de la mano principalmente.

Por otro lado, con el propósito de dar respuesta a todas aquellas heridas de diversas etiologías cuya cicatrización se prolonga en el tiempo, existiendo un retraso manifiesto en la cicatrización, nace la Unidad de Heridas Complejas del CAULE".

Rubén Prieto señala que "la educación para la salud tanto del paciente como del cuidador o familiar es una herramienta eficaz y necesaria de la enfermería en todo tipo de cuidados. En cualquier tipo de herida es indispensable estar siempre asesorado por un profesional sanitario para que una pequeña herida, que a priori tiene una curación sencilla, no conlleve complicaciones innecesarias".

## SUPERVISIÓN PROFESIONAL

Respecto a las novedades que sustituyen a la sutura, como los parches hemostáticos de "sutura rápida" que hoy en día están al alcance de todos opina que "todos los materiales de sutura deben de ser utilizados bajo la recomendación y/o supervisión de un profesional sanitario. Su uso es perfectamente válido como primera medida de urgencia para detener una posible hemorragia, pero toda herida con separación de bordes candidata a sutura, debe ser valorada con el fin de descartar posibles daños ocasionados en estructuras nobles como nervios, tendones...".

El coordinador de la Unidad de Heridas Complejas matiza que "para alcanzar una correcta curación (y esto en heridas de larga evolución cobra especial importancia) debemos de ampliar la perspectiva, es decir, el enfoque del tratamiento del paciente deber ser holístico, observando y valorando la persona como un todo y no centrarnos únicamente en la herida en concreto.

La atención integral abarca el estado físico, estado mental, situación social, incluso, el nivel de conocimientos que tiene la persona sobre su salud. En definitiva, la complejidad de una herida viene determinada por todos los factores que influyen en la cicatrización de la persona que la padece".







*“Un proceso tan multicausal como es la cicatrización de este tipo de lesiones más complejas necesita de una amplia cartera de profesionales de distintas categorías”*



#### HERIDAS DE LARGA EVOLUCIÓN

Rubén Prieto destaca que “el concepto de heridas crónicas ha quedado obsoleto puesto que es un término que alimenta una concepción errónea de irreversibilidad en muchas de estas lesiones. Sí es crónica la patología que en numerosas ocasiones sustenta este tipo de heridas.

La investigación aplicada en los últimos 20 años ha cambiado totalmente el paradigma del conocimiento en el abordaje integral de los pacientes con heridas de larga evolución”.

Añade también que “por desgracia las heridas de difícil cicatrización con mayor incidencia son las úlceras por presión, lesiones íntimamente relacionadas con la dependencia. La evidencia científica nos muestra que el 95% de este tipo de úlceras son prevenibles por lo que la inversión en métodos y medidas preventivas es de imperiosa necesidad siendo una prioridad en la gestión de los recursos de los sistemas sanitarios”.

En relación a los factores que favorecen una buena cicatrización apunta que “es un proceso multifactorial. El estado nutricional de la persona es fundamental, tanto en la prevención, como en el tratamiento de heridas de evolución tórpida. Por ejemplo, diversos estudios nos muestran que un estado deficitario en proteínas prolonga de forma anómala la fase inflamatoria de estas e inhibe la síntesis de colágeno. Otros factores menos estudiados como el

microclima o los diferentes tipos de piel también condicionan el entorno para el desarrollo o no de úlceras de diversas etiologías”.

Cabe destacar que un proceso tan multicausal como es la cicatrización de este tipo de lesiones más complejas necesita de una amplia cartera de profesionales de distintas categorías. Enfermeras, especialistas facultativos, trabajadores sociales, fisioterapeutas o psicólogos entre otros, son necesarios para el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones de difícil cicatrización.

“Uno de los retos planteados desde la Unidad de heridas complejas del CAULE es mejorar las vías de comunicación y coordinación de todos los profesionales que nos dedicamos al tratamiento de estas lesiones, tanto dentro del hospital como en otros niveles asistenciales”, puntualiza.

**95%**  
*úlceras son prevenibles*

📄 CARLES LLUSÀ BATLLORI

# El Motor Invisible del Hospital

## Entrevista con el subdirector de Gestión, Ignacio Galán Galán

En el hospital, más allá de los pasillos llenos de movimiento y la constante labor de los profesionales de la salud, existe un mundo oculto pero esencial que mantiene en marcha toda la maquinaria detrás de escena. Aquí, las luces parpadean, las máquinas zumban y los engranajes de la atención médica giran sin cesar. En esta entrega especial, descubriremos el enigmático universo de quienes trabajan incansablemente para mantener el hospital en perfecto funcionamiento y en constante evolución. En el centro de este mundo, nos encontramos con el subdirector de Gestión, Ignacio Galán Galán.



**EL MANTENIMIENTO Y LA GESTIÓN DE UN HOSPITAL SON TAREAS FUNDAMENTALES, PERO A MENUDO PASAN DESAPERCIBIDAS PARA EL PÚBLICO EN GENERAL. ¿PUEDE CONTARNOS MÁS SOBRE LA IMPORTANCIA DE ESTAS LABORES Y CÓMO CONTRIBUYEN AL FUNCIONAMIENTO EFICIENTE DEL HOSPITAL?**

Los hospitales, que funcionan las 24 horas, requieren un Servicio de Mantenimiento e Ingeniería que gestione las instalaciones, infraestructuras y equipamiento, asegure el cumplimiento de la normativa vigente, participe en el diseño de instalaciones y desarrollo de proyectos de mejora y renovación de equipamiento. La instalación eléctrica cuenta con sistemas de respaldo en transformadores, grupos electrógenos y SAls para garantizar un suministro continuo, especialmente en áreas críticas como cuidados intensivos y quirófanos, etc. El suministro de agua está garantizado por la Red Municipal y dos pozos artesianos, y se almacena en aljibes interconectados con sistemas de control continuo de las condiciones de potabilidad. El oxígeno y el aire medicinal se suministran desde grandes depósitos criogénicos, respaldados por baterías de botellas en caso de fallo. Las instalaciones de climatización, detección de incendios y las centrales de producción térmica y frigoríficas están gestionadas por un sistema específico de control técnico centralizado, con especial rigor en áreas críticas como quirófanos dotados de climatizadores independientes especiales. Otras instalaciones incluyen transporte neumático, sistemas de comunicación, red de selectiva de vertido de residuos contaminados, etc.

**EL HOSPITAL HA EXPERIMENTADO EXPANSIONES Y RENOVACIONES SIGNIFICATIVAS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS. ¿QUÉ DESAFÍOS HA ENFRENTADO SU EQUIPO DURANTE ESTOS PROCESOS Y CUÁLES HAN SIDO LOS LOGROS MÁS DESTACADOS EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA?**

El Hospital de León experimentó una expansión y renovación clave entre 2000 y 2011, dividida en dos fases. La primera se inició en 2000 y se completó en 2005, e incluyó una ampliación importante y la reforma de servicios centrales y hospitalización en Princesa Sofía. La segunda se

llevó a cabo de 2007 a 2011. Estas obras constituyeron la unificación de dos hospitales con estructuras independientes, Virgen Blanca y Princesa Sofía, que se expandieron significativamente, aumentando aproximadamente 1,5 veces la superficie total construida y más de 5 veces sus instalaciones. Mantener en todo momento la atención asistencial al paciente durante las obras fue el desafío importante, que requirió adaptaciones provisionales de los espacios e instalaciones y traslados temporales de los servicios. La incorporación de nuevas tecnologías y la formación específica del personal fueron otros aspectos cruciales. A pesar de enfrentar la desaparición de algunas empresas instaladoras y sus servicios técnicos, el hospital superó este desafío mediante colaboraciones externas y su apoyo en la formación interna del personal.

**LA TECNOLOGÍA DESEMPEÑA UN PAPEL CRUCIAL EN LA ATENCIÓN MÉDICA ACTUAL. ¿CÓMO SE ASEGURA SU EQUIPO DE QUE LAS INSTALACIONES ESTÉN PREPARADAS PARA INTEGRAR NUEVAS MÁQUINAS Y EQUIPOS MÉDICOS DE VANGUARDIA?**

La estructura de instalaciones establecida en las obras de ampliación y reforma del Hospital de León, hasta la fecha, ha permitido adaptar y ampliar las instalaciones, lo que ha facilitado la renovación e implantación de nuevos equipos de vanguardia. Lo hemos estado viendo en estos últimos años con la incorporación de importantes equipos en diversos servicios. También se están ampliando y modernizando otras instalaciones que facilitarán la incorporación de nuevos sistemas tecnológicamente más avanzados, como las redes de Voz-Datos, fibra Wi-Fi, instalaciones de seguridad, etc.

**EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO Y GESTIÓN DEL HOSPITAL INCLUYE A INGENIEROS, FONTANEROS, CARPINTEROS, ELECTRICISTAS Y MUCHOS OTROS PROFESIONALES. ¿CUÁLES SON LOS MAYORES DESAFÍOS A LOS QUE SE ENFRENTAN EN SU DÍA A DÍA Y CÓMO LOS SUPERAN?**

El servicio de mantenimiento se enfrenta a mayores desafíos relacionados con la incorporación de nuevos sistemas tecnológicamente más avanzados, los cuales, en muchos casos, requieren formación





específica para su mantenimiento. Estos retos se han superado mediante la inclusión de planes de formación proporcionados por el fabricante o instalador, ya sea durante o al finalizar el proceso de implantación. Además, se cuenta con el respaldo de la Asistencia Técnica de los fabricantes o sus servicios técnicos postventa, quienes en ocasiones pueden diagnosticar o actuar sobre una avería de forma remota. Esto facilita la resolución o una primera intervención, ya sea directamente o con la colaboración del personal de mantenimiento del hospital.

**EN UN MUNDO EN CONSTANTE CAMBIO, LA SOSTENIBILIDAD Y LA EFICIENCIA ENERGÉTICA SON CADA VEZ MÁS IMPORTANTES. ¿QUÉ INICIATIVAS HA IMPLEMENTADO EL HOSPITAL PARA REDUCIR SU HUELLA AMBIENTAL Y AL MISMO TIEMPO GARANTIZAR UN AMBIENTE SALUDABLE PARA LOS PACIENTES Y EL PERSONAL?**

El Hospital de León busca mejorar su sostenibilidad y eficiencia energética debido a su alto consumo de energía. Se mencionan los consumos promedio mensuales y diarios de electricidad y gas, los cuales varían según la actividad y las necesidades de climatización. Se han implementado varias iniciativas, como la producción de agua caliente con placas solares en dos instalaciones. Además, se utilizan sistemas de energía solar en la cubierta del edificio Princesa Sofía para la climatización. En el Centro de Procesamiento de Datos (CPD), se utilizan sistemas de free-cooling para reducir el consumo de agua enfriada y se aprovecha el calor generado para precalentar la climatización de la cafetería. En los quirófanos, se optimiza el consumo de energía mediante la adaptación de caudales de aire en función de la actividad. También se han instalado sistemas de iluminación de bajo consumo y se controla el funcionamiento de las instalaciones para reducir el consumo energético. Se está trabajando en la implementación de placas solares fotovoltaicas en los hospitales del CAULE en colaboración con el Ente Regional de la Energía (EREN) y Sacyl.

**LA PANDEMIA DE COVID-19 HA PRESENTADO DESAFÍOS EXCEPCIONALES PARA LOS HOSPITALES. ¿CÓMO HA AFECTADO EL TRABAJO DE MANTENIMIENTO Y GESTIÓN DURANTE ESTA CRISIS Y QUÉ LECCIONES IMPORTANTES SE HAN APRENDIDO?**

Durante la pandemia, el servicio de mantenimiento del hospital tuvo que realizar cambios urgentes en infraestructuras e instalaciones para facilitar la atención a pacientes COVID y no COVID, así como proteger a los profesionales. Se reformaron, ampliaron y trasladaron áreas de Urgencias y Unidades de Hospitalización, además de modificarse instalaciones. Se habilitaron zonas de atención especiales y de campaña, se implementaron nuevos equipos médicos y se ajustaron las instalaciones según las necesidades cambiantes. Se crearon barreras y rutas de circulación, se establecieron tareas periódicas de limpieza y desinfección, y se adaptaron instalaciones para atender a pacientes críticos, tanto COVID como no COVID, incrementando la capacidad de atención. Esta experiencia permitió aprender y adaptar instalaciones y procedimientos.

**EN ÚLTIMA INSTANCIA, ¿CÓMO VISUALIZA EL FUTURO DEL HOSPITAL EN TÉRMINOS DE EXPANSIÓN Y MEJORA CONTINUA, Y CUÁL ES SU VISIÓN PARA EL PAPEL DEL EQUIPO DE MANTENIMIENTO Y GESTIÓN EN ESE PROCESO?**

Durante las obras de ampliación y reforma del hospital, se incorporaron nuevos materiales que, con el tiempo y las desinfecciones periódicas requeridas por la normativa, han acelerado el deterioro de ciertas partes de la instalación, lo que está generando averías cada vez más frecuentes. Este desafío en el futuro implicará la progresiva renovación de estas partes de las instalaciones. Además, será necesaria la renovación debido al final de la vida útil de equipos y sistemas que entraron en funcionamiento hace más de 20 años, así como la ampliación de infraestructuras debido a la evolución tecnológica y nuevas necesidades asistenciales. El servicio de mantenimiento e ingeniería continuará desempeñando sus funciones de manera profesional y participando en proyectos importantes en desarrollo y futuros.





## La Junta refuerza su dispositivo sanitario en la provincia de León con 113 ambulancias nuevas

Se añaden dos Unidades de Soporte Vital Básico, todas pasan a estar disponibles las 24 horas y se mejora la prestación de transporte interhospitalario

La Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, a través de la Gerencia de Salud, ha puesto en marcha el nuevo contrato de transporte sanitario con el que se renueva la flota de ambulancias de la provincia con 113 nuevas adquisiciones. El delegado territorial de la Junta en León, Eduardo Diego, se desplazó hasta el CAULE para ver los nuevos vehículos en persona, acompañado por el gerente del Área de Salud, Francisco Pérez Abruña, y el gerente del Hospital, Alfonso Rodríguez-Hevia.

El transporte sanitario urgente cuenta con 39 vehículos que se distribuyen en dos partes; ocho Unidades de Soporte Vital Avanzado (USVA) que a su vez se reparten en uno para León, uno para Ponferrada, uno para La Bañeza, tres de reserva y dos para transporte interhospitalario para León y Ponferrada respectivamente; y 31 unidades de Soporte Vital Básico (USVB) repartidos por toda la provincia.

Por otra parte, el transporte sanitario no urgente se compone de 74 vehículos, de los cuales 10 son para el traslado individual, 48 para traslado colectivo y 16 para el traslado de pacientes con movilidad reducida.

Este compromiso del Ejecutivo autonómico con Sacyl se ha dividido en dos fases, una primera donde se implementan dos nuevas USVB, se incrementa a 24 horas la operatividad de las USVB que no lo estaban, se mejora la prestación de transporte interhospitalario (UVI-INTH) y se incre-

menta el número de ambulancias de reserva de tres a diez; y una segunda en la que queda prevista la modificación del contrato para incorporar más ambulancias según las necesidades que se detecten.

El desglose de la 'fase uno' del acuerdo indica que las dos USVB que se implementan son para la atención preferente de las Zonas Básicas de Salud de Santa María del Páramo y de Villablino, que estarán operativas 24 horas al día todo el año; y que las USVB de Ribera de Órbigo, La Magdalena, Mansilla de las Mulas y Puente Domingo Flórez aumentan su actividad de 14 a 24 horas, al igual que la USVB de San Andrés del Rabanedo, que pasa de 12 a 24 horas.

También detalla que se mejora la prestación del transporte interhospitalario mediante la transformación UVI-INTH que estaba con el personal localizado en Pon-

ferrada, que pasarán a estar de presencia física durante las 24 horas, mientras que se mantiene la UVI-INTH con personal localizado que está en León. Por último, el incremento de las ambulancias de reserva facilitará que, ante las actuaciones preventivas programadas y correctivas por avería de vehículo, se realice un intercambio más ágil de los mismos, disminuyendo los tiempos de inoperatividad de las Unidades Asistencias.

El delegado territorial de la Junta, Eduardo Diego, destacó el compromiso de la Junta en materia sanitaria con la provincia: "El Gobierno autonómico es consciente de la importancia de los medios sanitarios en León debido a nuestra zona geográfica y por esta razón ha dotado al territorio de 113 ambulancias nuevas que mejorarán la atención a los pacientes desde el primer contacto", subrayó.



## El CAULE realizó 243 estudios clínicos y 687 comunicaciones en congresos nacionales e internacionales en 2022

La Unidad de i+i, que amplía su apoyo al personal del centro, presentó la memoria científica del pasado año

La Unidad de Investigación e Innovación (Unidad i+i) del CAULE hizo pública la memoria científica del año 2022, que recoge la actividad investigadora del Complejo Asistencial. En total, se realizaron 64 ensayos clínicos, 119 estudios observacionales y 60 proyectos de investigación y estudios académicos, lo que suma un total de 243 estudios clínicos.

En cuanto a las comunicaciones a congresos, los servicios médicos presentaron 112 comunicaciones internacionales y 267 nacionales. La división de enfermería, por su parte, presentó 205 comunicaciones a congresos internacionales y 103 a nacionales.

Además, el número de publicaciones en revistas científicas fue de 277, con un factor de impacto de 1.470. El factor de impacto es una medida de la importancia de una publicación científica, en función de las citas que reciben sus artículos. Es un instrumento utilizado para comparar revistas y evaluar la importancia relativa de una revista con respecto a otras dentro de un mismo campo científico.

La memoria de 2022 se pueda considerar 'de referencia' con la que comparar en años venideros, tal y como señala Fernando Escalante, director de i+i del CAULE, dado que disminuyeron los estudios, ensayos y publicaciones sobre la infección por el SARS-COV2.

En cuanto a la Unidad de i+i, una de las novedades de 2022 ha sido el inicio de apoyo estadístico al personal del centro en el análisis de sus estudios. El pasado año, esta unidad ha analizado y emitido informe de conclusiones de 26 trabajos, además de diseñar las bases de datos y orientar futuros trabajos de investigación que necesiten una base estadística, lo que facilita el trabajo de los investigadores.

El apoyo cubre las necesidades de los distintos profesionales del CAULE: tesis o trabajos de fin de máster o de grado, artículos, presentación de comunicaciones a congresos, toma de decisiones internas, etc.

Este apoyo ha sido posible gracias a la consolidación de los contratos del personal de administración y bioestadística.

El año pasado se iniciaron conversaciones con distintos organismos y se está priorizando el desarrollo de los trabajos, dentro del plan estratégico 2022-26, para adecuar el CAULE como eje de referencia de un futuro instituto biosanitario, según ha señalado el director gerente, Alfonso Rodríguez-Hevia González.

64	ENSAYOS CLÍNICOS
119	ESTUDIOS OBSERVACIONALES
60	PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS ACADÉMICOS
12	COMUNICACIONES INTERNACIONALES
267	COMUNICACIONES NACIONALES
205	COMUNICACIONES DE ENFERMERÍA A CONGRESOS INTERNACIONALES
103	COMUNICACIONES DE ENFERMERÍA A CONGRESOS NACIONALES
277	PUBLICACIONES EN REVISTAS CIENTÍFICAS







## El Hospital acogió una mesa de experiencias de pacientes y familiares organizada por ALCLES



*“Es necesario conocer la experiencia del paciente y sus familias para avanzar en la mejora de la asistencia sanitaria”*

ALCLES, la Asociación Leonesa Con las Enfermedades de la Sangre, organizó el 15 de junio, una Mesa de Experiencias de Pacientes y Familiares, que se celebró en el salón de actos del Hospital de León. La mesa fue conducida por Nonia Alejandre Aguado Jolis, presidenta de ALCLES.

Previamente al inicio del evento, el director gerente del CAULE, Alfonso Rodríguez-Hevia, dirigió unas palabras a los participantes, en las que puso en valor la celebración de iniciativas como esta para dar voz a los pacientes e incidir en la humanización de la sanidad. Así, destacó que es necesario conocer la experiencia del paciente para avanzar en la mejora de la asistencia sanitaria.

A continuación, pacientes y familiares compartieron sus vivencias y necesidades. La mesa se cerró con una nueva edición del programa 'Café con tu hematólogo', en la que el Dr. Fernando Escalante, hematólogo del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario de León y asesor médico de ALCLES, atendió las inquietudes de los pacientes en torno a las enfermedades de la sangre.

En esta Mesa de Experiencias también estuvieron presentes, como público, la directora de Enfermería del CAULE, Ana Prieto, acompañada de su equipo; el jefe del Servicio de Hematología, José Antonio Rodríguez, y la coordinadora de Calidad, Marta Eva González, entre otros integrantes del colectivo sanitario.



## El Hospital Universitario de León acoge una exposición de la Escuela de Arte y Superior de Conservación y Restauración de Bienes Culturales

Los trabajos expuestos muestran el nivel técnico y creativo adquirido por el alumnado del centro educativo leonés



El Hospital Universitario de León acoge, dentro de su programa CAULE Cultural, una exposición de la Escuela de Arte y Superior de Conservación y Restauración de Bienes Culturales de León. La muestra fue visitada por el director gerente del CAULE, Alfonso Rodríguez-Hevia González, y por el director de la Escuela, Miguel Mielgo Torices, junto a la responsable del programa 'CAULE Cultural', Silvia García, profesora de la escuela y personal del hospital.

Miguel Mielgo explicó los pormenores de la muestra al gerente, destacando que "los trabajos expuestos, en los que se puede observar una gran diversidad de técnicas y soportes, representan el gran nivel técnico y creativo adquirido por el alumnado en su etapa de formación en los estudios impartidos en el centro".

Así, a través de las piezas expuestas, el espectador puede recorrer los diferentes estudios del centro: Bachillerato de la Modalidad de Artes, con dibujos realizados con diferentes técnicas; Vidrieras Artísticas realizadas en el Ciclo Formativo de Grado Medio de Pintura sobre Vidrio y del Ciclo Formativo de Grado Superior de Vidriera Artística; obra gráfica original del Ciclo

Formativo de Grado Medio de Serigrafía Artística y del Ciclo Formativo de Grado Superior de Grabado y Técnicas de Estampación; estampaciones textiles realizadas en el Ciclo Formativo de Grado Superior de Arte Textil; y pósters científicos del Grado de Enseñanzas Artísticas Superiores de Conservación y Restauración de Bienes Culturales en la Especialidad de Pintura. Con esta exposición, que permanecerá abierta hasta el mes de octubre, la Escuela quiere dar difusión a sus enseñanzas y promocionar al alumnado del centro.

El CAULE avanza con esta nueva muestra en su proyecto cultural, siendo esta su cuarta gran exposición, habiéndola precedido las de Ars Mendi (20 artistas), Paisajes Oníricos (Musac), y Urbanitas, del fotógrafo Luis Vidal.

El hospital ha acogido otras muestras como la titulada 'Exponer o exponerse en tiempos de pandemia', de estudiantes de varios IES de León. Asimismo, en base al programa CAULE Cultural, se han realizado diversas actividades educativas y de divulgación del arte, y de su relación con la salud, entre el personal del centro sanitario.



una llamada, un mundo de servicios

C/ Guardia Civil, 4 entrpl. dcha.

☎ 987 00 23 22

[www.ayudadomicilioleon.com](http://www.ayudadomicilioleon.com)

#### AYUDA A DOMICILIO Y ASISTENCIA A MAYORES Y ENFERMEROS

Acreditados por La Junta de C y L para prestar servicios asistenciales al amparo de La Ley Dependencia

#### LIMPIEZAS Y SERVICIOS CONTINUADOS DE TAREAS DEL HOGAR

Personal propio y Agencia de colocación para selección empleadas de hogar internas o externas.

#### LIMPIEZA DE LOCALES Y OFICINAS




# Actívate

El cambio Empieza en Ti

MARTA GARCÍA CABEZAS

P S I C O L O G Í A

 680 800 830

[www.metodoactivate.com](http://www.metodoactivate.com)

Nº DE REGISTRO SANITARIO: 24-C22-0425

# PENSIÓN BLANCA

*“Siéntase como en su casa”*

B&B



c/ Villafranca nº 2 - 2ªA. • 24001 León • (+34) 987 251 991 (+34) 623 564 135 • [info@pensionblanca.com](mailto:info@pensionblanca.com)



vanessa robles dorado

tlf.987 26 41 30

TU PODÓLOGO DE CONFIANZA EN LEÓN CON 20 AÑOS DE EXPERIENCIA

# ¿Has sufrido un accidente de tráfico?

Déjanos ayudarte. Nuestro equipo de profesionales especializados en accidentes de tráfico resolverá todas tus dudas.

ORIENTACIÓN JURÍDICA GRATUITA

ABOGADOS EXPERTOS  
EN ACCIDENTES DE  
TRÁFICO

ATENCIÓN  
PSICOLÓGICA

ADELANTAMOS LA  
ASISTENCIA  
SANITARIA  
NECESARIA

OBTENEMOS  
LAS MEJORES  
INDEMNIZACIONES  
POR ACCIDENTE

ATENCIÓN SOCIAL Y PSICOSOCIAL

Avda. República Argentina, 1-1º izda  
24004 LEÓN

+34 987 09 46 86

+34 695 73 69 15

administracion.leon@fundacionavata.org



Proyecto orientación jurídica y psicológica en colaboración con



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DEL INTERIOR



