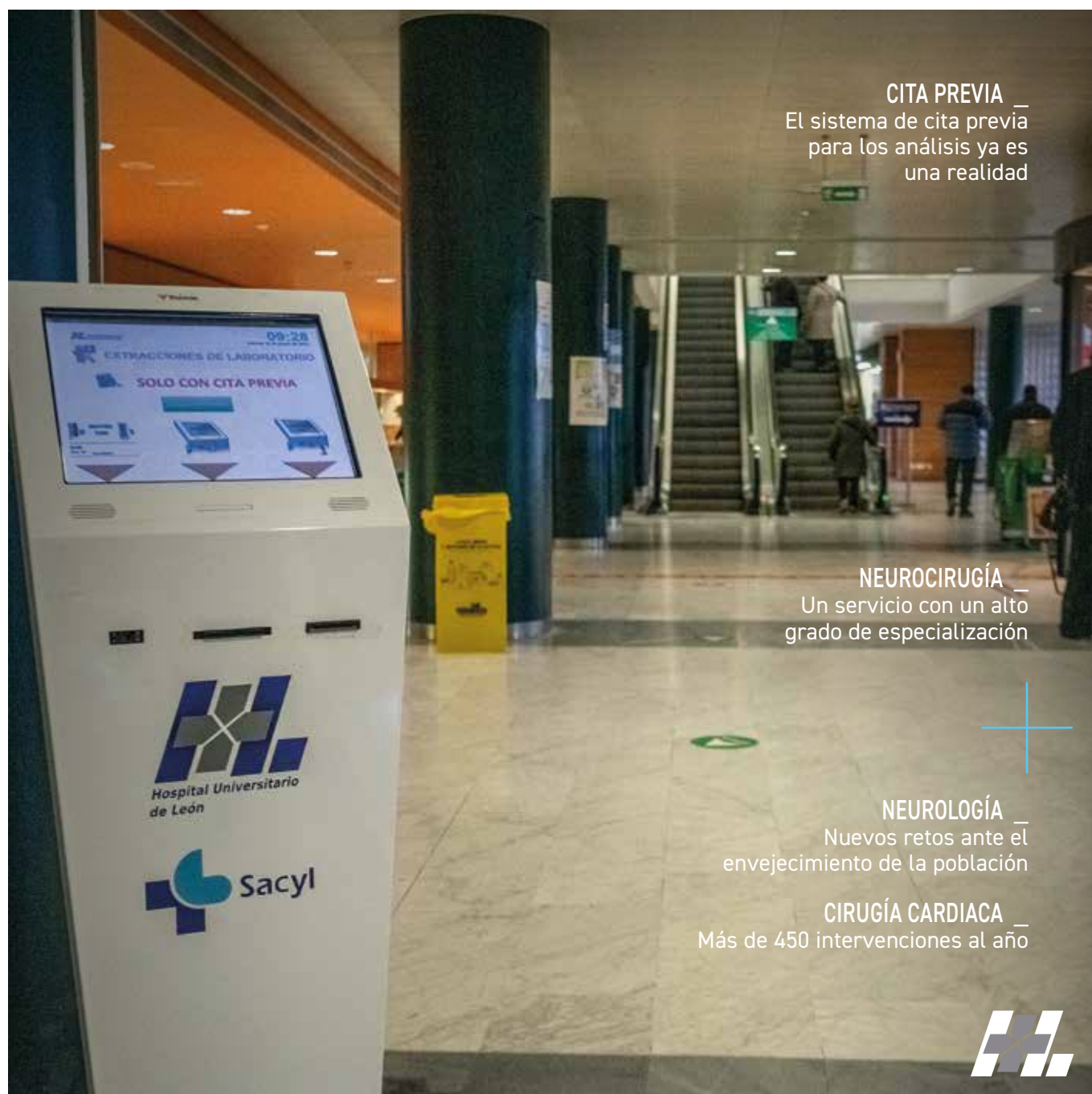


Revista del Complejo Asistencial Universitario de León

# Hospital de León

Publicación trimestral \_ n. 4  
febrero \_ 2024



## CITA PREVIA

El sistema de cita previa  
para los análisis ya es  
una realidad

## NEUROCIRUGÍA

Un servicio con un alto  
grado de especialización

## NEUROLOGÍA

Nuevos retos ante el  
envejecimiento de la población

## CIRUGÍA CARDIACA

Más de 450 intervenciones al año



Caser Residencial León




# Te cuidamos, donde y cuando lo necesites

Un nuevo concepto de cuidados, que va más allá de la residencia.



Caser Residencial León acerca los cuidados a la persona, ofreciendo el servicio donde y cuando lo necesite.

## En el hogar

-  Profesionales sanitarios
-  Tareas del hogar
-  Teleasistencia avanzada

## En nuestra Residencia

-  Tratamientos especializados
-  Estancias temporales para rehabilitación

**Caser Residencial León**

C/ Burbia, 2

**987 875 608**

[caserresidencial.es](http://caserresidencial.es) 



*Alfonso Rodríguez-Hevia  
González*

DIRECTOR GERENTE

## *Un 2024 de proyectos para el CAULE*

Comenzamos 2024 con importantes proyectos, encaminados, como siempre, a mejorar la atención sanitaria, junto a la docencia y la investigación, en el Complejo Asistencial Universitario de León.

A la puesta en marcha de los nuevos equipos de alta tecnología, anunciados en números anteriores de esta revista, se une este año la implantación de la cita previa para los análisis que realizan nuestros laboratorios, cuyo funcionamiento y objetivos explicamos en este nuevo número de la revista Hospital de León. También seguimos avanzando en la humanización de la sanidad, y con buenos resultados, como refleja la iniciativa del Servicio de Medicina Preventiva que ha ganado el concurso regional de buenas prácticas para la humanización de la asistencia Sanitaria de Castilla y León.

Asimismo, continuamos mejorando las tasas de aplicación del Contacto Piel con Piel Precoz (colocación del neonato sobre su madre inmediatamente después del nacimiento) que, excluyendo las causas más frecuentes de contraindicación, ya alcanza al 92,95% de los partos vaginales y al 86,22% de las cesáreas.

A nivel regional cabe destacar la puesta en marcha del Plan Integral de Enfermedades Raras de Castilla y León, que beneficiará a cientos de pacientes.

En este nuevo número, el cuarto ya, también dedicamos sendos reportajes a los servicios de Neurología y Neurocirugía, así como a la actividad quirúrgica de los servicios de Cirugía Pediátrica y Cirugía Cardíaca.

En materia de i+i, los protagonistas son la telemedicina y la atención virtual, así como la labor de nuestro Comité Ético de Investigación con Medicamentos.

Las enfermedades importadas y tropicales, el tratamiento del dolor y la labor de la enfermería de salud mental y de radioterapia son otros de los temas de actualidad que recogen estas páginas.

El trabajo de los Centro de Especialidades Periféricas (CEP) y del voluntariado del CAULE, en ambos casos no siempre bien conocido, completan este número, junto al tratamiento de residuos en el Hospital, comprometido con el reciclaje y la disminución de la huella de carbono. Además, hemos querido incluir en estas páginas algunos actos entrañables para nuestros trabajadores y pacientes, como las actividades navideñas y el acto de despedida de nuestros jubilados, que siempre seguirán formando parte de la gran familia del CAULE.

—

**Edita:**

Complejo Asistencial  
Universitario de León  
(CAULE)

**Comité de Redacción:**

Comisión de Dirección  
CAULE

**Coordina:**

Departamento  
de Comunicación  
CAULE

**Fotografía:**

Editorial MIC  
Óscar Rodríguez  
Cristina Bazán

**Producción Editorial:**

Editorial MIC

# SU — MA — RIO —

— **ESPECIALIDADES**

- > Neurología 6
- > Neurocirugía 12

— **I+I**

- > Comité Investigación 16
- > Sanidad Digital 20

— **EXPLORAR**

- > Enfermedades tropicales  
o importadas 22

— **CIRUGÍA CARDIACA** 30

— **CIRUGÍA PEDIÁTRICA** 36

— **CHARLA CON EL PACIENTE**

- > El dolor: un reto para  
la medicina y los pacientes 42

— **TU ÁREA DE SALUD**

- > Cita previa 46
- > CEP 50

— **CAULE EN CIFRAS** 54

— **CUIDADOS**

- > Salud Mental 56

— **VISIBILIDAD**

- > Plan de enfermedades raras 60
- > FOP: una carrera de fondo 64



— **ENFERMERÍA**

- > Radioterapia 68

— **SOLIDARIOS**

- > Voluntariado 71
- > Navidad 74

— **HUMANIZACIÓN**

- > Humanización  
de la Asistencia Sanitaria 78
- > Contacto piel con piel 81

— **SOSTENIBILIDAD** 84

— **JUBILACIONES** 87







*¡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)

Javier Tejada  
Jefe de Servicio de Neurología del CAULE

"Al año atendemos a más de 1000 enfermos en régimen de hospitalización"

☐ MARÍA JOSÉ PRIETO | JAVIER TEJADA \_\_\_\_\_

El Servicio de Neurología del CAULE atiende a más de 1000 enfermos al año en régimen de hospitalización y realiza más de 17.000 visitas en consultas externas. Uno de los retos a los que se enfrenta es precisamente el envejecimiento de la población, un factor clave en el deterioro neurológico. Javier Tejada, jefe de Servicio de Neurología del CAULE, analiza algunos aspectos fundamentales de esta especialidad.







**LAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS PLANTEAN ALGUNOS DE LOS RETOS MÁS COMPLEJOS DEL SISTEMA SANITARIO, ¿QUÉ PUEDE DECIRNOS DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL CAULE? ¿CÓMO FUNCIONA Y CÓMO AFRONTAN LA CARGA DE TRABAJO?**

El Servicio de Neurología está integrado por 11 neurólogos, con asistencia en consultas externas, planta de hospitalización, interconsultas intrahospitalarias y atención continuada de 24 horas mediante guardia de presencia física. Anualmente atendemos a más de 1000 enfermos en régimen de hospitalización, realizamos más de 17.000 visitas en consultas externas y más de 3.000 pruebas complementarias. Pensamos que como carga de trabajo es excesiva. La afrontamos con esfuerzo y, con la esperanza de que, al tratarse de un servicio público, pueda mejorar.

**EL ICTUS ES LA SEGUNDA CAUSA DE MUERTE EN ESPAÑA (LA PRIMERA EN MUJERES), LA PRIMERA CAUSA DE DISCAPACIDAD ADQUIRIDA EN EL ADULTO Y LA SEGUNDA CAUSA DE DEMENCIA Y EPILEPSIA. CON ESTOS DATOS, ¿QUÉ SUPONE LA IMPLANTACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS EN CASTILLA Y LEÓN? ¿CÓMO SE HA ADAPTADO EL CAULE PARA ATENDER A LOS PACIENTES QUE ACUDAN CON SÍNTOMAS DE ICTUS?**

El Código Ictus es un sistema de actuación sanitaria a nivel prehospitalario dirigido a reconocer los síntomas de ictus y organizar el traslado de los pacientes a los servicios de Urgencias. Se basa en la consideración del ictus como una emergencia médica. En el CAULE se atiende a pacientes procedentes de la provincia de León (Áreas de León y El Bierzo) y de la zona Norte de Zamora (Benavente y Sanabria). Este sistema ha supuesto la implantación de una guardia de Neurología con atención diaria en horario de 24 horas. El neurólogo de guardia recibe los avisos de un centro coordinador con el fin de disponer de una atención rápida en la Urgencia y poner en alerta al resto de profesionales implicados (médicos de Urgencias, Radiología, Radiología Intervencionista, Intensivista y enfermería de Unidad de Ictus).

**LAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES SON LA SEGUNDA CAUSA DE MUERTE EN EL MUNDO OCCIDENTAL Y LA SEGUNDA EN LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN, POR DETRÁS DE LOS TUMORES. ¿CÓMO AFRONTA EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA LA DEMANDA CRECIENTE DE PACIENTES ANTE EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN?**

Atendemos a las enfermedades cerebrovasculares en sus dos aspectos clínicos: en la fase de ictus agudo







*“El Código Ictus ha supuesto la implantación de una guardia de Neurología con atención diaria en horario de 24 horas”*

(código ictus, guardia de neurología) y en la parte de atención en consultas (prevención secundaria, demencia por enfermedad cerebrovascular, epilepsia vascular, exploraciones complementarias). En esta demanda también contamos con la ayuda de otras especialidades: Medicina de Atención Primaria (Prevención), Medicina Interna (Prevención), UCI (asistencia en procedimientos endovasculares), Radiología (imagen de diagnóstico), Intervencionistas (procedimientos endovasculares), Endocrinología y Nutrición (disfagia y nutrición enteral), Cirugía Vasculosa (ateromatosis carotídea), Rehabilitación y Logopedia. También tienen un papel asistencial importante las Trabajadoras Sociales para organizar la cobertura cuando el paciente con discapacidad sale del hospital. Consideramos que la atención es completa en todos estos campos y al mismo nivel que en otros centros.

**SI HABLAMOS DE OTRAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS COMO EL PARKINSON O LA EPILEPSIA. ¿QUÉ INCIDENCIA TIENEN EN LA PROVINCIA?, ¿HAY AVANCES OPTIMISTAS EN LOS TRATAMIENTOS SINTOMÁTICOS?**

La incidencia de epilepsia, según la información que se dispone, está en España entre 31 a 57 casos por cada 100.000 habitantes al año. El Parkinson, tras el Alzheimer, es el segundo diagnóstico neurológico más frecuente entre los mayores de 65 años. La incidencia es de unos 50 casos nuevos por 100.000 habitantes al año. Ambas enfermedades cuentan con un respaldo de investigación intenso en todos los aspectos del proceso: fármacos, mecanismos implicados y tratamientos de cirugía. En nuestro hospital existe una consulta monográfica de atención al Parkinson en sus fases de enfermedad avanzada. Estos pacientes presentan complicaciones motoras y alteraciones mentales que exigen terapias específicas. En cuanto a la epilepsia es necesario reconocer que la atención debe mejorarse. En los hospitales de nivel similar al CAULE se dispone de una consulta específica para este proceso, y es nuestro objetivo que el paciente de León disponga también de ella.

**ANTE LAS ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS COMO EL ALZHEIMER O LAS DEMENCIAS. ¿QUÉ PAPEL DESEMPEÑA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ?**

El adelanto en el diagnóstico es útil a nivel sociosanitario. Así permite al paciente, a sus familiares y al clínico planificar el futuro de manera más previsora, organizándose en distintos aspectos sociales, preven-

tivos o legales: cuidador, uso de medicaciones, atención en centros de día, evitar conducción de vehículos o cuestiones relacionadas con el patrimonio personal. La detección precoz puede mejorar la calidad de vida del paciente y de su cuidador, y retrasar la institucionalización del paciente contribuyendo así a reducir los costes de la enfermedad

**LAS CEFALEAS Y LAS MIGRAÑAS SON TAMBIÉN UNA CONSULTA HABITUAL DE NEUROLOGÍA, ¿QUÉ AVANCES HAY EN ESTE CAMPO?**

Las cefaleas y la migraña en particular son procesos de elevada prevalencia en la población. Actualmente existe una atención organizada en la asistencia a las cefaleas. En nuestro hospital contamos con una consulta monográfica de cefaleas. En esta consulta se desarrollan los tres elementos dirigidos al control de las cefaleas y dolores craneales: educación al paciente, tratamiento sintomático para controlar los episodios de dolor y tratamiento preventivo para reducir la frecuencia e intensidad de las crisis de dolor. Se utilizan fármacos orales, infiltraciones con toxina botulínica y anticuerpos monoclonales. En esta área, la atención es completa, con compañeros en dedicación específica. El problema principal es la saturación de las consultas.

**¿QUÉ APORTA LA GENÉTICA EN EL CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS? ¿EXISTEN DATOS QUE EVIDENCIAN LA RELACIÓN DIRECTA?**

La genética es una herramienta básica en el diagnóstico de aquellas enfermedades neurológicas donde los genes tienen un papel importante. Estas enfermedades son: trastornos del equilibrio (ataxias hereditarias), neuropatías, enfermedad de Huntington, enfermedades neuromusculares, demencias por priones, epilepsias hereditarias, trastornos del neurodesarrollo y algunas enfermedades de origen metabólico. Contamos para su diagnóstico y asesoramiento con compañeros expertos en el área de Análisis Clínico.

**ENTONCES, SI SE CONSIDERA QUE UNA PERSONA PRESENTA UN RIESGO GENÉTICO A TENER PÁRKINSON O ALZHEIMER, ¿ES POSIBLE PREVENIR LA ENFERMEDAD?**

En la enfermedad de Parkinson un número muy reducido de casos (10%) pueden tener un condicionante genético; y en el Alzheimer tan solo un 1%. Por ello son dos enfermedades en las que el uso de exámenes genéticos es excepcional.



*“La incidencia de Alzheimer es de unos 50 casos nuevos por 100.000 habitantes al año”*

**¿HASTA QUÉ PUNTO UNOS BUENOS HÁBITOS DE VIDA PUE-  
DEN PREVENIR LAS ENFERMEDADES NEURODEGENERATI-  
VAS O RETRASAR LOS SÍNTOMAS?**

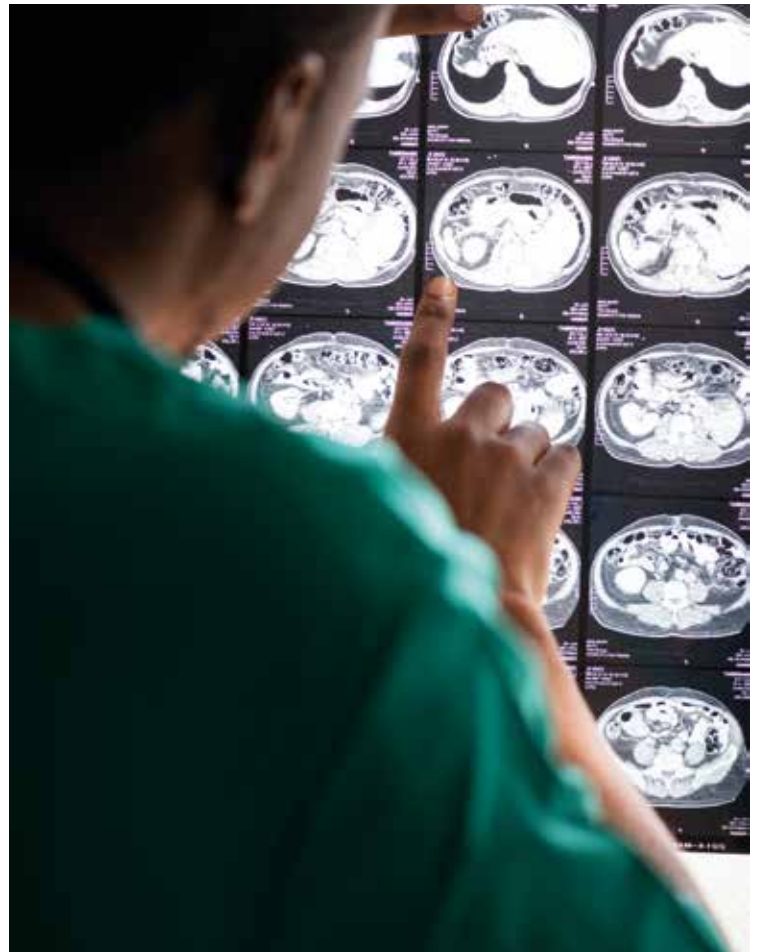
El estilo de vida, los buenos hábitos y los tratamientos preventivos están dirigidos a mejorar nuestra salud, fundamentalmente a través de nuestro estado físico y mental, y de reducir el riesgo de procesos vasculares o tumorales. Las enfermedades neurodegenerativas se relacionan con nuestra constitución genética o con el deterioro de vías metabólicas de cada persona, por ello no son prevenibles. Lo que es un hecho claro, como para cualquier problema de salud, es que pueden ser afrontadas de forma más favorable sobre un estado de salud general óptimo.

**LA ELA ES TAMBIÉN UNA ENFERMEDAD NEUROLÓGICA CON  
UNA IMPORTANTE INCIDENCIA. ¿QUÉ AVANCES HAY AC-  
TUALMENTE EN TORNO A ESTA ENFERMEDAD Y CUÁL ES LA  
SITUACIÓN EN LA PROVINCIA?**

La ELA es una enfermedad muy delicada para nosotros. Seguimos en el hospital unos 40 casos con diferentes situaciones clínicas. En su asistencia también están implicados los servicios de Endocrinología-Nutrición, Neumología y Rehabilitación. Aún no disponemos de una consulta específica para este proceso y para el resto de enfermedades neuromusculares. Nuestro deseo es iniciar y organizar esta consulta; y así poder ofrecer a los pacientes una atención más eficaz y más adaptada a las diferentes fases del proceso.

**SE HABLA DEL COVID-19 TAMBIÉN COMO UNA ENFERMEDAD  
NEUROTÓXICA PERO, ¿CUÁL ES EL DAÑO NEUROLÓGICO  
REAL?**

Los pacientes con infección por covid pueden desarrollar síntomas neurológicos: cefaleas, confusión mental y procesos inflamatorios en algunas partes del sistema nervioso (pérdida de olfato o gusto, encefalitis, mielitis y polirradiculitis). La mayoría de ellos no han sido procesos frecuentes. El seguimiento de los pacientes con covid-19 ha mostrado que en algunos casos el proceso de recuperación puede ser prolongado (síndrome post-covid). Estos pacientes desarrollan síntomas similares a los descritos en el contexto del síndrome de fatiga crónica o la fibromialgia. También es frecuente que tengan quejas cognitivas (fallos de memoria). A pesar de la extensa pandemia no son un número elevado de pacientes en nuestras consultas.



**¿CUÁL ES EL NIVEL DE INNOVACIÓN DEL QUE DISFRUTA EL  
SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL CAULE?**

Nuestra actividad está dirigida a la asistencia clínica. Damos atención a los pacientes ingresados y a los que vemos en las consultas. Esto ocupa la mayor parte del trabajo diario. En este trabajo utilizamos los conocimientos clínicos más actuales. No estamos atrás con respecto a otros centros, pero no podemos decir que aportamos innovación. Participamos en ensayos clínicos con otros hospitales en las áreas de Esclerosis Múltiple y enfermedad cerebrovascular. Esta es nuestra pequeña aportación a la innovación.



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**



Francisco Javier Ibáñez Plagaro  
Jefe de Servicio de Neurocirugía

## "Hay que ser realistas y no dar falsas expectativas a los pacientes con lesión medular"

### ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES INTERVENCIONES QUE SE REALIZAN EN EL CAULE EN LA ESPECIALIDAD DE NEUROCIRUGÍA?

En el Servicio de Neurocirugía se trata la patología del sistema central y periférico. Un capítulo muy importante es la patología neuroquirúrgica urgente, traumatismos craneoencefálicos y politraumatizados, que son tratados de forma conjunta con los médicos intensivistas, hemorragias cerebrales y espinales de todo tipo. Hematomas intraparenquimatosos, hematomas subdurales, hemorragias subaracnoideas secundarias a aneurismas cerebrales, etc. Desde que se inauguró el servicio nos hacemos cargo de la patología traumática de la columna y lesionados medulares.

A nivel de cirugía programada, el área de más peso dentro de la especialidad es la patología intracraneal. Realizamos todos los abordajes para tratar procesos oncológicos, patología vascular, patología hipofisaria y problemas de circulación del líquido cefalorraquídeo usando la microcirugía o la endoscopia guiada por neuronavegación.

También se trata actualmente toda la patología relacionada con el sistema nervioso periférico, síndromes de atrapamiento de nervios, patología tumoral y reconstrucción nerviosa mediante injertos y suturas.

Otro grupo de procesos son de neurocirugía funcional y dolor, como la implantación de bombas de infusión intratecal o el tratamiento de la neuralgia del trigémino.

En estos momentos la patología más frecuente, en consulta y quirófano, en número de pacientes, es la relacionada con las lesiones degenerativas de la columna lumbar, cervical y dorsal por ese orden. Prácticamente toda la población tiene en algún momento de su vida algún episodio doloroso en relación con el raquis. La cirugía siempre es la última opción. Primero hay que intentar agotar el tratamiento conservador, mediante

medicación, hábitos de higiene, fisioterapia, etc. Hay que explicar a los pacientes que muchos de estos episodios son autolimitados, y aunque en los casos bien seleccionados, la cirugía tiene buenos resultados, hay que ser muy estrictos con las indicaciones quirúrgicas. Además, hay que educar a la población, ya que hoy en día se hacen numerosas pruebas diagnósticas de imagen, como resonancia y TAC, y van a aparecer diagnósticos que en muchos casos se corresponden con cambios degenerativos fisiológicos, propios de la edad y que no hay que tratar. Mucha gente acude a consulta con informes de pruebas, contándonos el número de hernias discales que tienen, cuando todo el mundo con los años tiene cambios degenerativos osteodiscales, que el radiólogo tiene que informar y que en la mayoría de los casos no precisan tratamiento quirúrgico.

En principio el servicio cubre todas las áreas de la especialidad. Lo único que derivamos a otros centros de referencia estatal, es la cirugía programada pediátrica, que principalmente es patología tumoral, que luego va a precisar tratamientos complementarios de radioterapia y quimioterapia. Dado el escaso número de casos que hay en la provincia, por el envejecimiento de la población, no es ético actuar en uno o dos episodios al año, mejor derivarlos a servicios con un volumen importante de casos. La otra patología que se deriva es la estimulación cerebral profunda, para casos de alteraciones del movimiento o temblor, por el mismo motivo que en el caso anterior, en relación con el número de pacientes al año que precisan ese tratamiento.

### CUANDO UN PACIENTE SE ENFRENTA A UNA INTERVENCIÓN CEREBRAL SABE QUE EXISTE UN PROBLEMA IMPORTANTE Y QUE PUEDE CONLLEVAR UNAS SECUELAS. ¿CÓMO SE PRIORIZAN LAS OPERACIONES CUANDO SE TRATA DE NEUROCIRUGÍA?

Hay que diferenciar dos grandes grupos de cirugías cerebrales. La patología urgente y la programada.





📖 MARÍA JOSÉ PRIETO | FRANCISCO JAVIER IBÁÑEZ PLAGARO

El Servicio de Neurocirugía trata la patología del sistema nervioso central y periférico. En el caso de las intervenciones urgentes, por traumatismos craneales y hemorragias intracerebrales, lo más importante es actuar de forma rápida, priorizando aumentar las posibilidades de supervivencia del paciente. En el caso de la cirugía programada, sea tumoral o vascular, se prioriza que el paciente se intervenga con los mejores medios técnicos. El jefe de Servicio, Francisco Javier Ibáñez Plagaro, hace hincapié en que “lo más importante es la prevención de las lesiones con las medidas de seguridad en los accidentes de tráfico y laborales. A nivel deportivo insistir en evitar las zambullidas en aguas poco profundas que provocan casi todos los años lesiones medulares cervicales muy severas”.



En el caso de las intervenciones urgentes, por traumatismos craneales y hemorragias intracerebrales, aunque se use la tecnología, lo más importante es actuar de forma rápida si lo precisa la situación clínica, priorizando aumentar las posibilidades de supervivencia del paciente.

En el caso de la cirugía programada, sea tumoral o vascular, se prioriza que el paciente se intervenga con los mejores medios técnicos, monitorización neurofisiológica, navegación intracraneal, microscopio quirúrgico o endoscopia, para poder solucionar el problema, intentando que no presente complicaciones y morbilidad por la cirugía, en función de en qué parte del cerebro se encuentre su patología ya que hay muchas áreas elocuentes que hay que respetar.

**LA NEUROCIRUGÍA ES UNA ESPECIALIDAD EXTREMADAMENTE COMPLEJA Y TAMBIÉN UNA DE LAS MÁS DESCONOCIDAS. USTEDES TRATAN DESDE UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO HASTA UN TUMOR MEDULAR O CEREBRAL, PATOLOGÍA VERTEBRAL DEGENERATIVA, TRAUMATISMOS VERTEBRALES Y MEDULARES... ¿QUÉ PUEDE CONTAR A LOS PACIENTES SOBRE ESTA ESPECIALIDAD?**

La neurocirugía trata todas las patologías del sistema nervioso central y periférico. Esto implica que hay abordajes muy complejos y variados entre sí. Realizamos abordajes craneales supratentoriales, abordajes de fosa posterior, abordajes de base de cráneo, abordajes anteriores y posteriores a todo el raquis, para tratar lesiones vertebrales y medulares y abordajes a cualquier nivel del sistema nervioso periférico; intentando emplear siempre que sea posible técnicas de cirugía mínimamente invasiva, con ayuda de microcirugía o endoscopia. Esto nos obliga por una parte a que los miembros del servicio tienen a su vez que subespecializarse, para tratar todo el conjunto de procesos. Todo el servicio puede tratar con total seguridad la patología que se genera en las urgencias, con un sistema de guardias de presencia física, pero además hay grupos de trabajo que tratan la patología más compleja. Tenemos grupos de trabajo en vascular, oncología, cirugía del paciente despierto, patología hipofisaria, hidrocefalia, sistema nervioso periférico, patología compleja de columna, neurocirugía funcional, que a su vez funcionan en comités multidisciplinarios juntamente con otros servicios, como radiología intervencionista, radiología de resonancia magnética, oncología médica y radioterápica, endocrinología, ORL, UCI, anestesia y anatomía patológica, entre otros.

**¿CÓMO HA EVOLUCIONADO EL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA CON LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS? ¿CREE QUE EL CAULE ES UN**

**HOSPITAL PUNTERO A NIVEL DE CIRUGÍA ROBÓTICA?**

La especialidad de neurocirugía es altamente dependiente de la tecnología. Fuimos de los pioneros en el manejo del microscopio quirúrgico y los motores de alta velocidad desde la fundación del servicio. Posteriormente se han añadido más herramientas, como el uso del neuronavegador para la planificación y el uso intraoperatorio en cirugías craneales y biopsias. Usamos monitorización neurofisiológica intraoperatoria, endoscopia para abordajes a base de cráneo, enfermedades de ventrículos cerebrales y abordajes espinales.

En estos momentos tenemos pendiente que el hospital ponga en marcha la adquisición de un sistema de TAC intraoperatorio, guiado mediante navegación, para aumentar la seguridad en las cirugías. Es una tecnología que ya está presente en otros hospitales de la comunidad e incluso en hospitales privados.

En cuanto a la cirugía robótica, lo que la gente conoce como el Da Vinci, en el momento actual no tiene aplicaciones en neurocirugía, ya que en nuestra especialidad se realizan esas cirugías con los abordajes microquirúrgicos. Pero sí se están desarrollando robots para aplicaciones neuroquirúrgicas.

**SUN ADEMÁS UN SERVICIO DONDE LA EDAD ES UN FACTOR DE RIESGO, COMO ES EL CASO DE LOS TUMORES O EL PARKINSON, ¿CREE QUE LA CARGA ASISTENCIAL ES ADECUADA?, ¿DEBEN ADECUARSE A LA NUEVA REALIDAD DE UNA POBLACIÓN ENVEJECIDA?**

El hecho de que la población esté envejecida cambia el porcentaje de las patologías a tratar. Hace años en las urgencias predominaban los politraumatizados secundarios a accidente de tráfico, con gente joven. Gracias a las medidas de seguridad como el casco en las motocicletas y el cinturón de seguridad en los automóviles, ese tipo de patología afortunadamente ha disminuido mucho. Actualmente han crecido con mucha intensidad los traumatismos secundarios por caídas en pacientes de edad avanzada y los hematomas subdurales crónicos, que es una patología propia de este grupo de edad, que sufren traumatismos banales, pero al tener asociada atrofia cerebral o tratamientos anticoagulantes, se producen sangrados que precisan una intervención quirúrgica para evacuarlos. Como en todas las especialidades, ha aumentado mucho la patología en personas de edad avanzada y eso supone un reto en el tratamiento, debido a la morbilidad asociada por patologías previas concomitantes. En la actualidad se tratan procesos que hace 20 años se desestimaban por las complicaciones y el pronóstico que eso suponía.

**LOS TUMORES CEREBRALES, MEDULARES, DE HIPÓFISIS O LESIONES DE COLUMNA ¿QUÉ ESPERANZA TIENEN PARA EL PACIENTE? ¿HAN EVOLUCIONADO MUCHO LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN?**

Las técnicas quirúrgicas han evolucionado mucho en los últimos años. Como hemos comentado antes utilizamos todos los medios técnicos posibles. Microcirugía, endoscopia, navegación guiada por ordenador, monitorización neurofisiológica, técnicas de fluorescencia intraoperatoria con 5ALA, cirugía en paciente despierto. Todas estas medidas permiten que el paciente tenga las máximas garantías de seguridad intraoperatorias para disminuir la posible morbilidad a los rangos mínimos.

**EN ESTE SENTIDO, LOS AVANCES TECNOLÓGICOS PERMITEN UTILIZAR TÉCNICAS MÍNIMAMENTE INVASIVAS EN LA NEUROCIRUGÍA ¿CUÁLES SON LOS AVANCES MÁS IMPORTANTES EN ESTAS TÉCNICAS EN EL CAULE?**

Se pueden poner muchos ejemplos. Tenemos muchos años de experiencia en cirugía craneal del paciente despierto, para extirpación de lesiones cerebrales que afectan a áreas expresivas, como el lenguaje y el movimiento. También hay un grupo de tratamiento de patología hipofisaria, que es pionero en la comunidad. La patología de hidrocefalia, que puede tratarse en algunos casos seleccionados mediante ventriculostomías endoscópicas, sin necesidad de derivaciones permanentes de líquido cefalorraquídeo. Las enfermedades de nervios periféricos cubren todas las patologías, incluido las lesiones del plexo braquial, que se realiza en pocos hospitales y recibiendo pacientes de otras provincias. Las hemorragias subaracnoideas secundarias a rotura aneurismática se tratan de forma avanzada o bien de forma endovascular o quirúrgica en la fase aguda, con los pacientes monitorizados en UCI.

Todos estos ejemplos, aunque hay más, se tratan de forma conjunta con grupos de trabajo y comités multidisciplinarios.

**EN EL CASO DEL PARKINSON, DESDE HACE TIEMPO SE VIENE HABLANDO DE LA ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA ¿EN QUÉ CONSISTE? ¿PUEDE REVERTIR EL PROCESO DE ESTA ENFERMEDAD?**

La estimulación cerebral profunda consiste en colocar electrodos intracerebrales en puntos diana del cerebro. En el caso del Parkinson suele ser el núcleo subtalámico. Los electrodos se conectan a unos generadores subcutáneos y tienen la finalidad de tratar los síntomas de la enfermedad, principalmente el temblor y la rigidez.





*“Actualmente han crecido con mucha intensidad los traumatismos secundarios por caídas en pacientes de edad avanzada”*

En los últimos años se está desarrollando una técnica novedosa que es el HIFU, la aplicación de ultrasonidos de alta intensidad que se aplican guiados con imágenes de resonancia magnética. Esto permite no colocar implantes quirúrgicos permanentes. Ambas técnicas mejoran la calidad de vida de los pacientes, al mejorar los síntomas más limitantes de la enfermedad, pero no detienen el proceso degenerativo que la ocasiona.

#### **RESPECTO A LAS OPERACIONES DE LA MEDULA ESPINAL ¿ESTAMOS CERCA DE QUE UN PACIENTE CON UNA LESIÓN TRAUMÁTICA PUEDA VOLVER A CAMINAR?**

Hay que ser realistas y no dar falsas expectativas a los pacientes con lesión medular.

Hay dos líneas de trabajo para las lesiones medulares. Una es de tipo médico con implantación de células madre del propio paciente en la medula espinal. Solo se realiza en un centro en España, de forma experimental, y con resultados muy pobres de mejora parcial de sensibilidad o esfinteriana.

La otra línea de investigación es el uso de exoesqueletos robotizados que permiten la deambulacion del paciente con la ayuda de estos dispositivos. Son prototipos sin comercialización. En un futuro próximo, con la rapidez que avanza todo lo relacionado con la IA, es posible que se desarrollen de forma más accesible. Pero en ninguna de las dos líneas estamos hablando de que la lesión medular se restaure y el paciente camine normalmente. No hay que alimentar falsas noticias ni publicidades engañosas.

Hoy por hoy lo más importante es la prevención de estas lesiones con las medidas de seguridad en los accidentes de tráfico y laborales, y a nivel deportivo insistir en evitar las zambullidas en aguas poco profundas que provocan casi todos los años lesiones medulares cervicales muy severas. Y cuando la lesión se produce que el paciente sea remitido a un servicio especializado en estas patologías, como el nuestro, para el tratamiento más precoz de descompresión y estabilización raquídea.

#### **CUANDO UN PACIENTE RECIBE UN DIAGNÓSTICO DE UN TUMOR CEREBRAL ¿A QUÉ SE ENFRENTA? ¿QUÉ ESPERANZAS DEBE ALBERGAR? ¿CUÁNTO HA AUMENTADO LA ESPERANZA DE VIDA CON LOS NUEVOS TRATAMIENTOS Y TÉCNICAS?**

Con el diagnóstico de un tumor cerebral el paciente se va a enfrentar en la mayoría de los casos a una intervención quirúrgica, bien de biopsia cerebral o craneotomía para extirpación de la lesión. Con las téc-

nicas quirúrgicas actuales, en la mayoría de los casos, el postoperatorio cursa con normalidad, y en pocos días el paciente es dado de alta hospitalaria.

En cuanto al pronóstico va a depender de la naturaleza histológica de la lesión. En el caso de meningiomas, hemangioblastomas, o tumores hipofisarios, por poner algunos ejemplos, lo más habitual es que el paciente se recupere de forma total y pueda realizar una vida normal en el futuro.

Si estamos hablando de gliomas malignos o metástasis cerebrales, las técnicas quirúrgicas tienen los mismos resultados de recuperación en el postoperatorio inmediato, pero a largo plazo la esperanza de vida dependerá de las posibilidades de tratamiento complementario mediante quimioterapia y/o radioterapia y su respuesta. Pero sí que es cierto que los gliomas malignos son uno de los procesos oncológicos del cuerpo humano que tiene unos tratamientos menos eficaces, en comparación con los avances de los tratamientos en patología oncológica de otros procesos corporales.

#### **¿CUÁL ES SU VALORACIÓN SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL CAULE? ¿A QUÉ RETOS SE ENFRENTAN?**

El servicio de neurocirugía del CAULE tiene un buen funcionamiento. Es un equipo de trabajo formado por gente joven. Se cubre la actividad asistencial mediante guardias de presencia física y se cubren todas las patologías que precisan asistencia urgente.

A nivel de consultas externas, los pacientes son valorados, en corto espacio de tiempo, en comparación con otras especialidades. Sin embargo, a raíz de la pandemia, las listas de espera quirúrgica sí que se desbordaron tras casi un año de muy poca actividad programada. En la actualidad estamos consiguiendo reducir los tiempos de espera, pero todavía son cifras de demora muy altas, aunque menos que las que teníamos en 2021.

El principal reto al que nos enfrentamos es con los medios económicos que se disponen, tener acceso a los avances tecnológicos que se están desarrollando, como el TAC intraoperatorio navegado, para dar mejor asistencia y seguridad a los pacientes. Al mismo tiempo hay que reponer de forma continua todo el material que tenemos, para mantenerlo actualizado y conseguir el buen funcionamiento asistencial. En general es el reto de cualquier servicio de tener acceso a todos los medios disponibles con las limitaciones de presupuesto. Es el reto de toda la sanidad pública.



# Comité Ético de Investigación con Medicamentos

## Funciones y objetivos

DESIRÉ ALIJA | ARMANDO PÉREZ DE PRADO

En el Hospital de León, el Comité Ético de Investigación (CEIM) ha desempeñado un papel fundamental durante muchos años, guiando y supervisando la aplicación de normas éticas en la investigación médica.

El Dr. Armando Pérez de Prado ostenta la presidencia del comité desde febrero de 2014. Actualmente se compone de 16 personas, cumpliendo con las pautas del Real Decreto 1090 de 2015, que regula la composición y funciones de los comités éticos en la investigación con medicamentos. Este decreto, en vigor desde 2015, establece la necesidad de diversos perfiles, incluyendo un secretario profesional (médico farmacólogo o farmacéutico), representantes de enfermería, pacientes, profesiones no médicas, farmacólogos clínicos y expertos en áreas como derecho sanitario y protección de datos. Esta composición se ajusta a las exigencias del Real Decreto, garantizando una representación diversa considerando tanto la perspectiva médica como la visión de profesionales no médicos.

El Comité Ético de Investigación no solo vela por la ética en el Hospital de León, sino también en el área de Primaria de León y las áreas de salud del Bierzo, abarcando tanto la atención primaria como especializada, prestando servicio a estas tres gerencias.

Desde la implementación del Real Decreto en 2015, existen dos tipos de comités éticos de investigación: el de Investigación con Medicamentos (CEIM) y el de Investigación Clínica (CEIC). Ambos desempeñan un papel crucial en la evaluación de proyectos, garantizando la ética en la investigación médica.

El CEIM no solo se centra en ensayos clínicos con medicamentos, sino que también aborda estudios observacionales y proyectos de investigación locales. Además, con la reciente regulación sobre estudios de investigaciones clínicas con productos sanitarios, el comité se asegura de aplicar las normativas correspondientes, ya sea en ensayos clínicos o estudios observacionales.

El Hospital de León ha sido testigo de una transformación significativa en la forma en que se abordan y evalúan los estudios médicos. El comité ha desempeñado un papel crucial en la acreditación y supervisión de dos tipos de comités éticos que moldean el panorama de la investigación médica en la región. El primero de estos comités es el Comité Ético de Investigación con Medicamentos, que se somete a acreditación cada dos años mediante una exhaustiva auditoría. A través de este proceso, el comité se adapta y evoluciona según la actividad desarrollada, demostrando su compromiso con estándares éticos elevados. Aunque la burocracia establecida por el Real Decreto puede parecer rigurosa, es esencial para garantizar procedimientos normalizados de trabajo y la integridad de toda la estructura del comité. Sin embargo, la diversidad de la investigación médica va más allá de los medicamentos, lo que lleva al segundo tipo de comités, aquellos que no han buscado la acreditación, pero siguen desempeñando funciones críticas en la Investigación Clínica. Estos comités se centran

más en proyectos generados localmente en el ámbito del Hospital o del área de salud del CAULE, abordando investigaciones que van más allá de los ensayos clínicos multicéntricos.

En este contexto, el Hospital de León aborda tanto proyectos de investigación recogidos en el Real Decreto de 2015 como otros que continúan siendo vitales para el avance científico. Este enfoque holístico se traduce en la evaluación de estudios clínicos complejos, como los ensayos clínicos. Estos estudios, registrados en la Agencia Europea del Medicamento, reciben dictamen de un comité nacional de referencia, simplificando el proceso de evaluación para otros centros.

Además, se evalúan y desarrollan los estudios observacionales, que evalúan la aplicación de tratamientos ya aprobados o el uso de productos sanitarios sin introducir cambios en la práctica clínica habitual.

El ámbito de productos sanitarios, como prótesis de cadera o válvulas cardíacas, también ha sido objeto de regulación reciente a través de un Real Decreto que establece normas tanto para ensayos clínicos como para estudios observacionales, adaptándose a las particularidades de estos productos.

Los comités tienen la responsabilidad de evaluar los proyectos académicos que nacen dentro de los propios centros, brindando un apoyo directo a los investigadores para crear hojas de información al paciente comprensibles, elaborar documentos de consentimiento informado correctos, proteger la privacidad de los datos y aplicar las normas éticas.

La principal preocupación en los estudios de gran envergadura es la de ser diligentes en los que actúa el CEIM de las Áreas de León y del Bierzo como comité de re-





*“El CEIM no solo se centra en ensayos clínicos con medicamentos, sino que también aborda estudios observacionales y proyectos de investigación locales”*

ferencia. En este ámbito, la supervisión es esencial, ya que estos estudios se trasladarán a otros comités que solo podrán emitir juicios sobre la idoneidad local para desarrollarse en sus centros.

La atención del comité se enfoca especialmente en los proyectos de investigación internos del hospital, donde ha de ser proactivo y brindar apoyo. No se trata de obstaculizar, sino de asegurar que los procedimientos se realicen correctamente, cumpliendo con las normativas establecidas. No es necesario que los investigadores memoricen los detalles del Real Decreto correspondiente; el comité está para asistir y proporcionar un ejemplo concreto de cómo llevar a cabo el proceso, incluyendo la creación de una hoja informativa para el paciente que resuelva sus dudas e inquietudes.

Centrado en garantizar el cumplimiento de normas éticas, interviene, con mayor énfasis incluso, cuando identifica que estas normas no se están siguiendo, brindando orientación precisa sobre cómo abordar la situación de manera adecuada.

#### EL HOSPITAL DE LEÓN

El Hospital de León se sitúa en la vanguardia de la investigación ética, adoptando un enfoque integral para abordar la diversidad de estudios médicos. Desde la evaluación de ensayos clínicos complejos hasta la atención a proyectos locales, el compromiso del comité ético es clave para garantizar la calidad y ética en la investigación médica en la región. El comité destaca por su compromiso con la ética en la investigación, siguiendo la Declaración de Helsinki, suscrita por la Organización Mundial de la Salud, que establece los principios fundamentales que deben seguir los estudios médicos. Aunque pareciera que poco ha cambiado, esta declaración es crucial para evitar tragedias derivadas de experimentos clínicos dramáticos que han marcado la historia.

Desde este hospital se desempeña un papel esencial en la promoción de la investigación ética, garantizando que los proyectos cumplan con los más altos estándares éticos y legales, contribuyendo así al avance y la seguridad de la investigación médica en la región. El comité trabaja incansablemente para orientar a los investigadores en la elaboración de información comprensible para los pacientes, en la elaboración de documentos de consentimiento informado correctos, y en el cumplimiento de las normativas de protección de datos. En el caso de los estudios retrospectivos, que trabajan con hechos ocurridos en el pasado, es más complicado, y es por eso que existe también este comité, para orientar en la búsqueda de dicha información cumpliendo todos los requisitos éticos.

En el contexto de un ensayo clínico, la importancia de la protección y el seguro se magnifica en comparación con un estudio observacional, donde no se requiere un respaldo de aseguramiento. No obstante, tanto en el ámbito de la protección de datos como en el consentimiento informado, las consideraciones y procedimientos son análogos, incluso cuando el estudio se limita a la observación. En estas instancias, se subraya la necesidad de obtener el consentimiento o seguir las indicaciones del comité ético para garantizar la compatibilidad con las normativas de protección de datos.

Los derechos y el bienestar de los participantes se convierten en un principio rector ineludible. ¿Cómo se logra este cometido? La respuesta encuentra en el asesoramiento experto de los comités éticos. Este órgano no solo orienta, sino que también se erige como un faro ético cuya función no es la de prohibir ni aprobar de manera tajante, sino más bien aconsejar sobre cómo abordar la investigación desde una perspectiva ética. Este enfoque colaborativo asegura la integridad ética de los estudios clínicos, fortaleciendo la confianza en

la investigación médica y promoviendo un avance científico responsable.

#### ENSAYOS CLÍNICOS: LA FORMA MÁS COMPLEJA DE INVESTIGACIÓN

Cuando se empieza a probar un medicamento o un producto sanitario la fase de investigación, en primer lugar, se tienen que hacer pruebas, que suelen efectuarse primero en animales y, cuando comprueba su seguridad y eficacia, se da el salto a humanos. Este tipo de ensayos, se denominan de fase 1, ensayos de prueba en voluntarios sanos. No siempre se realizan, pero son claves en muchas situaciones.

Los ensayos de fase 2, que ya tienen lugar aquí en el centro, comienzan una vez que ya se han desarrollado las fases previas. En esta etapa se busca la dosis más adecuada para tratar a los pacientes afectados por la enfermedad en cuestión y se implementa un control riguroso sobre los posibles efectos secundarios, asegurando un monitoreo constante. Estos estudios, altamente supervisados, se detienen de inmediato ante cualquier indicio mínimo de riesgo, garantizando la integridad del proceso de investigación.

Y, por último, nos adentramos en los ensayos de fase 3, muchos de ellos verdaderos megaensayos, donde se somete el tratamiento a una evaluación exhaustiva en comparación con opciones existentes. Estos estudios de gran envergadura requieren la participación de un considerable número de pacientes, una condición esencial para demostrar la superioridad en eficacia y/o seguridad de la nueva terapia con respecto a las alternativas anteriores, o al menos, confirmar su equivalencia.

Los ensayos clínicos constituyen un proceso secuencial. Si bien se llevan a cabo en una población altamente seleccionada, especializada para dicho propósito, su validez en la realidad cotidiana se pone a



*“El Hospital de León se sitúa en la vanguardia de la investigación ética”*

prueba mediante estudios observacionales, una vez que la aprobación del fármaco o dispositivo sanitario es una realidad.

Por otro lado, en el contexto de relación entre riesgos y beneficios, la relevancia recae en dos comités fundamentales: el Comité de Dirección del Ensayo, encargado de aspectos como el reclutamiento de pacientes, la ampliación y la modificación del diseño del estudio; y el Comité de Seguridad y Monitorización de Datos, cuya función primordial consiste en salvaguardar contra posibles problemas sustanciales en términos de seguridad y eficacia. Este último comité, de vital importancia, se caracteriza por contar con profesionales externos al estudio, asegurando así la imparcialidad en la toma de decisiones, sin intereses personales, que influyan en la decisión de continuar o detener un ensayo clínico.

#### **PROTECCIÓN DEL PARTICIPANTE**

Como se ha mencionado anteriormente, garantizar la total confidencialidad de los datos resulta una tarea ardua. La ideal anonimización de los datos se presenta como un desafío significativo, ya que actualmente resulta complicado eliminar completamente la posibilidad de rastrearlos. En este contexto, la seudonimización, un concepto aprobado tanto por la Agencia del Medicamento como por las autoridades españolas y europeas, emerge como una solución clave, especialmente en estudios observacionales que buscan evitar la recopilación de datos personales identificables.

A pesar de los esfuerzos por mantener el anonimato, siempre existe un conecador, generalmente el investigador principal del hospital, que conserva una lista con claves vinculadas a la identidad del paciente. Esta seudonimización se resguarda con extrema precaución, siendo esencial para prevenir la identificación de pacientes en caso de una eventual filtración de datos.

## La tecnología, clave para mejorar la salud y el bienestar de los leoneses

📖 MAR ROMÁN \_\_\_\_\_

La pandemia ha acelerado la transformación digital de la sanidad, que ofrece soluciones innovadoras para atender a los pacientes y optimizar las políticas de salud. *Diario de León* y Telefónica organizaron el pasado 25 de octubre del 2023 una mesa redonda sobre los retos y las oportunidades de la sanidad digital, con la participación de expertos del ámbito sanitario y tecnológico y la presencia, entre los asistentes, del director gerente del CAULE, Alfonso Rodríguez-Hevia González.

La sanidad está viviendo una revolución gracias a la tecnología y la digitalización, que permiten mejorar la calidad y la eficiencia de la atención sanitaria, así como aportar bienestar a los pacientes y a los profesionales. Así se puso de manifiesto en la mesa redonda sobre *Sanidad Digital, la respuesta a los grandes retos sanitarios del siglo XXI*, que ofreció *Diario de León*, en colaboración con Telefónica, en el Colegio Oficial de Médicos de León.

El evento, presentado por el director del periódico, Joaquín S. Torné, contó con la intervención de la directora general Territorio Centro de Telefónica, Beatriz Herranz, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria, Planificación y Resultados en Salud de la Junta, Jesús García-Cruces, y el presidente del Colegio de Médicos de León y del Consejo de Colegios Médicos de CyL, José Luis Díaz Villarig.

Los ponentes coincidieron en destacar el papel clave que juega la tecnología para dar respuesta a los desafíos que plantea la sanidad, especialmente en una provincia como León, que se caracteriza por su gran extensión y su envejecimiento poblacional.

Herranz señaló que la tecnología y la inteligencia artificial facilitan el acceso a la

salud de las personas que viven en zonas rurales o aisladas, y permite ofrecer servicios sanitarios más ágiles y personalizados, como la telemedicina, la teleasistencia o el diagnóstico remoto. También dijo que la inteligencia artificial ayuda a los profesionales sanitarios, muchas veces desbordados, a agilizar los diagnósticos, a acumular datos de los pacientes y a la conectividad de los quirófanos. Pero insistió que estas nuevas herramientas digitales deben de estar combinadas de forma coherente con la atención personalizada al paciente.

García-Cruces afirmó que la tecnología también ayuda a mejorar la gestión sanitaria, al proporcionar datos e información que permiten tomar decisiones informadas y diseñar políticas de salud más eficaces y sostenibles. Y puso como ejemplo los buenos resultados de la aplicación de Sacyl Conecta. Asimismo, indicó que la tecnología favorece la investigación y la innovación en el ámbito sanitario, al facilitar la colaboración entre los diferentes agentes implicados y el desarrollo de nuevas soluciones y tratamientos.

Díaz Villarig, por su parte, defendió que la medicina presencial debe ser primordial y que la tecnología debe ser un complemento y no un sustituto de la relación





médico-paciente, que consideró esencial para garantizar una atención sanitaria de calidad y humana. También reclamó que los médicos reciban una formación adecuada para el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), y que se respeten los principios deontológicos y éticos en su aplicación.

Los ponentes también reconocieron los retos y las dificultades que implica la implantación de la sanidad digital, como la brecha digital, la ciberseguridad, la protección de datos, la regulación o la financiación. Por ello, abogaron por una mayor coordinación y cooperación entre las administraciones públicas, las empresas privadas, los profesionales sanitarios y los usuarios, para aprovechar al máximo las oportunidades que ofrece la tecnología para mejorar la salud y el bienestar de los leoneses.



José Guerra  
Servicio de Medicina Interna del CAULE

## Enfermedades tropicales o importadas El regreso amargo del viajero y un reto para la medicina

📖 MAR ROMÁN | JOSÉ GUERRA

Dengue, malaria, chikunguya, el cólera... Son enfermedades que asociamos con países lejanos y climas cálidos, pero que también pueden aparecer en León. Algunos viajeros e inmigrantes que han estado o provienen de zonas tropicales llegan al Hospital de León con síntomas de estas infecciones, que son poco habituales y difíciles de diagnosticar y tratar en nuestro país. Estas enfermedades, además de suponer un desafío para la medicina, representan un reto para los médicos, que tienen que enfrentarse a patologías desconocidas o poco frecuentes, y que requieren de conocimientos específicos y protocolos adecuados. Una conversación con el doctor José Guerra, del Servicio de Medicina Interna del CAULE, nos explica los riesgos, la prevención, el tratamiento y la tendencia de estas enfermedades, y la importancia de la colaboración entre diferentes especialidades para resolver los casos más complejos.

### ¿QUÉ ENFERMEDADES SON LAS MÁS FRECUENTES ENTRE LOS VIAJEROS QUE REGRESAN DE PAÍSES TROPICALES O SUBTROPICALES?

Las enfermedades más frecuentes en las personas que vuelven de viaje de países tropicales son las comunes, como procesos diarreicos, infecciones respiratorias y viriasis. Sin embargo, también pueden presentar otras enfermedades más específicas de estas regiones, como la malaria, el dengue o la fiebre tifoidea, que requieren de un diagnóstico y un tratamiento adecuados.

### ¿QUÉ PROTOCOLO SE SIGUE EN EL HOSPITAL DE LEÓN PARA ATENDER A LOS VIAJEROS QUE PRESENTAN SÍNTOMAS DE ALGUNA ENFERMEDAD INFECCIOSA IMPORTADA?

No hay un protocolo específico para estos casos, sino que se siguen las recomendaciones de las sociedades científicas nacionales, como la SEIMC, sobre el manejo de la fiebre en pacientes que vuelven de viaje de países tropicales. También se tiene en cuenta la situación de la población emigrante que viene de esos países, ya sea como residentes o como visitantes de sus países de origen. Se realiza una anamnesis detallada del viaje, una exploración física y unas pruebas complementarias según el cuadro clínico y el país de procedencia.

### ¿QUÉ ENFERMEDADES INFECCIOSAS IMPORTADAS REQUIEREN UN AISLAMIENTO DEL PACIENTE Y UNA NOTIFICACIÓN URGENTE A LAS AUTORIDADES SANITARIAS?

La principal preocupación son las fiebres hemorrágicas, causadas por virus como el del Ébola. Este tipo de enfermedades sí que tienen un alto riesgo de contagio y propagación, y pueden provocar graves complicaciones e incluso la muerte. Las enfermedades más comunes, como la malaria, el dengue o la fiebre tifoidea, tienen un riesgo mucho menor y no precisan de un aislamiento estricto, aunque sí de un seguimiento y un tratamiento adecuados.

### ¿QUÉ FACTORES INFLUYEN EN EL RIESGO DE ADQUIRIR UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA DURANTE UN VIAJE A OTRO PAÍS?

Hay varios factores que influyen en el riesgo de contagio, como el lugar al que se viaja, el tipo de alojamiento, la duración del viaje, las actividades realizadas, las medidas de prevención adoptadas y el estado de salud previo del viajero. Es muy importante valorar todas las circunstancias que han intervenido en el viaje para tener una idea real del riesgo de infección.







### ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS

- La malaria
- Dengue
- Chikungunya
- Virus zika



### ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

- El VIH
- Hepatitis B y C
- La sífilis
- La gonorrea
- La clamidia
- El herpes genital
- El virus del papiloma humano
- La tricomoniasis



### ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS O AGUA CONTAMINADOS

- Diarrea del viajero
- Hepatitis A
- Fiebre tifoidea
- Cólera
- Amebiasis



*“El manejo de estas enfermedades es complejo y requiere de una colaboración multidisciplinaria entre diferentes servicios y especialidades. La casuística es muy variada y la experiencia en zonas donde hay una baja incidencia es poca”*

### Hepatitis A

*Es una enfermedad viral que afecta al hígado y que se transmite por el consumo de alimentos o agua contaminados con heces.*



### ENFERMEDADES PARASITARIAS POR BAÑARSE EN AGUAS DULCES O ANDAR DESCALZOS POR LA PLAYA

- Lesiones cutáneas
- Enfermedades pulmonares
- Filarias
- Elefantiasis
- Ceguera de los ríos
- Quiste hidatídico
- Esquistosomiasis



### EL MERS

*Enfermedad respiratoria causada por un coronavirus que se transmite por el contacto con camellos.*



### ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ANIMALES

- Enfermedad de Lyme
- Fiebre del Nilo
- EL MERS
- Virus de la gripe aviar

### ¿QUÉ ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS SON LAS MÁS PREVALENTES ENTRE LOS VIAJEROS QUE VISITAN PAÍSES TROPICALES O SUBTROPICALES?

La enfermedad más prevalente transmitida por mosquitos es la malaria, causada por un parásito que se transmite por la picadura de un mosquito infectado. En los últimos años, también se han incrementado los casos de dengue, chikungunya y virus zika, que son enfermedades virales que se transmiten por el mismo vector. Estas enfermedades pueden causar síntomas como fiebre, dolor de cabeza, erupción cutánea, dolor articular y muscular, y en algunos casos, complicaciones graves como hemorragias, shock o malformaciones congénitas.

### ¿QUÉ ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS O AGUA CONTAMINADOS SON LAS MÁS COMUNES ENTRE LOS VIAJEROS QUE SE ALOJAN EN PAÍSES CON CONDICIONES SANITARIAS DEFICIENTES?

La más común es la diarrea del viajero, causada por diferentes cepas de *Escherichia coli*, que pueden provocar síntomas como dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea. También es posible el contagio de hepatitis A, una enfermedad viral que afecta al hígado y que se transmite por el consumo de alimentos o agua contaminados con heces. Otras enfermedades menos frecuentes, pero también posibles, son la fiebre tifoidea, la cólera o la amebiasis.

### ¿QUÉ ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL SON LAS MÁS FRECUENTES ENTRE LOS VIAJEROS QUE MANTIENEN RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN EN PAÍSES CON ALTA PREVALENCIA DE ESTAS INFECCIONES?

Hay una gran variedad de enfermedades de transmisión sexual que pueden afectar a los viajeros que mantienen relaciones sexuales sin protección en países con alta prevalencia de estas infecciones, como el VIH, las hepatitis B y C, la sífilis, la gonorrea, la clamidia, el herpes genital, el virus del papiloma humano o la tricomoniasis. Estas enfermedades pueden causar síntomas como úlceras, secreciones, ardor, picor o verrugas genitales, y en algunos casos, complicaciones graves como infertilidad, cáncer o sida.

### ¿QUÉ ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ANIMALES SON LAS MÁS HABITUALES ENTRE LOS VIAJEROS QUE REALIZAN ACTIVIDADES AL AIRE LIBRE O DE CONTACTO CON LA FAUNA SILVESTRE EN PAÍSES CON RIESGO DE ESTAS ZONOSIS?

Entre las zoonosis más destacadas están la enfermedad de Lyme, causada por la bacteria *Borrelia burgdorferi*, que se transmite por la picadura de garrapatas; las

fiebres del Nilo, causadas por diferentes virus que se transmiten por la picadura de mosquitos; el MERS, una enfermedad respiratoria causada por un coronavirus que se transmite por el contacto con camellos; y el virus de la gripe aviar, que se transmite por el contacto con aves infectadas o sus secreciones.

### ¿QUÉ ENFERMEDADES PARASITARIAS SON LAS MÁS HABITUALES ENTRE LOS VIAJEROS QUE SE BAÑAN EN AGUAS DULCES O ANDAN DESCALZOS POR LA PLAYA EN PAÍSES CON RIESGO DE ESTAS INFECCIONES?

La casuística en nuestro medio es muy baja, pero hay descritos casos de infecciones por micobacterias no tuberculosas, que pueden causar lesiones cutáneas o enfermedades pulmonares; filarias, que son unos gusanos que pueden provocar elefantiasis o ceguera de los ríos; quiste hidatídico, que es una enfermedad causada por un parásito que forma quistes en diferentes órganos; o esquistosomiasis, que es una enfermedad causada por un parásito que penetra por la piel y puede afectar al hígado, al intestino o a la vejiga.

### ¿QUÉ SÍNTOMAS SON LOS MÁS HABITUALES ENTRE LOS VIAJEROS QUE SUFREN UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA IMPORTADA?

Los síntomas más habituales son la fiebre, la diarrea, el malestar general y las lesiones cutáneas. Sin embargo, dependiendo de la enfermedad, pueden aparecer otros síntomas más específicos, como dolor de cabeza, dolor articular, erupción cutánea, hemorragias, ictericia, tos, dificultad respiratoria, confusión o convulsiones.

### ¿QUÉ VACUNAS SON OBLIGATORIAS O RECOMENDADAS PARA VIAJAR A PAÍSES CON RIESGO DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN?

No hay una recomendación universal que sirva para todos los países, sino que depende de la zona concreta donde se vaya a viajar, del tipo de viaje, de la duración del viaje y del estado de salud del viajero. Es necesario ponerse en contacto con la Delegación Territorial de Sanidad de la Junta en su sección de epidemiología para viajeros, que hace la recomendación individualizada en función de estos factores. Además, estas recomendaciones se modifican en función de las novedades que vayan apareciendo en cada zona. Algunas de las vacunas que pueden ser obligatorias o recomendadas son la de la fiebre amarilla, la de la hepatitis A, la de la hepatitis B, la de la fiebre tifoidea, la de la rabia, la de la meningitis, la de la poliomielitis o la de la encefalitis japonesa.



*“Se espera que la incidencia de estas enfermedades aumente de forma progresiva en los próximos años, debido a dos factores principales: el aumento de los viajes a países tropicales y el cambio climático”*



*“Contra la picadura de mosquitos hay que llevar ropa adecuada, utilizar repelentes de insectos, utilizar mosquiteras y tomar medicación preventiva contra la malaria”*





#### **¿QUÉ TRATAMIENTO SE DEBE SEGUIR EN CASO DE SUFRIR UNA DIARREA DEL VIAJERO, LA ENFERMEDAD MÁS FRECUENTE ENTRE LOS VIAJEROS?**

En personas sanas sin factores de riesgo, la recomendación es de tratamiento sintomático, hidratación y medidas de soporte general. El tratamiento antibiótico solo se recomienda en casos de diarrea grave, prolongada o con sangre, o en personas con enfermedades crónicas o inmunodeprimidas. El antibiótico más utilizado es la ciprofloxacina o la azitromicina.

#### **¿QUÉ MEDIDAS SE DEBEN TOMAR PARA EVITAR LAS PICADURAS DE MOSQUITOS, QUE PUEDEN TRANSMITIR ENFERMEDADES COMO LA MALARIA, EL DENGUE O LA FIEBRE AMARILLA?**

Las medidas para evitar las picaduras de mosquitos son las siguientes: evitar zonas y horarios de riesgo,

como las zonas húmedas y el amanecer o el anochecer; llevar ropa adecuada, que cubra la mayor parte del cuerpo y que sea de colores claros; utilizar repelentes de insectos en la piel o en la ropa; utilizar mosquiteras en las ventanas o en las camas, preferiblemente impregnadas con insecticida; y tomar medicación preventiva contra la malaria, si se viaja a una zona endémica, siguiendo las indicaciones del médico.

#### **¿QUÉ CONSEJOS SE DEBEN DAR A LOS VIAJEROS QUE REGRESAN DE PAÍSES CON RIESGO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, PARA QUE ACUDAN AL MÉDICO SI PRESENTAN ALGÚN SÍNTOMA SOSPECHOSO?**

Los consejos que se deben dar a los viajeros que regresan de países con riesgo de enfermedades infecciosas son los siguientes: consultar al médico cuando aparezcan síntomas de alerta, sobre todo fiebre que no se resuelve, diarrea mantenida o cualquier síntoma que no evolucione de forma favorable; informar al médico del viaje realizado, del país o países visitados, del tipo de alojamiento, de las actividades realizadas y de las medidas de prevención adoptadas; y realizar las pruebas complementarias que el médico indique, según el cuadro clínico y el país de procedencia. El tiempo de aparición de los síntomas es variable y algunas enfermedades pueden aparecer pasadas semanas o meses desde la vuelta del viaje.

#### **¿QUÉ TENDENCIA SE ESPERA EN LA INCIDENCIA DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS IMPORTADAS EN LOS PRÓXIMOS AÑOS?**

Se espera que la incidencia de estas enfermedades aumente de forma progresiva en los próximos años, debido a dos factores principales. Por un lado, la población cada vez viaja más a países tropicales o subtropicales, donde existe un mayor riesgo de contagio, y aunque se cumplan las recomendaciones de vacunación y de evitar situaciones de riesgo, no se puede garantizar una protección total. Por otro lado, el cambio climático hace que aparezcan vectores, como el mosquito tigre (*Aedes albopictus*), que pueden transmitir enfermedades como el dengue. El virus del Nilo occidental, transmitido también por mosquitos, está provocando casos de transmisión local en Andalucía desde el año 2020.

#### **¿QUÉ DIFICULTADES SE ENCUENTRAN EN EL MANEJO DE ESTAS ENFERMEDADES EN NUESTRO MEDIO?**

El manejo de estas enfermedades es complejo y requiere de una colaboración multidisciplinar entre diferentes servicios y especialidades. La casuística es muy variada y la experiencia en zonas donde hay una baja incidencia es poca. Se hace imprescindible la colaboración entre los servicios de Urgencias, Medicina Interna-Infecciosas, Microbiología, Dermatología, Anatomía Patológica y un largo etcétera para resolver los casos menos habituales. Al año hay aproximadamente 5-8 casos de malaria, otros tantos de dengue y un número indeterminado de diarreas del viajero.

## Una paciente del Hospital de León El primer caso de España con úlcera de Buruli

Cuando en 2014, una cooperante leonesa volvió de Perú, donde había estado trabajando cinco meses en un proyecto de conservación del mono tití andino, no le dio importancia a la lesión que tenía en el brazo izquierdo. Pensó que se trataba de una picadura de algún insecto de la selva, y que se curaría con el tiempo.

Sin embargo, con el paso de las semanas, la herida fue empeorando: se hizo más grande y profunda y empezó a supurar un líquido maloliente. La joven bióloga se asustó y acudió al Hospital de León, donde los médicos se quedaron perplejos ante su caso. Se enfrentaban a un reto diagnóstico y terapéutico, que lograron superar gracias a su pericia y a la colaboración con otros expertos. Tras tres años de lucha, la paciente se curó. Esta es la historia de cómo los médicos de León salvaron a la primera paciente española con úlcera de Buruli.

"Cuando llegó al hospital, un mes después de su viaje, la joven tenía una lesión en el brazo que se había infectado y se había convertido en una úlcera de 12 cm de diámetro que le llegaba hasta el músculo. No tenía dolor, pero tenía un olor muy desagradable. La verdad es que nunca habíamos visto nada igual en el hospital, y no sabíamos qué podía ser", recuerda el doctor García.

"Pensamos en varias posibilidades, pero ninguna encajaba del todo con el cuadro clínico y no coincidía con una enfermedad infecciosa predominante de aquel país. El doctor Guerra explica que se llevaron a cabo una batería de pruebas diagnósticas que resultaron negativas para bacterias, hongos, parásitos y

### Inicio y final de la úlcera



Este caso fue publicado en la revista científica *International Journal of Infectious Diseases*, Revista oficial de la Sociedad Internacional de Enfermedades Infecciosas.

se le practicaron a la paciente varias intervenciones quirúrgicas para limpiar y desbridar la herida; todas sin éxito.

"Confieso que nos volvió locos, llenos de preocupación, sobre todo a sus familiares, porque la chica no mejoraba y no sabíamos qué hacer. Además, es muy angustioso explicar a una paciente que no sabes qué enfermedad puede tener".

Pero el doctor Guerra no se amedrentó y derivó el caso a la Unidad de Enfermedades Tropicales del hospital Ramón y Cajal de Madrid, donde se realizó una segunda biopsia, que para frustración de todos no fue concluyente. La tercera biopsia analizada en la Unidad de Referencia de Micobacterias en Asturias, confirmó mediante PCR que se trataba de la úlcera de Buruli, una enfermedad infecciosa causada por una bacteria llamada *Mycobacterium ulcerans*, que produce una toxina que destruye la piel y los tejidos blandos.

Para rematar, la secuenciación del genoma completo fue realizado en el laboratorio de Microbiología de la Universidad de Monash en Australia, que tenían conocimiento de varios casos de esta enfermedad en su país. Ya no había duda.

"Fue una sorpresa porque parecía casi imposible que se hubiera infectado de Buruli en Perú, pero también un alivio, porque por fin sabíamos qué le pasaba, y cómo podíamos tratarla", cuenta el doctor Guerra casi diez años después.

"Esta úlcera de Buruli es una enfermedad endémica en algunas zonas

de África. Una enfermedad terrible, como la lepra, donde el bicho literalmente se come la carne", describe el especialista de infecciosas del Hospital de León. "Además, el modo de transmisión no está muy claro; si hay una transmisión directa o no, pero que se sospecha que tiene que ver con la exposición a aguas estancadas o contaminadas, donde la bacteria puede sobrevivir y multiplicarse".

El tratamiento consistió en la administración durante ocho semanas de dos antibióticos (rifampicina y claritromicina), que eliminaron la bacteria y redujeron la progresión de la lesión. Además, se hicieron estrictos cuidados diarios y varias intervenciones de la herida para limpiarla y reconstruirla. La recuperación fue lenta y dolorosa.

"Tuvimos que limpiar la herida, que estaba muy infectada y necrosada, y reconstruir el tejido dañado. Fue un proceso muy largo y duro, tanto para la paciente como para nosotros, que tuvimos que aprender sobre la marcha cómo manejar este tipo de lesiones tan complejas", explica el doctor Guerra, que destaca la colaboración estrecha entre patólogos, internistas, radiólogos, microbiólogos y especialistas en infecciosas para estos casos tan complejos.

"Estoy muy orgulloso del trabajo y de haber aprendido tanto sobre esta enfermedad tan desconocida y desatendida. Creo que puede servir para sensibilizar a la comunidad médica y a la población sobre la existencia de esta enfermedad, que puede pasar desapercibida y confundirse con otras afecciones cutáneas", concluye el doctor Guerra.

Tras tres años de lucha contra la úlcera de Buruli, la cooperante recibió el alta médica en 2017. La herida había dejado en su cuerpo una pequeña cicatriz, pero una experiencia de vida imborrable.



# PINILLA

## CENTRO MÉDICO

**NUTRICIÓN  
DIETÉTICA  
PSICOLOGÍA**

RECONOCIMIENTOS MÉDICOS  
PSICOTÉCNICOS

**987 273 843**



¡Escanéame para  
más información!

# PENSIÓN BLANCA

“Siéntase como en su casa” B&B

DESAYUNO GRATIS SI INDICAS QUE NOS HAS VISTO EN ESTA REVISTA.



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





Dr. Mario Castaño

Jefe de Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital de León

## "Anualmente se realizan en nuestro servicio entre 450 y 480 intervenciones cardiovasculares"

ANNA BURGSTALLER | MARIO CASTAÑO

Desde la implementación de procedimientos pioneros hasta la colaboración multidisciplinaria con otros servicios médicos. Con más de 400 intervenciones anuales, su enfoque protocolizado y trabajo en equipo, el Hospital de León se ha convertido en un referente en el tratamiento de patologías cardíacas. Hablamos con el Jefe de Servicio de Cirugía Cardíaca, Mario Castaño.

### ¿CUÁLES SON LOS AVANCES O TÉCNICAS MÁS DESTACADOS QUE HA EXPERIMENTADO LA CIRUGÍA CARDÍACA EN EL HOSPITAL DE LEÓN EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?

En nuestros casi 19 años de actividad, el Servicio ha implantado multitud de técnicas punteras para el tratamiento de la patología quirúrgica cardíaca y de los grandes vasos, de manera que actualmente nuestra cartera de servicios incluye todas las técnicas quirúrgicas de la patología del adulto salvo el trasplante cardíaco. Las técnicas quirúrgicas más complejas que se realizan actualmente de manera rutinaria son la revascularización arterial con múltiples injertos arteriales, la reparación mitral compleja, la reimplantación de la válvula aórtica en patología de la raíz, la cirugía de la fibrilación auricular o la miectomía septal extendida.

De igual manera, se han elaborado vías clínicas para el abordaje multidisciplinar de patología de las válvulas aórtica y mitral y de la aorta torácica, con una estrecha colaboración con los Servicios de Cardiología, Anestesiología y Reanimación y Angiología y Cirugía

Vascular, con quienes se participa activamente en la reparación percutánea de la válvula mitral, en el implante de prótesis aórticas y mitrales percutáneas por diferentes abordajes mínimamente invasivos y en el tratamiento endovascular de la aorta torácica tanto en patología aguda o crónica. Estas últimas técnicas suponen el abordaje a través de mínimas incisiones o punciones femorales para tratar patología de la aorta que hace unos años requerían abordajes mediante toracotomías o toraco-freno-laparotomías tremendamente traumáticas y que inducían postoperatorios complejos con largas recuperaciones.

Finalmente, nuestro servicio dispone de toda la tecnología necesaria para el tratamiento a corto plazo de la insuficiencia cardíaca aguda mediante asistencia circulatoria por levitación magnética o dispositivo ECMO (oxigenación mediante membrana extracorpórea), con los que se puede soportar un fracaso agudo cardiopulmonar hasta la resolución del cuadro o la realización de un trasplante cardíaco. El manejo del dispositivo ECMO nos ha permitido igualmente iniciar con éxito el programa de

nación multiorgánica en asistolia en el contexto del protocolo Maastrich III en estrecha colaboración con la Coordinación de Trasplantes de nuestro centro y la Organización Nacional de Trasplante (ONT).

### DADA LA POSIBILIDAD DE ANSIEDAD PREOPERATORIA, ¿CÓMO SE ABORDA ESTE ASPECTO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PARA GARANTIZAR EL BIENESTAR EMOCIONAL DE LOS PACIENTES ANTES DE LA INTERVENCIÓN?

En nuestro Servicio de Cirugía Cardíaca todo el proceso preoperatorio está enfocado en el paciente. Está protocolizado el estudio prequirúrgico de manera que en un solo día se realicen todas las pruebas diagnósticas y valoraciones médicas necesarias para confirmar la indicación quirúrgica, la técnica a realizar y los riesgos y beneficios inherentes a la intervención. Esto reduce drásticamente los tiempos de espera hasta la información preoperatoria, un periodo que sin duda genera mucha incertidumbre, inseguridad y ansiedad a los pacientes.

En ese protocolo preoperatorio está incluida toda la información



*“Todo el material necesario para una cirugía de emergencia está permanentemente preparado y disponible para su utilización inmediata, incluidos los casos en los que es necesaria una cirugía de emergencia en la propia Unidad de Reanimación”*

detallada de todo el proceso quirúrgico, tanto los aspectos puramente médicos por parte de los cirujanos cardíacos como todos los aspectos relativos a la logística, apoyo familiar y social, plazos de intervención, etc. La enfermera coordinadora juega un papel vital en todo este proceso. Desde la primera toma de contacto del paciente con nuestro Servicio hasta el alta definitiva en las consultas postoperatorias, María José y Marta acompañan al paciente y a su familia, la informan y atienden todas las llamadas necesarias en cuanto a dudas acerca del proceso, problemas médicos, citas, pruebas diagnósticas, etc., mediante un teléfono móvil que mantienen abierto 12 horas diarias. Este contacto directo con el Servicio sin duda supone una tranquilidad infinita para el paciente y su entorno y reduce significativamente la ansiedad.

Como refuerzo de todo ello, a todas las familias se entregan el Libro del Paciente, una publicación que se actualiza activamente y que contiene de manera detallada toda la información que nuestros pacientes y sus familias necesitan saber para afrontar este difícil proceso. Junto a él, se entrega igualmente el Libro de Ejercicios de cirugía cardíaca, elaborado por los fisioterapeutas y los médicos del Servicio de Rehabilitación de nuestro Hospital, que contiene toda la información relativa a la preparación preoperatoria y la recuperación física tras la cirugía (muscular, respiratoria, etc.) y que, igualmente, se enseña de manera concienzuda el día de la consulta preoperatoria por parte de los médicos rehabilitadores.

Sin duda, toda esta preparación, así como la información detallada e individualizada del proceso quirúrgico, los riesgos y beneficios, el pronóstico, etc., que el cirujano explica pormenorizadamente al paciente y su familia el día de la consulta, son el mejor remedio para limitar en lo posible la ansiedad de todos ellos y ayuda a afrontar el proceso con la máxima confianza en el éxito de la cirugía y en una recuperación rápida y favorable.

**EN SITUACIONES DE CIRUGÍA DE EMERGENCIA, ¿CÓMO SE GESTIONA LA RAPIDEZ Y LA EFICACIA DEL SERVICIO PARA ASEGURAR UNA ATENCIÓN INMEDIATA A LOS PACIENTES Y MANTENER LA SEGURIDAD EN ESTOS CASOS?** Nuestro Servicio dispone de personal de guardia localizada para cubrir cualquier emergencia quirúrgica en el menor tiempo posible. Todo el material necesario para una cirugía de emergencia está permanentemente preparado y disponible para su utilización inmediata, incluidos los casos en los que es necesaria una cirugía de emergencia en la propia Unidad de Reanimación en caso de sangrado inesperados, parada cardiocirculatoria refractaria, etc.

La situación de emergencia más vital como es la implantación de dispositivos de asistencia circulatoria de emergencia en situación de parada cardio-respiratoria, está contemplada mediante un protocolo específico (“Protocolo código ECMO”) en el que se regula la actuación de los cirujanos cardíacos, cardiólogos, hemodinamistas, perfusionistas, anestesiólogos enfermeras instrumentistas, TCAE y celadores para coordinar todo el

proceso y minimizar los tiempos de actuación.

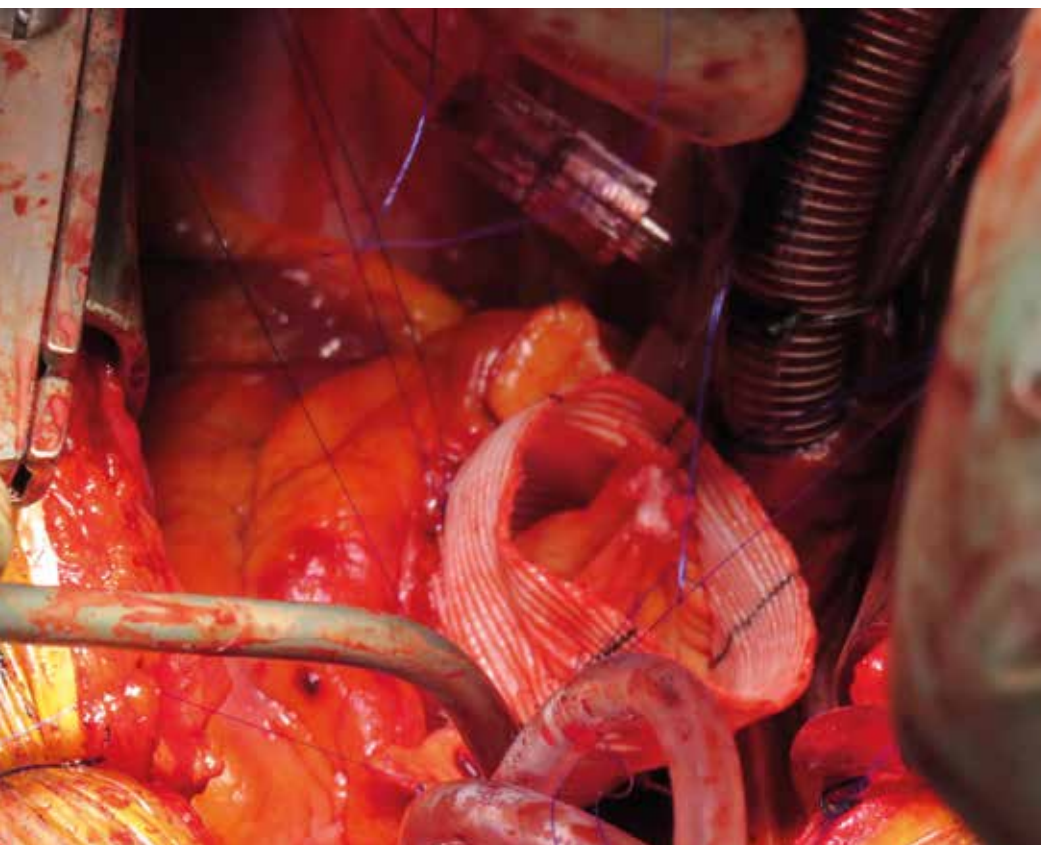
El mantenimiento de la seguridad en estos casos es, efectivamente, extremadamente complejo y delicado. Para conseguir que una actuación emergente mantenga una seguridad y eficacia razonable se debe cuidar al máximo todas las medidas de seguridad en los procesos electivos. Sólo en ese caso, con un adecuado y permanente entrenamiento, se puede conseguir que en situaciones de emergencia se puedan realizar de manera correcta todos los pasos necesarios. A este respecto, nuestro Servicio fue pionero en el Hospital, en nuestra comunidad y también en el ámbito nacional, en implantar los protocolos de Seguridad del Paciente, los más importantes el Listado de Verificación Quirúrgica y el Protocolo de Infección Quirúrgica Zero.

**¿CUÁLES SON LAS SEÑALES Y SÍNTOMAS QUE LOS PACIENTES DEBEN TENER EN CUENTA Y QUE PODRÍAN INDICAR LA NECESIDAD DE UNA EVALUACIÓN CARDIACA O UNA POSIBLE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?**

Los síntomas más frecuentes de la patología cardíaca son la disnea, el dolor torácico, los edemas de miembros inferiores y el síncope. Un paciente que tenga diagnosticada una patología cardíaca, ya sea valvular, coronaria, de aorta, del pericardio, etc., y que presente esos síntomas tiene muchas más probabilidades de necesitar una intervención quirúrgica que los pacientes que cursan asintomáticos, sobre todo si esos síntomas se mantienen o empeoran a pesar del tratamiento médico. Sin embargo, son síntomas muy inespecíficos y







muchos pacientes con esa clínica padece otros tipos de enfermedades o pueden ser manejados sin necesidad de una intervención. En cualquier caso, la presencia de alguno o varios de esos síntomas requiere de una valoración médica.

**EN EL CASO DE CIRUGÍAS MENOS INVASIVAS, ¿CÓMO SE ABORDAN ESTAS OPCIONES CON LOS PACIENTES Y EN QUÉ SITUACIONES PODRÍAN SER PREFERIBLES A LAS TÉCNICAS MÁS TRADICIONALES?**

En todos nuestros pacientes se decide de manera multidisciplinar la actitud a seguir ante una patología concreta en una sesión médico-quirúrgica que se mantiene entre Cirugía Cardíaca y Cardiología dos días por semana. Los detalles de la patología de cada paciente y sus comorbilidades asociadas se evalúan de manera conjunta por numerosos profesionales de cada especialidad y en esa sesión se decide si el paciente es buen candidato a una intervención y el tipo de intervención que requiere.

En líneas generales, las técnicas menos invasivas se aplican a pacientes que son anatómicamente adecuados y que se benefician de una menor invasión por su edad o enfermedades asociadas. Evidentemente cada técnica tiene sus ventajas e inconvenientes y la decisión de cuál utilizar en cada paciente es compleja.

Todo ello se trasmite al paciente en la valoración preoperatoria de manera que pueda participar en la decisión y conocer el alcance de la técnica seleccionada, así como los pros y contras respecto a las otras posibilidades.



*“Nuestro Servicio y la Unidad de Reanimación han participado activamente, de nuevo, en la implementación a nivel nacional y local de protocolos ERAS (Enhanced Recovery after Surgery)”*

#### **¿CÓMO SE TRATAN LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA CARDIACA?**

Aunque hay algunos pacientes que se intervienen estando asintomáticos, la inmensa mayoría de nuestros enfermos presentan un deterioro de la calidad de vida importante debido a síntomas más o menos limitantes.

Por tanto, la primera medida imprescindible para conseguir mejorar esa calidad de vida es realizar la intervención más adecuada para cada paciente de manera correcta. El éxito de la intervención es, sin duda, el mejor aliado cuando queremos solucionar los síntomas que indicaron la enfermedad. En nuestro Servicio están extensamente protocolizados todos los procesos médicos y de enfermería de manera que la actuación de todos los profesionales sea lo más homogénea y eficiente posible y se minimicen las complicaciones y las estancias hospitalarias.

El entrenamiento preoperatorio y la atención postoperatoria por los fisioterapeutas/Rehabilitadores, la concienzuda labor que realizan los anestesiólogos de la Unidad de Reanimación para independizar precozmente a los pacientes de la ventilación mecánica y movilizarlos lo antes posible y así minimizar la estancia en la Unidad y la continuidad de dicha forma de trabajo posteriormente en la planta contribuye de manera definitiva a reducir las complicaciones y a conseguir una recuperación rápida de los pacientes. Nuestro Servicio y la Unidad de Reanimación han participado activamente, de nuevo, en

la implementación a nivel nacional y local de protocolos ERAS (“Enhanced Recovery after Surgery”) en cirugía cardíaca mediante las “Guías de Recuperación Intensificada en Cirugía Cardíaca”, que se aplican rutinariamente en nuestro Servicio.

Finalmente, tras el alta del proceso quirúrgico, los pacientes con mayores dificultades son seleccionados para ser incluidos en programas de rehabilitación cardíaca, focalizados en conseguir una máxima recuperación del paciente tanto física como médica, ayudándole a retomar la actividad física de manera segura y a gestionar las dificultades que presenta el control de los factores de riesgo cardiovascular (abstención tabáquica, pérdida de peso, control dietético, etc.), lo cual sin duda ayuda a devolver una máxima calidad de vida a nuestros pacientes.

#### **EN EL CASO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDÍACAS CRÓNICAS, ¿CÓMO SE AFRONTA LA COORDINACIÓN ENTRE EL TRATAMIENTO MÉDICO CONTINUO Y LAS POSIBLES INTERVENCIÓNES QUIRÚRGICAS PARA GARANTIZAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL?**

Todos los pacientes cardiovasculares son seguidos periódicamente de manera concienzuda por los médicos de Servicio de Cardiología o, en algunos casos de patologías concretas, por los médicos de Cirugía Cardíaca. La valoración clínica regular y la realización de pruebas diagnósticas de seguimiento aportan los datos necesarios para decidir cuál es la actitud a seguir con cada paciente en cada momento. La actividad médica en patología cardíaca está so-

portada por multitud de Guías de Práctica Clínica que se actualizan constantemente con la evidencia científica que va surgiendo y que orienta enormemente la toma de decisiones en estos pacientes.

Como ya se ha comentado previamente, todos los pacientes cardiológicos que pueden ser potencialmente candidatos a una intervención son inmediatamente valorados de manera multidisciplinar en las sesiones médico-quirúrgicas específicamente destinadas para ello. En caso de que el paciente sea candidato a cirugía, nuestro Servicio inicia el proceso de valoración preoperatoria y la preparación de la cirugía.

#### **¿SI TUVIERA QUE ELEGIR UNO O VARIOS ASPECTOS CONCRETOS, CUÁL SERÍA LA MARCA DEFINITORIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA CARDIACA DEL HOSPITAL DE LEÓN?**

En nuestro Servicio, lo que define la actividad que realizan todos los profesionales es, sin duda, la extrema protocolización y actualización de todos los procesos y un intenso trabajo en equipo, tanto dentro del servicio como en nuestra relación con otros Servicios implicados en el cuidado de nuestros pacientes. En nuestro quehacer diario, son muy pocas las ocasiones en las que un profesional tiene que tomar una decisión en soledad o sin el apoyo de un protocolo. Cuando ese trabajo se enfoca puramente en el paciente, se traduce en una optimización de la calidad asistencial que se ha traducido en unos resultados comparables a los de los mejores centros nacionales, europeos o norteamericanos.



SEC 2014. Congreso de la Enfermedades Cardiovasculares. Santiago 30 de octubre de 2014

## SEGUIMIENTO ECOCARDIOGRÁFICO A 7 AÑOS DE LA REPARACIÓN MITRAL EN 283 PACIENTES CONSECUTIVOS

Mario Castiella, Javier Gualist, Carlos E. Martín, José M. Martínez-Comendador, Miguel Rodríguez-Santamaría, María J. Fernández, Jaime Monasterio y María J. Alonso-Porto<sup>(1)</sup> CAU de León, <sup>(2)</sup>Hospital El Bierzo, y <sup>(3)</sup>CAU de Burgos

**ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:** La reparación mitral (RepM) es de elección para el tratamiento quirúrgico de la valvulopatía mitral cuando técnicamente es posible un resultado duradero. Presentamos nuestra experiencia en 283 pacientes consecutivos sometidos a RepM y seguidos ecocardiográficamente a largo plazo

**PACIENTES Y METODOS:** Reparaciones mitrales consecutivas desde marzo 2005 a abril 2014, n = 283. Recogida prospectiva de datos perioperatorios y de seguimiento (FileMaker Pro) Todos fueron intervenidos según las técnicas y protocolos de nuestro Servicio. Seguimiento clínico 100% (1-106 meses). Revisión de controles ecocardiográficos intraoperatorios (100%), previos al alta (98.5%), y postoperatorio (99.3%) inmediato (23-56 días) y al seguimiento (según cardiólogos responsables, 1- 89 meses)

**RESULTADOS**

**Características preoperatorias:**

Edad (años)	68.7 +/- 6.8
Mujeres	39.2% (111)
Obesidad	17.76.4
Reoperación	7.1%
Diabetes Mellitus	17.7%
HTA	53.4%
NYHA III-IV/IV	49.1%
FEVI < 50%	37.8%
Hipertensión pulmonar	62.5%
ACVA	9.2%
EPOC	8.5%
Enf. vasc. perif.	8.5%
Acl. Creat < 50	27.9%

**Etiología**

**Cirugías asociadas**

**Técnicas quirúrgicas**

Anuloplastia	n = 263
Neocuerdas	n = 149
Resección velos +/- "sliding"	n = 59
Transposic. cuerdas	n = 5
Comisurotomía + papilotomía	n = 19
Alfieri	n = 12

**Reparación mitral "compleja" (criterios CSUR) 29,0%** Prolapso anterior, bivalvar, comisural, calcificación velos/anillo, reumática, Barlow, endocarditis

**Mortalidad quirúrgica** n = 283

**Libertad de reintervención** n = 267

**Insuficiencia mitral residual** n = 255

Seguimiento eco medio: 26.6 meses (1-89)  
Fallo reparación isquémica v no isquémica (12.7% v 8.4, p < 0.05)

**CONCLUSIONES** La reparación mitral puede ser realizada en nuestro medio con excelentes resultados. En IM funcional isquémica es más frecuente el fracaso de la reparación mitral en nuestra serie.

Conflicto de intereses: ninguno

### ¿CUÁL ES EL ÁMBITO Y LA CAPACIDAD DE ACTUACIÓN DEL SERVICIO?

Nuestro Servicio atiende desde sus inicios de actividad en marzo de 2005 a los pacientes cardioquirúrgicos de las Áreas de León y El Bierzo. Desde el año 2007, los cardiólogos de las Áreas de Burgos, Aranda de Duero y Miranda de Ebro depositaron también su confianza en nuestro Servicio y desde entonces hemos sido referencia de dichas áreas con las que se ha realizado un extenso trabajo de magnífica y ejemplar colaboración recíproca que ha facilitado enormemente la labor de todos en una situación tan difícil como es la atención médica inter-centros de pacientes tan complejos. Además, dado que el "Código Infarto" de nuestra comunidad contempla que los pacientes del Área de Benavente con infarto agudo de miocardio con elevación de ST sean atendidos por proximidad por nuestro centro, los pacientes que finalmente son candidatos a tratamiento quirúrgico también son intervenidos en nuestro centro. Anecdóticamente, no faltan cada año, predominantemente en el periodo estival, unos cuantos pacientes de toda España (y a veces de los más variados países del mundo) que enferman a su paso por nuestra ciudad mientras realizan el Camino de Santiago. Con todo ello, anualmente se realizan en nuestro Servicio entre 450 y 480 intervenciones cardiovasculares, de las cuales aproximadamente 400 son cirugías mayores/con circulación extracorpórea.





María Rodríguez  
Jefa de Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital de León

"La cirugía pediátrica mínimamente invasiva es el principal logro de nuestra especialidad en las últimas décadas"





La Cirugía Pediátrica en el Hospital de León se erige como un pilar fundamental, donde la ciencia y la humanidad convergen para cuidar a los más pequeños. Desde procedimientos cotidianos hasta innovaciones tecnológicas, el equipo comparte su dedicación a la salud infantil, subrayando la importancia de un enfoque personalizado en cada paso del proceso quirúrgico.







*“La Cirugía Pediátrica es una especialidad muy amplia, que abarca desde el recién nacido a los 14 años”*

#### **¿CUÁLES SON LAS CIRUGÍAS PEDIÁTRICAS MÁS COMUNES QUE REALIZA EL EQUIPO EN EL HOSPITAL DE LEÓN?**

La cirugía pediátrica es una especialidad muy amplia, que abarca desde el recién nacido a los 14 años. Realizamos cirugías muy variadas, que en el paciente adulto son abordadas por diferentes especialidades. Como en cualquier hospital de mediano tamaño, el grueso de nuestra patología consiste en procedimientos de cirugía mayor ambulatoria: hernias, maldescensos testiculares, hidroceles, fimosis, lesiones cutáneas... No obstante, esto se combina con la presencia regular de casos de mayor complejidad que involucran múltiples órganos y regiones anatómicas: patología gastrointestinal, urológica, torácica, cervical, plástica, etc...

Otra área relevante de nuestra actividad asistencial es la cirugía neonatal, infrecuente pero que se caracteriza por su alta demanda técnica y por la necesidad de un manejo integral y multidisciplinar desde el primer minuto.

#### **¿PODRÍA HABLARNOS SOBRE AVANCES TECNOLÓGICOS O METODOLÓGICOS RECIENTES EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA QUE SE ESTÉN IMPLEMENTANDO?**

La Cirugía Pediátrica es un campo en constante evolución. Primero, porque se trata de una especialidad joven que no cuenta con el bagaje de evidencia científica que presentan otras ramas quirúrgicas como la cirugía general. Segundo, porque nuestros pacientes tienen la particularidad de encontrarse todavía en una etapa muy incipiente de su desarrollo vital. Debido a esto, en muchas ocasiones no vemos el impacto final de nuestros procedimientos hasta que han transcurrido

décadas de los mismos. Esto nos obliga continuamente a reevaluar nuestro trabajo (tanto a nivel técnico como metodológico) en aras de proporcionar a nuestros pacientes la mejor atención posible.

En nuestra opinión, creemos que el advenimiento de la cirugía pediátrica mínimamente invasiva es el principal logro de nuestra especialidad en las últimas décadas, por su viabilidad para ser implementada en la mayoría de centros y por el gran impacto que tiene sobre la recuperación y resultado de nuestros pacientes.

#### **¿CUÁLES SON LOS RETOS MÁS SIGNIFICATIVOS QUE ENFRENTA SU EQUIPO EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS Y CÓMO LOS ABORDAN?**

Existe un aforismo clásico que versa: “los niños no son adultos en miniatura”. Esta frase ilustra perfectamente la necesidad de especialistas dedicados en exclusividad a los pacientes pediátricos; no ya solo por las diferencias anatómicas, fisiológicas o patológicas de estos pacientes, sino por la necesidad de desarrollar unas competencias emocionales y humanas específicas (y complejas) que son imprescindibles para una correcta asistencia médica a los niños. Esto es especialmente relevante en el caso de la Cirugía Pediátrica: para un niño, entrar a un quirófano es un acto tremendamente hostil. Es necesario por nuestra parte crear un entorno de conexión y confianza con nuestros pacientes y sus familias para que pasar por este proceso sea lo menos traumático y doloroso posible. En este sentido creemos que el CAULE desarrolla su labor con excelencia a expensas de un equipo joven y sólido de enfermeras, pediatras,

cirujanos pediátricos, anestelistas, auxiliares y celadores.

#### **EN EL CONTEXTO DE LA TÉCNICA DEL MONOPUERTO EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA, ¿PODRÍA COMPARTIR ALGUNOS EJEMPLOS ESPECÍFICOS DE PROCEDIMIENTOS EN LOS QUE ESTA TÉCNICA HA DEMOSTRADO SER PARTICULARMENTE BENEFICIOSA PARA LOS PACIENTES?**

La técnica del monpuerto, consistente en abordar intervenciones abdominales con una única incisión de pequeño tamaño bajo el ombligo, es un procedimiento de alta complejidad técnica pero que se ve favorecida por la anatomía propia de los pacientes pediátricos y por nuestra formación como especialistas. Es, de nuevo, un ejemplo de porque tiene que haber especialistas por y para los niños. En nuestro caso la hemos implementado satisfactoriamente en los procedimientos abdominales mas habituales (como las apendicitis agudas) y la hemos desarrollado con éxito en otros casos puntuales de mayor complejidad como cirugía abdominal en lactantes, realizando una resección y anastomosis intestinal o cirugía urológica gonadal tanto masculina como femenina.

#### **EN TÉRMINOS DE RESULTADOS A LARGO PLAZO, ¿SE HAN OBSERVADO DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LA RECUPERACIÓN Y LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ENTRE LA CIRUGÍA DE UN SOLO PUERTO Y LAS TÉCNICAS CONVENCIONALES?**

El monpuerto constituye un antes y un después para nuestros pacientes. Encontramos claras diferencias en términos de dolor postoperatorio, de tiempo de ingreso y de resultados cosméticos de la cicatriz. Aunque se trate de procedimientos



*“Estamos absolutamente comprometidos con la humanización en pediatría, desde el primer día de vida hasta la transición a la vida adulta. Tratamos de cuidar todos los pequeños detalles con nuestros pacientes: desde comprar pegatinas para la consulta hasta contarles con qué gorro de dibujos nos van a ver en quirófano para que nos reconozcan”*

mas complejos, creemos que los beneficios claramente justifican su implementación en los casos en los que sea viable.

A largo plazo vemos un grado de satisfacción muy alto por parte de los niños así como de sus familias. Una vez pasado el momento crítico que supone una intervención en un hijo, el recuerdo que queda con el tiempo es la cicatriz. La pregunta más clásica de las familias al salir de quirófano es el “¿cuántos puntos le habéis dado?”. Al realizar una única incisión por dentro del ombligo, con unos cuidados adecuados de la herida, cuando termina el tiempo de cicatrización, parece que no se ha llevado a cabo intervención. Esto supone una gran ventaja respecto a las cicatrices de los otros puertos utilizados en cirugía laparoscópica convencional, por no hablar al compararlo con una incisión de laparotomía clásica.

Son muchas las familias que tienen un familiar cercano que ha sido operado de apendicitis y que tienen en mente el recuerdo de una cicatriz de mayor tamaño o varias cicatrices en el abdomen. Cada vez más frecuentemente los padres demandan cirugías mínimamente invasivas con el fin de obtener un mejor resultado estético, siendo el monopuerto la mejor opción que podemos ofrecerles.

#### **¿CÓMO SE RELACIONA SU SERVICIO CON OTROS DEPARTAMENTOS Y ESPECIALIDADES DENTRO DEL HOSPITAL?**

En general muy bien, las especialidades con las que nos relacionamos de una manera más estrecha son Pediatría, como es lógico y el servicio de Anestesia, en concreto con la sección que se encarga de

manera más específica del paciente pediátrico.

Nuestro servicio trata múltiples patologías que afectan virtualmente a casi todos los aparatos y sistemas del niño. Esto hace que nos relacionemos con la práctica totalidad de compañeros de pediatría que cubren las distintas áreas de asistencia (nefrología, gastroenterología, medicina intensiva pediátrica y neonatal, endocrinología, neumología...). Creemos que esto constituye una excelente oportunidad para nosotros para crecer como especialistas y creemos que la puesta en común con una variedad tan grande de profesionales repercute positivamente en nuestros pacientes. ¡Cuatro ojos ven siempre más que dos!

Todos los pacientes que llegan a nuestro servicio lo hacen a través de pediatría, bien derivaciones a consulta desde Atención Primaria, bien los pacientes procedentes de urgencias, que siempre son valorados previamente por un pediatra. Una buena relación con los pediatras es fundamental para el funcionamiento adecuado de Cirugía Pediátrica. Muchos de nuestros pacientes van a precisar así mismo valoración por su parte a lo largo del ingreso, por no hablar de aquellos que precisan cuidados en Unidad de Intensivos tras la cirugía. Especial importancia cobra esta relación en los recién nacidos que precisan intervención. Tanto neonatos con malformaciones congénitas (atresia de esófago, hernia diafragmática, etc), como pacientes prematuros con enterocolitis, que se encuentran muchas veces en estado crítico, están ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales, siendo los pediatras

los que realizan la sospecha diagnóstica y el manejo posterior tras la intervención. El avance en las unidades de cuidados neonatales ha conseguido mejorar mucho el pronóstico de estos pacientes, por lo que estamos muy agradecidos a los pediatras.

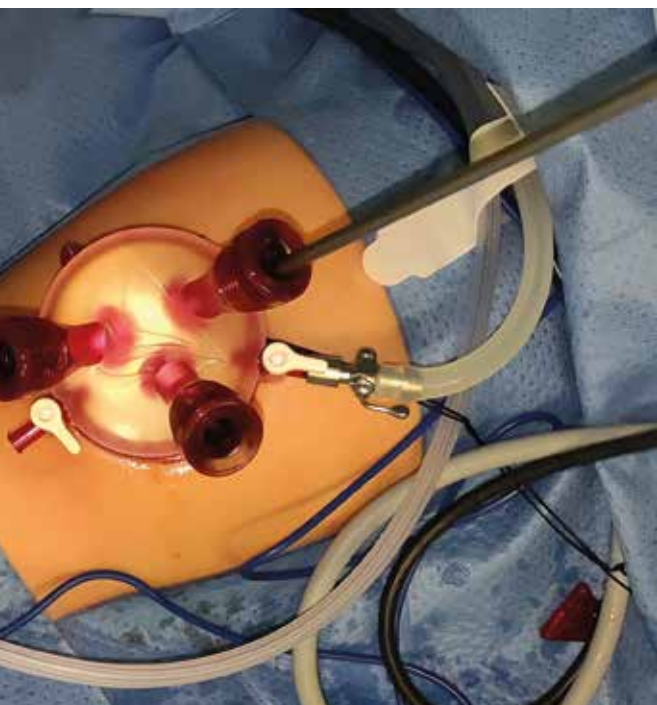
Cabe destacar el esfuerzo realizado por parte del servicio de Anestesia tras la implantación de la Cirugía Pediátrica en el CAULE. Actualmente existen en este hospital excelentes Anestesiólogos Pediátricos, dispuestos a dormir a cualquier paciente que les presentemos, desde grandes prematuros, malformaciones congénitas, a niños con patologías complejas y cirugías menos frecuentes. Con ellos compartimos muchos momentos en quirófano, tanto en cirugías programadas como urgentes, y momentos de mayor tensión.

Nos gusta pensar que todos los especialistas que trabajamos para que un niño llegue al quirófano lo hacemos como un gran equipo, independientemente de cual sea nuestra especialidad; cirujanos, anestelistas, pediatras, radiólogos... Una buena comunicación entre todos es el engranaje básico para que todo pueda seguir funcionando.

#### **¿CÓMO SE ABORDA EL ASPECTO EMOCIONAL Y PSICOLÓGICO TANTO DE LOS NIÑOS COMO DE SUS PADRES ANTES Y DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA PEDIÁTRICA, Y CUÁL ES EL PAPEL DEL EQUIPO EN ESTE PROCESO?**

Como mencionábamos, este es un aspecto capital de nuestra especialidad. Nosotros estamos absolutamente comprometidos con la humanización en pediatría, desde el primer día de vida (con el inicio de la lactancia) hasta la transición a la





*“Cada vez más frecuentemente los padres demandan cirugías mínimamente invasivas con el fin de obtener un mejor resultado estético, siendo el monopuerto la mejor opción”*

vida adulta. En este sentido, tratamos de cuidar todos los pequeños detalles con nuestros pacientes: desde comprar pegatinas para la consulta hasta contarles con que gorro de dibujos nos van a ver en quirófano para que nos reconozcan. En este sentido, contar con Cristina López, nuestra compañera de enfermería del servicio de Cirugía Pediátrica, es una enorme suerte. Ella siempre está disponible para nuestros pacientes y sus familias y siempre asegura un entorno tranquilo y confortable para ellos, lo que facilita enormemente nuestra asistencia.

Como equipo, tratamos de generar espacios tranquilos y de confianza para los padres y para los niños para asegurar una información comprensible y rigurosa a los padres sin producir ansiedad ni preocupación en nuestros pacientes. Esto tiene casi más de arte que de ciencia, pero es uno de los pilares de la atención al paciente infantil.

**¿CÓMO SE ADAPTA SU EQUIPO A LAS NECESIDADES ESPECÍFICAS DE PACIENTES QUE PUEDEN TENER DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN DEBIDO A SU EDAD O DESARROLLO, Y CUÁLES SON LOS ENFOQUES UTILIZADOS PARA ESTABLECER UNA CONEXIÓN EFECTIVA CON ELLOS Y SUS FAMILIAS?**

Con entrenamiento. No hay fórmulas mágicas. Efectivamente, tratar con un neonato no tiene nada que ver con tratar con un niño de 5 años o con un adolescente de 13 años. Cada paciente tiene una capacidad de comprensión y una forma de percibir, sentir y entender el mundo muy distinta en función de su edad y de su desarrollo vital. A su vez y dependiendo de la enfermedad, estas capacidades se pueden ver retrasadas o adelantadas respecto a

lo que correspondería por edad, por lo que no valen reglas fijas. En este sentido nuestra formación como especialistas y nuestro desarrollo profesional nos prepara para “leer” a nuestros pacientes y tratarlos de la mejor forma posible, aunque no siempre es sencillo. En general, cuando el paciente conecta contigo la familia lo hace: cuando la familia nota que el niño está tranquilo y confía en ti, ellos también lo hacen.

**¿QUÉ MENSAJE LE GUSTARÍA TRANSMITIR A LOS PADRES CUYOS HIJOS VAN A SOMETERSE A UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA?**

El primero y más importante, que deben ser atendidos por un equipo netamente pediátrico que involucre a un Anestesiólogo Pediátrico y a un Especialista Quirúrgico Pediátrico. Actualmente, las cirugías en los niños son procedimientos seguros. En este Hospital se intervienen niños todos los días, desde recién nacidos de escasos días de vida a niños más mayores. Y no solo por parte de cirugía pediátrica, sino también especialidades como otorrinolaringología, traumatología u oftalmología.

Nuestra especialidad, y la anestesia pediátrica, nacieron para mejorar los resultados y el pronóstico de los niños que tienen que pasar por un quirófano, y el Hospital de León está dotado de personal muy capacitado para llevar a cabo este tipo de intervenciones.

El segundo mensaje sería que estén tranquilos. Como en cualquier cirugía, y en cualquier asistencia médica, puede haber eventos no previstos y complicaciones, pero este es nuestro trabajo y estamos aquí por y para sus hijos.





# El dolor: un reto para la medicina y los pacientes

MABEL LUNA MARVAL | ALICIA ALONSO CARDAÑO

La doctora Alicia Alonso Cardaño, profesional del servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE), coordinadora del Grupo de Trabajo de Opioides de la Sociedad Española de Dolor (SED) y presidenta del XX Congreso Nacional de la Sociedad Española del Dolor, que se celebrará del 29 al 31 de mayo de 2024 en la ciudad de León, es la primera facultativa de la Comunidad Autónoma de Castilla y León que recibe el título FIPP (Fellow of Interventional Pain Practice), la más prestigiosa certificación en Dolor, tras superar los exámenes que convoca anualmente el Instituto Mundial del Dolor, y la segunda en España en ganar el Premio Samuel J. Hassenbusch a la más alta calificación.

## ¿CÓMO DEFINIRÍA EL DOLOR?

El dolor es una experiencia personal, tanto sensorial como emocional, que se vive de forma desagradable. El dolor no se puede explicar solo por la actividad de las neuronas, porque está influenciado por factores biológicos, psicológicos y sociales. Las personas aprenden el concepto de dolor a través de las experiencias de la vida. Según la IASP (Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor) esta experiencia desagradable puede ir asociada o no a un daño tisular real o potencial.

## ¿QUÉ TIPOS DE DOLOR EXISTEN?

Según la duración en el tiempo, podemos hablar de dolor agudo y crónico. El dolor agudo es un fenómeno de corta duración. Es un mecanismo de defensa para detectar algún proceso que está dañando las estructuras corporales. Debemos tener en cuenta que la ansiedad asociada, el miedo, la excitación... son componentes emocionales que con frecuencia complican los resultados del tratamiento.

El **dolor crónico** es el que dura más de 3-6 meses, y habitualmente se presenta con depresión, alteraciones del sueño y disminución de la capacidad para desarrollar las tareas diarias. Es un dolor inútil que afecta en gran medida a la calidad de vida.

Pero me gustaría destacar otra clasificación más actualizada, según su origen, porque el modo de tratar los diferentes tipos de dolor será también diferente para cada uno de ellos. Por eso hablamos de dolor nociceptivo, neuropático y nociplástico.

El **dolor nociceptivo** está causado por activación de los receptores del dolor en respuesta a una infección, lesión, inflamación o enfermedad.

El **dolor neuropático** se origina por un estímulo directo sobre el sistema nervioso central o periférico. Es habitual que sea desproporcionado y asocie hormigueo, punzadas, picazón, quemazón o descargas eléctricas.

Por último, el **dolor nociplástico** es un tipo de dolor en el que no hay daño tisular que justifique la activación de los receptores del dolor, ni cualquier otra evidencia de trastorno somatosensorial. Lo que tiene lugar es una alteración en la forma de percibir estímulos. Aparece en algunos cuadros de dolor crónico como cefaleas, fibromialgia y dolor lumbar.

## ENFOQUES TERAPÉUTICOS

### ¿CÓMO SE SELECCIONAN LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO MÁS ADECUADAS PARA CADA PACIENTE?

La selección de las opciones de tratamiento para el dolor se realiza de manera individualizada, considerando la causa subyacente del dolor, la intensidad de los síntomas, la historia clínica del paciente, sus preferencias y otros factores relevantes. Dentro de la historia clínica es fundamental hacer una evaluación detallada del paciente, que incluya entrevista, examen físico y pruebas diagnósticas, según sea necesario. Se busca un diagnóstico preciso de la causa del dolor, ya que orientará el enfoque terapéutico. Esto pue-

de implicar la colaboración con diferentes especialistas, como traumatólogos, rehabilitadores, psiquiatras, neurólogos, psicólogos o reumatólogos, entre otros. Es importante tener en cuenta factores psicosociales que pueden influir en la experiencia del dolor, como el estrés, la ansiedad, la depresión y el apoyo social. En muchos casos, se adopta un enfoque multidisciplinario que puede incluir medicamentos, terapia física, intervenciones psicológicas, cambios en el estilo de vida y, en algunos casos, procedimientos invasivos.

### ¿QUÉ PAPEL JUEGAN LOS FÁRMACOS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR?

Los fármacos desempeñan un papel fundamental en el tratamiento del dolor, ya que pueden aliviar o reducir su intensidad, mejorar la calidad de vida de los pacientes y facilitar la recuperación. Hay diferentes clases de fármacos utilizados en el tratamiento del dolor, y la elección del medicamento dependerá de la causa subyacente y la naturaleza del dolor, la gravedad de los síntomas y la respuesta del paciente. Algunas de las clases de fármacos comúnmente utilizadas incluyen: los antiinflamatorios no esteroideos, metamizol, los opioides para el dolor moderado-severo, antidepresivos y anticonvulsivantes que han demostrado eficacia en el dolor neuropático, adyuvantes... Debemos tener en cuenta que el uso de todos los analgésicos, de la clase que sean, puede estar relacionado con riesgos para el paciente. Últimamente hemos asistido a la polémica del metamizol, cuyo efecto secundario más importante es la agranulocitosis, que aparece en 1 caso de cada 1600 pacientes que lo toman.

Otras informaciones controvertidas han sido publicadas respecto al fentanilo, un potente analgésico imprescindible dentro de la farmacopea que tenemos para el alivio del dolor. Pertenece a la familia de los opioides, y se utiliza en el dolor moderado-severo que no responde a otros tratamientos. Sin los controles adecuados, puede tener riesgo de adicción. Sin embargo, un seguimiento estrecho y regular por el médico, es un modo seguro de evitar efectos secundarios.

Respecto a los antiinflamatorios no esteroideos también existe un alto grado de consenso en el riesgo gastrointestinal, cardiovascular y renal en tratamientos de larga duración, y de alteración de la función hepática con paracetamol, especialmente cuando se asocian a la toma de corticoides.

### PROTOCOLOS DE MANEJO DEL DOLOR EN EL CAULE ¿CUÁLES SON Y QUÉ PRINCIPIOS CLAVE DEBEN SEGUIR?

Podríamos hablar de dos grandes grupos. Existen protocolos para tratar el dolor agudo

postoperatorio, basados en diferentes técnicas, según el tipo de cirugía, la complejidad de la misma y las características particulares de cada paciente: se pueden usar catéteres, bloqueos de la conducción nerviosa, sistemas de analgesia controlada por el paciente, reservorios elastoméricos, etc. El otro grupo lo forman protocolos para el dolor crónico. Aquí disponemos de analgésicos de diferentes familias, infiltraciones y bloqueos, radiofrecuencia, bombas de infusión intratecal, neuroestimuladores, terapias intradiscales, etc.

### ¿CÓMO SE ADAPTAN A LAS NECESIDADES INDIVIDUALES DE CADA PACIENTE?

Los protocolos nos ayudan a unificar criterios con el fin de ser más eficaces. Están basados en las mejores evidencias científicas. Pero siempre hay que hacer un "traje a medida" de cada paciente, dependiendo de las patologías que presente, el origen del cuadro doloroso, la edad, la intensidad del dolor, el grado de expectativa funcional, entre otras cuestiones. El tratamiento del dolor debe ser individualizado, y la elección del fármaco o de la técnica dependerá de la causa subyacente del dolor.

Los tratamientos de neuroestimulación se basan en que, al aplicar una corriente eléctrica sobre los nervios, los estimula a lo largo de la médula espinal y modifica su acción de forma que disminuye los estímulos dolorosos que llegan al cerebro. Las principales formas de estimulación para el tratamiento del dolor comprenden la estimulación de la médula espinal, la estimulación de nervios sacros, la estimulación del ganglio espinal, la estimulación de nervios occipitales y la estimulación de campo nervioso periférico. Aunque la estimulación de médula espinal es una herramienta terapéutica valiosa, no funciona en todos los pacientes, ya que no alivia todos los tipos de dolor.

La ablación nerviosa por radiofrecuencia se ha posicionado en los estudios más recientes como una herramienta fundamental y un tratamiento eficaz frente a ciertos casos de osteoartritis. Ejerce su acción generando calor suficiente como para causar una termo-coagulación y destrucción localizada del tejido nervioso.

### ¿QUÉ MENSAJE LE GUSTARÍA TRANSMITIR A LAS PERSONAS QUE VIVEN CON DOLOR CRÓNICO?

El dolor crónico puede ser una experiencia desafiante y aislante, pero es esencial recordar que hay muchos profesionales de la salud dispuestos a apoyarles en su camino.

El manejo del dolor crónico a menudo implica un enfoque integral que puede incluir medicamentos, terapia física, intervenciones

psicológicas y cambios en el estilo de vida. En muchas ocasiones, la incorporación de ejercicio suave, técnicas de relajación, una alimentación equilibrada y una buena calidad de sueño, mejoran el bienestar general.

Que no duden en buscar apoyo emocional, ya sea a través de terapia, grupos de apoyo o conversaciones con amigos y familiares. La salud mental es una parte integral del manejo del dolor. No tener miedo de comunicar sus necesidades y limitaciones a su entorno. La comunicación abierta puede ayudar a construir un sistema de apoyo sólido.

El manejo del dolor puede ser un proceso gradual, y es posible que no se encuentren soluciones rápidas, por lo que resulta esencial establecer expectativas realistas. Esto permite celebrar los pequeños logros en el camino hacia el alivio del dolor y no desanimarse.

### ¿CÓMO PODEMOS AVANZAR EN EL ABORDAJE DEL DOLOR COMO UNA PROBLEMÁTICA DE SALUD PÚBLICA?

¡Realmente lo es! El dolor crónico en España afecta aproximadamente al 26 % de la población adulta, lo que supone que más de 9 millones de personas se vean afectadas por la enfermedad a nivel nacional. El dolor crónico constituye uno de los principales problemas de salud pública en España y presenta un destacado impacto en el bienestar y la calidad de vida de las personas que lo padecen, repercutiendo negativamente en el ámbito laboral, social, familiar y personal.

Muchas razones hacen necesario visibilizar el impacto de la enfermedad de dolor crónico en la población española y la realidad de los pacientes a nivel sociosanitario e institucional. El abordaje del dolor como una problemática de salud pública requiere una colaboración estrecha entre gobiernos, instituciones de salud, profesionales médicos, pacientes y organizaciones de la sociedad civil.

Un pilar fundamental sería potenciar la participación de las Unidades de Tratamiento del Dolor en el proceso asistencial y su adecuada dotación de recursos, favoreciendo el acceso de los pacientes. Son unidades especializadas en el manejo y tratamiento de cuadros dolorosos complejos, especialmente aquellos resistentes a tratamiento convencional o que precisen fármacos o técnicas especiales. Las unidades de dolor suelen disponer de médicos especialistas en Anestesiología con una experiencia o formación suficiente en el tratamiento del dolor. Esto es conocimiento de las patologías y sus síntomas, los tratamientos médicos, farmacológicos e intervencionistas. En una unidad de dolor que se precie debería haber especialistas de todo



tipo como rehabilitadores, psicólogos, enfermeras, etc.

Otros puntos importantes son: generar investigación e innovación en el ámbito del dolor crónico, poner en valor el papel de los profesionales de la atención primaria y favorecer su capacitación como punto de referencia para el paciente de su proceso asistencial, desarrollar políticas que promuevan el manejo adecuado del dolor (pautas para la prescripción de analgésicos, acceso a terapias alternativas, estrategias de prevención), maximizar la formación de los profesionales sanitarios en la enfermedad de dolor crónico y su abordaje terapéutico, implicación del paciente en la gestión de su proceso de salud, promover la importancia de estilos de vida saludables que puedan prevenir el desarrollo de condiciones que llevan al dolor crónico, como la obesidad, la falta de actividad física y el estrés crónico.

#### ¿QUÉ EXPECTATIVAS TIENE PARA EL FUTURO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR?

La medicina regenerativa es una rama de la bioingeniería que combina las células y los procesos biomoleculares para mejorar o sustituir ciertas funciones biológicas. Asiste al organismo a regenerarse con la ayuda de materiales biológicos exógenos, que reconstruyen células, órganos y tejidos. La medicina regenerativa debe jugar un papel destacado en el tratamiento del dolor músculo-esquelético, ya que incluye tendones, articulaciones, fascias, cartílagos, discos vertebrales y nervios, y todos ellos pueden beneficiarse de un abordaje regenerativo.

La tendencia será la medicina personalizada: las investigaciones deberían orientarse al desarrollo de terapias más específicas que se dirijan a los mecanismos precisos del dolor, teniendo en cuenta las diferencias individuales en la respuesta al tratamiento.

Es ya un hecho la integración de las tecnologías emergentes en el tratamiento del dolor, como la realidad virtual, la inteligencia artificial y la neuroestimulación.

Un enfoque multidisciplinario, fomentando la colaboración entre disciplinas, como la medicina, la psiquiatría, la fisioterapia y la investigación básica, para abordar el dolor de manera integral, podría contribuir a la prevención del dolor crónico, avanzando en la identificación y prevención de factores que contribuyen al desarrollo de dolor crónico.

#### ¿CÓMO HA INFLUIDO SU EXPERIENCIA EN EL ABORDAJE DEL DOLOR EN SU VISIÓN DEL TRATAMIENTO?



*“El dolor crónico en España afecta aproximadamente al 26 % de la población adulta”*

El dolor puede y debe ser tratado, pero es importante elegir el tratamiento más apropiado (ya sea conservador y/o intervencionista) para el paciente más adecuado.

Las técnicas intervencionistas para el tratamiento del dolor pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes cuidadosamente seleccionados. Estas han sufrido una evolución muy rápida en las últimas décadas, a medida que vamos conociendo más hallazgos científicos, hoy en día basadas en la mejor evidencia disponible desde el método científico. La correcta aplicación de estas técnicas, tanto en los conocimientos teóricos como en experiencia práctica, son fundamentales. Muchas técnicas intervencionistas son complicadas, y el éxito o el fracaso pueden depender de pequeños detalles, causando diferencias en los resultados finales. Estas habilidades se consiguen con entrenamiento y formación continua.

Aliviar el dolor no es un don, requiere dedicación y requiere medios. A lo largo de mi desarrollo profesional he comprendido que hay suficiente evidencia científica que avala que ciertos factores psicológicos como depresión, ansiedad, somatización y escasas habilidades de afrontamiento, pueden asociarse a resultados subóptimos en general.

#### ¿QUÉ INNOVACIONES O AVANCES CONSIDERA MÁS PROMETEDORES EN EL CAMPO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR?

Destacaría todo lo relacionado con el mundo digital porque será de gran ayuda para mejorar el tratamiento del dolor. La Inteligencia artificial y el aprendizaje automático ya se están utilizando para analizar grandes conjuntos de datos relacionados con el dolor, lo que puede ayudar en la identificación de patrones, enfoques de tratamiento personalizados y predicciones más precisas. Además, la realidad virtual y las terapias digitales están siendo utilizadas como herramientas complementarias en la gestión del dolor, especialmente en la distracción y modulación de la percepción del dolor. Los desarrollos en técnicas de neuroestimulación avanzada, como la estimulación cerebral profunda y la estimulación de la médula espinal, seguirán aumentando nuestro arsenal terapéutico.

Otro punto para destacar serían los avances en farmacogenómica y terapias genéticas, que podrían llevar a tratamientos más personalizados y específicos para el dolor, teniendo en cuenta las variaciones genéticas individuales en la respuesta a los medicamentos.

Y como tercer pilar importante en la gestión del dolor, destacaría los enfoques cognitivos y las terapias basadas en mindfulness que están ganando reconocimiento, especialmente en el dolor crónico.

## El sistema de cita previa para los análisis ya es una realidad en el CAULE

María Dolores Ruiz de Villa Izquierdo, subdirectora médica de Servicios Centrales, es la coordinadora del grupo de trabajo que ha puesto en marcha este sistema.

La Dra. Ruiz de Villa recuerda que el CAULE comenzó a trabajar en el sistema de Petición Electrónica asociado a la cita previa en 2019. "Hacia ya tiempo desde los diferentes servicios responsables de los laboratorios tenían claro que era imprescindible implementar este sistema, pues la petición y consecuente extracción de pruebas analíticas, como todo, crece de forma exponencial y no se podía seguir manteniendo a demanda. Era necesario redistribuir la extracción de peticiones de analítica a lo largo de toda la semana, siempre con el principal objetivo de ofrecer una mejor atención a nuestros pacientes y también facilitar el trabajo de los profesionales. Con un sistema de cita previa adecuando el número de extracciones diariamente, se reduce el tiempo de espera, se evitan aglomeraciones y se distribuyen mejor los recursos y tiempo de trabajo, siendo más eficientes", indica.

Se han tenido en cuenta en el área de extracciones no solo las pruebas de rutina programadas sino también las extracciones urgentes y las pruebas especiales, tanto en cuanto a espacios como a agendas de trabajo.

El proceso ha sido técnicamente costoso y largo porque, debido a la pandemia de COVID-19, el equipo constituido por representantes de Análisis Clínicos, Hematología, Microbiología, Informática, Admisión y por personal de las tres direcciones (Médica, Enfermería y Gestión) tuvo que posponer esta actividad hasta finales del 2020, cuando se retomó el proyecto y las reuniones con periodicidad casi mensual para avanzar en el desarrollo e implantación de la petición electrónica y cita previa.

La Dra. Ruiz de Villa hace hincapié en que "la cita previa se ha asociado a la petición electrónica de las pruebas de laboratorio en consultas externas, ya que esta ya estaba implantada en hospitalización. Con esto completamos la informatización de las peticiones. El objetivo a lo largo de este año es retirar la petición en papel".

La coordinadora del proyecto pone de relieve que este año aún convivirán volantes antiguos de petición de analítica sin cita previa con el sistema actual de cita y petición electrónica que no lleva volante "pues hay pacientes que tenían hecha la petición de control analítico antes de que se instaurara el nuevo sistema. Por ello, en este comienzo de año van a convivir ambos sistemas, si bien esperamos que en el segundo trimestre de 2024 ya se realicen todas las peticiones con cita pre-

via. Hemos dado un margen amplio para que aquellos pacientes que ya tenían una analítica programada no sufran inconvenientes".

La doctora explica que los pacientes ya citados con el nuevo sistema registran su llegada al área de extracciones, el día de la cita, en los tótems de gestor de colas situados en esta área. Pueden registrarse bien con el código de barras de la hoja de pre petición que le han dado en la consulta de su médico, o también, en caso de que no lo tengan o hayan olvidado o extraviado la pre petición, pueden identificarse con su DNI o número de historia clínica.

"Una vez registrado, el paciente entra en el sistema y las enfermeras de extracciones, a través de sus monitores, saben que ha llegado y las pruebas que han de realizar. Todo ello queda registrado en la HCE (Historia Clínica Electrónica), lo que minimiza los errores analíticos", añade.

Sobre el proceso tecnológico que se ha seguido para implementar el nuevo sistema, subraya que ha sido "difícil a nivel técnico, y ahí tengo que agradecer al Servicio de Informática del CAULE su dedicación y extraordinario trabajo; no ha sido fácil tener que coordinar los tres sistemas de laboratorios que tenemos de hematología, análisis clínicos y microbiología". Sin la implicación de todos los componentes del grupo en horas añadidas a su trabajo habitual hubiera sido imposible. Actualmente y superada la fase de desarrollo, se ha llegado a la fase de seguimiento y control de incidencias, para lo cual el grupo de trabajo se reúne mensualmente. "El porcentaje de peticiones electrónicas asociadas a cita previa va aumentando de manera progresiva y finalmente, cuando las incidencias sean mínimas y el desarrollo sea completo en todos los laboratorios, retiraremos el papel, salvo para algunas pruebas especiales. Si aún no se ha hecho ha sido porque todavía estamos trabajando en la petición electrónica de Microbiología, que es la más difícil de acometer. Su dificultad radica en que las muestras tienen una gran variabilidad y es muy complejo el informatizarla", explica Ruiz de villa.

En relación a la petición de cita previa para la analítica, la subdirectora médica quiere recordar a los pacientes que el circuito de cita previa y petición electrónica está perfectamente establecido. "La petición la realiza





siempre el médico y la cita también. Los pacientes no pueden citarse por sí mismos". Desde este circuito se facilita también la extracción en sus centros de salud si eso resulta más fácil para el paciente, aunque hay determinadas pruebas que son de obligada realización en el hospital. La petición electrónica y cita previa también se instaurará en los CEP (Centros de Especialidades Periféricas) a lo largo de 2024 en un breve periodo de tiempo.

"Por último, como coordinadora del proyecto, no quiero terminar sin agradecer a todos los miembros del grupo de trabajo su dedicación, profesionalidad, disponibilidad e implicación a pesar de todas las dificultades en este proyecto, que no hubiera sido posible sin su conocimiento y buen hacer", concluye la doctora Ruiz de Villa.

#### GRUPO DE TRABAJO PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LA CITA PREVIA EN LOS ANÁLISIS

##### Servicio de Análisis Clínicos:

- > Dra. M<sup>a</sup> Carmen Ambrós Marigómez. Jefe de Servicio.
- > Dra. Mari Cruz González Cocaño. LEA
- > M<sup>a</sup> Montserrat de la Riva de la Riva. Coordinadora técnico sanitario

##### Servicio de Hematología:

- > Dr. Jose Antonio Rodríguez García. Jefe de Servicio.
- > Yolanda Fernández Martínez. Supervisora de Hematología y responsable del área de extracciones.

##### Servicio de Microbiología:

- > Dra. Isabel Fernandez Natal. Jefe de Servicio
- > Dra. Elva Valdés Vázquez. LEA

##### Servicio de Admisión:

- > Dr. Pedro Linares Torres. Jefe de Servicio

##### Servicio de Informática:

- > Rafael López López. Jefe de Servicio
- > Rubén Galleguillos Ordoñez
- > Arturo Alonso Robles

##### Dirección de Enfermería:

- > Patricia Rafael Abella. Enfermera
- > M<sup>a</sup>. Carmen Cosío Méndez. Subdirectora Enfermería
- > M<sup>a</sup>. Rosario Fernández Gonzalez. Supervisora Enfermería
- > Miguel José Torre Miñones. Subdirector de Enfermería

##### Dirección de Gestión:

- > José Manuel Lavigne Pérez. Jefe de Grupo de Mantenimiento

##### Dirección Médica:

- > Dra. M<sup>a</sup>. Dolores Ruiz de Villa Izquierdo. Subdirectora médica Servicios Centrales.
- > Dr. Enrique Gonzalez Díaz. Coordinador CEP

##### Responsable de Jimena 4 del CAULE:

- > Dr. Rubén López Gonzalez

##### Responsables ROCHE:

- > Eduardo Gallardo
- > Sofía Ahufinger Cabrera

#### EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

El establecimiento de un sistema de cita previa para los análisis que permitiera acortar los tiempos de espera era una demanda tanto del personal de los laboratorios como de los pacientes.

"Desde hace varios años, los responsables de los servicios de Hematología y Análisis Clínicos hemos estado en conversaciones con la Dirección del CAULE para activar un procedimiento que permitiese distribuir de forma homogénea a lo largo de toda la semana el creciente volumen de analíticas que se extraen a los pacientes no hospitalizados, evitando los picos (de hasta casi 500 extracciones en un día) que con frecuencia se producen al inicio de la misma o después de un festivo" asegura el doctor Jose Antonio Rodríguez García, jefe del servicio de Hematología.

Tras su activación en octubre del 2023, se ha ido implementando de manera progresiva para las analíticas más rutinarias. Se espera que, en los próximos meses, se amplie también a aquellas que tengan particularidades.

"El objetivo principal es distribuir las 1200 extracciones analíticas semanales aproximadas de forma ordenada a lo largo de todos los días de la semana, unas 250 diarias, lo que a su vez permitirá acortar el tiempo de espera el día de la extracción, pero asegurando que se realiza con la suficiente antelación para que los resultados estén disponibles el día de la consulta" añade Rodríguez García.

El funcionamiento del servicio es simple: en primer lugar, cuando un paciente necesite un análisis, su médico deberá tener en cuenta si la extracción se realizará en el hospital o en el centro de salud y si es necesario hacer otro tipo de pruebas. Si no se necesitan pruebas adicionales y se dispone de 15 días hasta la extracción, la cita se enviará al domicilio. Si no, será necesario que el paciente pida cita en la ventanilla de Citaciones una vez conocida la fecha de la otra prueba para hacer coincidir ambas. El paciente deberá acudir a su cita y, si esta es en el hospital, introducir sus datos en los tótems que hay puestos a su disposición.

Para las peticiones urgentes existe una sala específica que no está sujeta a este sistema. "Aunque en las fases iniciales este sistema puede suponer una mayor rigidez en algunos casos y es previsible que haya ciertos desajustes, a medio plazo disponer de un procedimiento ordenado mejorará el grado de satisfacción tanto de los pacientes como de los profesionales" asegura Rodríguez García.

#### UN SISTEMA CENTRADO EN EL PACIENTE

"Las principales ventajas revierten en los pacientes, que siempre son nuestro principal objetivo. Para los profesionales sanitarios los cambios serán mínimos y asumibles, y por supuesto los resultados analíticos seguirán ayudando a la toma de decisiones médicas, pudiendo acortarse los tiempos de respuesta" afirma la doctora Carmen Ambrós, jefa del servicio de Análisis Clínicos.

"En Análisis Clínicos se realizan al día aproximadamente 2000 peticiones, y son entre 200 y 250/día las que corresponden a pacientes que acuden a la sala de extracciones. Hasta ahora se trabajaba a demanda, lo que explica los picos en el flujo de usuarios en días concretos. Con la



cita previa se homogeneizará en número de extracciones, evitando las demoras que hasta ahora eran inevitables. El número de pacientes no se verá penalizado, simplemente se regulará porque dispondrán con antelación de una fecha y hora de extracción, lo que disminuirá los tiempos de espera" continua.

Esto supone un reto, pero también una mejora que, a largo plazo, también se prevé que se implante para todas las consultas. De momento, la meta es incorporar la cita previa de Atención Especializada en los centros de extracción periférica (CEPs). "La incorporación de la cita previa en la sala de extracciones ha sido un proceso largo y laborioso, donde han participado muchos profesionales. Aun así, queda mucho trabajo por realizar, que se afrontará con la profesionalidad y la predisposición de todo el personal involucrado en este proyecto" asegura la doctora Carmen Ambrós.



#### LOS ANÁLISIS EN CIFRAS

Horario: 8:00 – 11:00

> Peticiones diarias a Análisis Clínicos	2000
> Peticiones diarias a Análisis Clínicos desde el sistema de extracciones	250
> Previsión de analíticas diarias con el nuevo sistema	250
> Extracciones analíticas semanales:	1250









Dr. Enrique González-Díaz  
Coordinador Médico de los CEP

## Los Centros de Especialidades Periféricas (CEP): la puerta de entrada al CAULE

DESIRÉ ALIJA | ENRIQUE GONZÁLEZ-DÍAZ

Los Centros de Especialidades Periféricas (CEP) del Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE) constituyen, junto con las urgencias hospitalarias, la principal puerta de entrada de los pacientes a nuestro centro sanitario.

Estos desempeñan un papel importante en la descentralización de los servicios de salud, contribuyendo a una distribución más equitativa de los recursos y mejorando la accesibilidad a la atención médica especializada, tanto para la propia ciudad de León como para otras poblaciones más alejadas de nuestra área sanitaria, y por otro lado, tienen una función de resolución de la mayor parte de las patologías filtrando al hospital solo aquellas cuya gravedad o relevancia requieran ser remitidas a consultas más específicas.

El CAULE dispone en la actualidad de varios centros periféricos, dentro de la capital: el CEP de Hermanos Larrucea, conocido popularmente como La Condesa; el CEP de José Aguado y el Centro de Planificación Familiar; y además se presta asistencia ambulatoria especializada en los centros de salud de Astorga, La Bañeza, Cistierna, Valencia de Don Juan y Benavides del Órbigo.

El edificio que hoy alberga al CEP de La Condesa es un edificio histórico que fue diseñado en 1952 por Marcide Odriozola, uno de los arquitectos más reputados de la arquitectura hospitalaria de la época y responsable del Instituto Nacional de Previsión. Entra en funcionamiento el 7 de mayo de 1955 como Ambulatorio, refundiendo en él los servicios de Juan Madrazo y García I. Mas tarde, el 25 de marzo de 1985, el ministro de Sanidad, Ernest Lluch, inauguró el ambulatorio de José Aguado, comenzando su actividad el 2 de mayo. Ese mismo año, el edificio de Hermanos Larrucea también fue modernizado, y ambos ambulatorios comenzaron a compartir espacios con los centros de salud de atención primaria. Esto es importante porque aún hoy en día seguimos compartiendo estos espacios, siendo simultáneamente, Centros de Salud y Centros de Especialidades Periféricas.



← **Equipo responsable de los CEP.**  
**Coordinador médico**  
 Dr. Enrique González-Díaz  
**Jefa de Servicios Administrativos**  
 M.ª Soledad Parrado Cuesta  
**Supervisoras de Enfermería**  
 Eva María Blanco Álvarez y Paula López Robles  
**Jefes de Grupo no Sanitario**  
 Pura Concepción Blanco Díez y José Ramón Mora Fernández  
**Secretaria de coordinador**  
 Mónica Barrio Luengo Fernández

Actualmente en los CEP tienen actividad diecisiete especialidades diferentes (Cardiología, Cirugía General, Cirugía Vasculard, Dermatología, Digestivo, Endocrinología, Ginecología y Obstetricia, Neumología, Neurología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Radiología, Reumatología, Rehabilitación, Traumatología, y Urología), y de las 167.000 primeras consultas realizadas en el CAULE en este pasado año 2023, un 58,5% fueron realizadas en ellos, siendo en su mayor parte procedente de Atención Primaria (el 85% de las 107.632 consultas derivadas desde Atención Primaria). Además, se asume una parte importante de pruebas complementarias realizadas en el CAULE, fundamentalmente las radiológicas, realizándose el 33,5% de la radiología convencional (Año 2023: 84.000 pruebas), el 48,8% de las mamografías (Año 2023: 4.595 mamografías) y el 46,5% de todas ecografías realizadas en el CAULE (Año 2023: 22.852 ecografías). Cabe destacar que además de las solicitudes procedentes de los médicos especialistas del CAULE, en los CEP se atienden las derivadas desde atención primaria, así como las derivadas desde el programa de prevención de cáncer de mama de la Junta para complementar el estudio en aquellos casos que es preciso. Otra actividad importante, que ayuda a liberar quirófanos en el hospital, es la Cirugía Menor Ambulatoria, que desarrollan las especialidades de Urología, Dermatología y Cirugía General en los quirófanos disponibles en los propios CEP.

Para llevar a cabo toda esta actividad, en los CEP trabajan hasta un total de 149 profesionales que de manera fija realizan su actividad en sus centros junto con un numero variable de médicos especialistas que se desplazan desde el hospital. Al cargo del personal de enfermería de los CEP de La Condesa y José Aguado están dos supervisoras, Eva María Blanco Álvarez y Paula López Robles, que destacan el trabajo que realizan las enfermeras, los técnicos superiores en imagen para el diagnostico (TER) y los técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE): "El trabajo de estos profesionales en los CEP se articula como un equipo donde todos sus profesionales, polivalentes en cada categoría, están integrados y conectados. Su labor se desarrolla fundamentalmente en las consultas médicas de los CEP, pero además disponemos de consultas específicas de Enfermería en Endocrinología y Salud Mental, y son responsables de realizar un gran número de pruebas radiológicas, audiometrías, campimetrías, espirometrías... Cabe destacar la actividad realizada en el laboratorio de extracciones sanguíneas por el elevado numero de pacientes atendidos, en el año 2023 se realizaron unas 35.000 extracciones. Este trabajo en equipo hace que la interrelación con el personal facultativo y con el personal de gestión sea permanente,





→ Centros de Especialidades Periféricas en el Área Sanitaria de León, especialidades atendidas y personal de cada centro.



↑ Personal de CEP de José Aguado.

siempre buscando lo mejor para nuestros pacientes y procurando adaptarnos a sus necesidades".

Al cargo del personal administrativo de los CEP está la Jefe de Servicio Administrativo, M<sup>a</sup> Soledad Parrado Cuesta, quien destaca que: "El personal administrativo desarrolla una enorme labor en los servicios de citaciones, ya que además de estar permanentemente coordinados con las áreas médicas y de enfermería, buscan la integración de todas las citas de un paciente, evitándole desplazamientos innecesarios, teniendo en cuenta la localidad de cada paciente para adecuarle la hora de la cita, en la medida de lo posible, en función del tiempo que necesita en su desplazamiento". En el día a día a veces es preciso realizar reprogramaciones debido a suspensiones de consultas o pruebas diagnósticas; en estas circunstancias "el personal de citaciones realiza una labor fundamental ante estas incidencias, encargándose de avisar a cada paciente lo antes posible y asignándoles una nueva cita, por lo que hay que valorar esa capacidad de adaptación ante cualquier contingencia". Además, nos recalca la importancia del personal administrativo de los Centros de Salud de Atención Primaria: "Quienes desde la cercanía al paciente son responsables de generar las primeras citas en los CEP, y siendo su trabajo muy importante tanto para nosotros como para los pacientes".

Toda esta actividad de los CEP requiere de una dinámica de trabajo en equipo para conseguir que las tres áreas (médica, enfermería y gestión) se encuentren sincronizadas y trabajando en un objetivo común; como nos comenta el Dr. Enrique González-Díaz, coordinador medico de los CEP, y para ello, "Además del trabajo diario de los profesionales de cada área, los responsables de los CEP mantienen reuniones mensuales para valorar la situación de las consultas, detectar áreas de mejora y planificar las acciones en función de los resultados". Y es que los CEP siempre están en continua evolución y mejora, y dentro los proyectos en marcha para el año que viene se incluirán: "Continuar mejorando la colaboración y coordinación con atención primaria, la reorganización de consultas en el ambulatorio de José Aguado, iniciar la petición electrónica y la gestión de las citas para las extracciones en los CEP, y continuar con la agrupación de algunas especialidades y pruebas radiológicas órgano-específicas". Y nos recuerda que: "Los CEP son una pieza fundamental en el funcionamiento del CAULE, aunque a veces su actividad pase desapercibida, pero son la principal puerta de entrada desde atención primaria y en muchas ocasiones el único contacto de muchos de nuestros pacientes con la atención especializada".



# EL CAULE EN NÚMEROS

## Recursos instalados

	HOSPITAL   M. SAN ISIDRO	SANTA ISABEL	TOTAL
Camas instaladas	938	117	1.055

Habitaciones individuales	265	11	276
---------------------------	-----	----	-----

Camas presión variable	7		
Quirófanos instalados	21		
Quirófanos robotizados	1		
Puestos en URPA	18		
Paritorios instalados	2		
Paritorios convencionales	1		
Paritorios de alto riesgo	1		
Locales de consulta	202		
En el hospital	133		
En centros de especialidades	69		
Puestos de hemodiálisis	20		
Enfermos no infecciosos	14		
Enfermos infecciosos	6		
Salas de cirugía menor			2
En el hospital			
En centros de especialidades			2
Habitaciones de terapia metabólica con ingreso			3
Salas de electrofisiología cardiaca			1
Salas hemodinámica			2
Sala convencional de RX			16
Puestos hospital de día			65
Oncohematológicos			20
Quirúrgico			16
Pediátrico			6
Médico			8
Psiquiátrico			15
Agudos			15

# Equipamiento tecnológico



Mamógrafos	3	R.N.M.	2
T.A.C. Helicoidal	3	Telemando rx	2
T.A.C. Cardiaco	1	Arco radioquirúrgico	11
Gammacámaras spect	1	Aceleradores lineales	2
Gammacámaras spect-tc	2	TC Simulador	1
Gammacámaras portátiles	1	Equipos de litotricia extracorporea por ondas de choque (leoc)	1
Equipos pet-tc	1	Torres de endoscopia genérica	20
Equipos de hemodiálisis	26	Torres de endoscopia ecográfica	2
Equipos de crónicos	12	Densitómetros oseos	1
Equipos de agudos	2	Ortopantografos	2
Equipos de infecciosos	6	Equipos de braquiterapia	0
Equipos de reserva	6	Equipos de braquiterapia intraoperatoria	0
Angiógrafos vasculares	1	Neuronavegador	1
Angiógrafos neurorradiología (sistema biplano)	1	Equipos de cirugía robótica	1

Las enfermeras especialistas ofrecen una atención integral a sus pacientes para contribuir a su bienestar

## Cerca de 400 personas reciben atención mensual en Salud Mental

El respeto, la asertividad y la empatía son pilares importantísimos en los que se tiene que sustentar la relación terapéutica con cualquier paciente, pero quizás en salud mental con muchísimo más énfasis. Por eso, en los equipos de enfermería del Hospital Psiquiátrico de Santa Isabel y la Unidad de Salud Mental de Independencia fomentan la confianza de los pacientes para estimular la mejoría de su estado.

 LUIS TEJEDOR

A pesar de que los problemas de salud mental son bastante comunes, solo un reducido porcentaje de individuos requiere atención hospitalaria como parte integral de su cuidado y tratamiento. Los enfermeros especializados en salud mental desempeñan un papel fundamental al proporcionar atención y respaldo a las personas afectadas. Su labor abarca desde ayudar a los pacientes a aceptar y convivir con su condición hasta identificar situaciones de riesgo en las que podrían representar un peligro para sí mismos o para terceros.

Estos profesionales colaboran estrechamente con otros profesionales de la salud y trabajadores sociales para coordinar la atención de los pacientes, abordando una amplia gama de problemas de salud mental, como depresión, estrés, autolesiones, abuso de sustancias, trastornos de personalidad y enfermedades como la esquizofrenia.

La atención que provee el CAULE para enfrentar estas enfermedades se estructura en torno a la Unidad de Agudos del Hospital de Día de Psiquiatría y la Unidad de Salud Mental de San Antonio, como una primera línea. El Hospital de Santa Isabel y la Unidad de Salud Mental de Independencia, completan esta asistencia. Las vivencias de los profesionales de estos dos últimos centros son el foco central de este reportaje.

### UN ESPECTRO DIVERSO DE PACIENTES

El Hospital Psiquiátrico de Santa Isabel abrió sus puertas en 1965 con una clara vocación manicomial. Era lo usual en aquella época. El perfil atendido era el de personas con trastorno mental grave y el cuidado se enfocaba

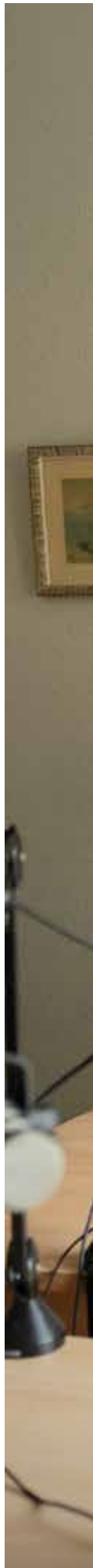
hacia una institucionalización de por vida. Las décadas posteriores implicaron un nuevo estilo a la hora de tratar estas enfermedades. El ingreso ya no tenía un carácter de permanencia, sino que se orientaba hacia la rehabilitación y reinserción en su propio entorno comunitario. Mismos pacientes, diferentes perspectivas.

Cuando los profesionales de Santa Isabel hablan de trastorno mental grave se refieren a una sintomatología de características psicóticas que genera al paciente diversos problemas de comprensión y adaptación a la realidad. En estos casos, el comportamiento tiende a ser disfuncional lo que, inevitablemente, repercute en las relaciones sociales y el desempeño en las actividades cotidianas.

Como agravante a su trastorno, suelen ser pacientes con escaso apoyo familiar ya que el impacto ocasionado suele ser considerable en este ámbito cercano que, en muchas ocasiones, acaba tirando la toalla. Además, debido a la repercusión laboral que causa, está asociado a un nivel bajo de recursos económicos.

Las supervisoras de este centro, María Sueiras y Verónica Díaz, detallan un aspecto relevante en los casos tratados, "a lo largo de los años ha ido variando el inicio de la enfermedad, asociado antaño a las situaciones de estrés, por ejemplo, coincidiendo con el servicio militar obligatorio y ahora más al consumo de sustancias psicoactivas, especialmente cannabis. Este perfil está en auge".

En la Unidad de Salud Mental de Independencia conviven dos equipos, cada uno integrado por dos psiquiatras, un psicólogo clínico, un enfermero especialista y una asis-







*“En junio de 2023, lanzaron el nuevo Equipo Comunitario de Atención Integral, un proyecto pionero para asistir a pacientes con enfermedades mentales graves en sus hogares, residencias o incluso en la calle”*



tente social para ambos. El Equipo II cubre las Zonas Básicas de Salud del Crucero, San Andrés del Rabanedo, La Bañeza I y II, La Magdalena y Boñar. Por su parte, el Equipo V proporciona soporte a La Palomera, Armunia, Mansilla de las Mulas, Sahagún y Santa María del Páramo.

Las cuatrocientas personas que mensualmente reciben atención en este centro tienen una configuración muy diversa. Hay trastornos adaptativos, ansiedad o depresiones, que antes la gente minimizaba para evitar la estigmatización en su contexto social. Antes, la mayoría de los seguimientos realizados se orientaban a personas con enfermedades mentales graves, pero actualmente cada vez más personas demandan esta atención.

Los dos enfermeros especialistas, Héctor González y Verónica Vergara, señalan que el acceso a esta unidad se hace "desde Atención Primaria, tras no mejorar su sintomatología, o desde el Servicio de Urgencias, porque quizá en el momento en el que acuden no necesitan un dispositivo de forma más intensiva o una hospitalización, pero sí un seguimiento profesional".

#### CONSTRUIR LA CONFIANZA

Cuando el paciente llega a Santa Isabel, comienza el primer reto para el personal de enfermería, conseguir que confíen en ellos. No es una cuestión menor porque "nuestra principal herramienta de trabajo es la relación terapéutica entendida como el vínculo entre el paciente y el profesional que intenta promover en él la capacidad de funcionar mejor". Una vez creado ese lazo, sin imposiciones, hay que trabajar junto al paciente la conciencia de la enfermedad y la adherencia al tratamiento.

El segundo objetivo es la rehabilitación del paciente fuera del hospital. Se trata de trabajar en el entorno, a través de los medios comunitarios, para alcanzar la desinstitucionalización del paciente psiquiátrico. Eso sí, "debe haber una convivencia de ambos modelos, el institucionalizador y el comunitario, ya que hay una pequeña porción de nuestros pacientes que necesitan del cuidado de la institución para sobrevivir", añaden.

En junio de 2023, lanzaron el nuevo Equipo Comunitario de Atención Integral, un proyecto pionero para asistir a pacientes con enfermedades mentales graves en sus hogares, residencias o incluso en la calle, para llegar a su comunidad. "El objetivo de este proyecto ECAI es la reinserción del paciente en su propio entorno, evitando separar a la persona de su círculo sociofamiliar. Creemos que el sistema manicomial que hemos heredado no ayuda al empoderamiento de nuestros pacientes, sino todo lo contrario, empobrece más".

¿Y cómo se confrontan estas dificultades? Pues no esperen sorpresas porque "el secreto está en el día a día y en los pequeños gestos. Es muy difícil trabajar la conciencia de una enfermedad en una persona que no tiene la sensación de estar enferma. Quizás entonces no vemos tan necesario enfocarnos en que la adquieran, sino en que se adapten con sus peculiaridades a una funcionalidad que les facilite más la vida. Intentamos ser creativas y siempre recordamos que nuestras expectativas no pue-

den imponerse sobre la realidad de la persona. Tenemos presente que no curamos sino cuidamos".

Dado que la Unidad de Independencia tiene otro propósito, forzosamente sus retos son diferentes. Aquí, como explican, hay que "dar a conocer, principalmente a los usuarios, cuál es nuestro ámbito de actuación y las competencias para las que estamos formados como enfermeros especialistas de salud mental. No son pocas las ocasiones en las que la persona acude a nuestra consulta sin saber el motivo, desconociendo gran parte de nuestras funciones". Y, claro, también luchar contra el estigma hacia las personas con problemas de salud mental, vengan de fuera o del propio paciente.

La solución a estos desafíos pasa por "explicar el motivo de la consulta e indicar en qué consiste el seguimiento que realizamos. A medida que pasa el tiempo, apreciamos que las personas que acuden a nuestra consulta conocen más nuestra función, lo que facilita la relación terapéutica".

#### CADA LOGRO SABE A GLORIA

Entre los profesionales que ejercen su trabajo en el Hospital de Santa Isabel hay psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, enfermeras, técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, celadores y personal de servicios que trabajan en equipo con una única meta: ayudar a la persona. En esta dinámica, como reflejan María Sueiras y Verónica Díaz, "son importantísimas las cualidades más humanas. El respeto, la asertividad y la empatía son pilares importantísimos en los que se tiene que sustentar la relación con cualquier paciente en cualquier rama de la sanidad, pero quizás en salud mental con muchísimo más énfasis". Tampoco sobra la creatividad, como aseguran, para salir victorioso en algunas ocasiones.

La empatía aplicada a esta labor propicia que, como afirman, "aquí conocemos a nuestros pacientes por su nombre y apellidos. Tenemos tiempo para conocer sus historias y para compartir tiempo en el día a día del hospital. Cada logro que consiguen nos sabe a gloria porque hay mucho esfuerzo detrás, por parte de muchos profesionales, pero, sobre todo, de la persona".

Como un buen profesional siempre debe estar pendiente de cómo mejorar el fruto de su trabajo, aquí no hay una excepción. "No queremos transmitir la idea de que lo hecho hasta ahora haya estado mal, pero sí que creemos que es necesario evolucionar. Es importante desterrar el paternalismo en nuestras dinámicas y la infantilización de nuestros pacientes. La persona es el sujeto central de cualquier iniciativa que llevemos a cabo y no podemos tomar decisiones por ellos, sino con ellos".

Héctor González y Verónica Vergada, en la Unidad de Salud de Independencia, por su parte, destacan que "dentro de los equipos de Salud Mental se ha priorizado la figura del enfermero especialista, ya que son en muchos casos 'la puerta de entrada' a nuestra red. Aun así, quedan muchos dispositivos en los que se debería priorizar nuestro papel y categoría profesional, que poco a poco se va consiguiendo".



También coinciden en un planteamiento en el que prima la actualización, "el trabajo sí ha evolucionado, hoy en día entre los profesionales y la red de salud mental se tiene más en cuenta la figura que representamos. A nivel personal también hay una evolución, en un primer momento cuando acabas la formación, las entrevistas de seguimiento que hacemos en los centros ambulatorios suelen llevar un guion más estructurado, pero poco a poco todo fluye más, al sentirte más cómodo".

#### UNA RELACIÓN TERAPÉUTICA ADECUADA

Aquí, como insisten las supervisoras de Santa Isabel, la confianza es un bien preciado que hay que obtener en el día a día. En esta línea de trabajo, "intentamos, por encima de todo, establecer una relación terapéutica. Queremos que nos vean como figuras de ayuda, que puedan recurrir a nosotras en caso de crisis, pero también que podamos mantener dinámicas más distendidas, de ocio, por ejemplo. El humor juega aquí un papel importante".

Lo ideal sería que los enfermeros especialistas en salud mental involucraran siempre a la familia, manteniéndoles al día sobre el tratamiento y la evolución del paciente, aumentando así su capacidad a la hora de ayudar ellos al paciente, pero no siempre es posible. "Cuando el paciente llega a este hospital, las familias ya han pasado por tantas situaciones que claudican, por lo que la relación es escasa. Especialmente en aquellos que ya llevan mucho tiempo ingresados. En unidades de estancias más cortas, como la de Convalecencia Psiquiátrica, o Incluso Patología Dual, la relación puede ser más directa pues precisamos de su colaboración cara a cara a mantener dinámicas similares en la unidad y domicilio, permisos terapéuticos, etc...", señalan.

No difieren de este punto de vista en la Unidad de Salud Mental de Independencia ya que los enfermeros especialistas estiman que "lo más importante para ganarse la confianza de las personas es establecer una relación terapéutica adecuada, que se sientan escuchados y acompañados, nunca juzgados".



## TRABAJAR EN EQUIPO

Para obtener la consecución de las metas establecidas, en Santa Isabel tienen el trabajo en equipo como una herramienta imprescindible, ya sea con las enfermeras de otras unidades como con las de consultas. Además, también hay que coordinarse con otros miembros del equipo como, por citar algunos, las trabajadoras sociales o las terapeutas ocupacionales. "Todos somos importantes desde nuestra pequeña parcela ya que se tienen que fusionar en aras de un objetivo común".

Con gran creatividad, y esfuerzo, consiguen recursos para llevar a cabo iniciativas como una raquetada por la nieve, para lo que se ha precisado el autobús de la Diputación de León, o el proyecto radiofónico La Rara Troupe.



## Plan Integral de Enfermedades Raras de Castilla y León 2023-2027

# Más de 83.000 personas tienen una enfermedad rara en CyL

El concepto de enfermedades raras agrupa un conjunto de más de 6.000 enfermedades de baja o muy baja prevalencia, una situación que requiere aunar esfuerzos de las administraciones públicas para velar por evitar la morbilidad o mortalidad que puede derivarse de dichas enfermedades, así como por una disminución considerable de la calidad de vida o del potencial socioeconómico de las personas que las padecen.

Según el Plan Integral de Enfermedades Raras de Castilla y León (PIERCyL 2023-2027), se calcula que la prevalencia conjunta de las enfermedades raras se sitúa entre el 3,5% y el 5,9% de la población mundial, lo que equivale a un intervalo de 263 a 446 millones de personas. Aplicando estos porcentajes a los datos de población del año 2021, se deduce que entre 83.400 y 141.700 personas tienen una enfermedad rara en Castilla y León. A pesar de la heterogeneidad que las caracteriza, muchos de los problemas derivados de las mismas son comunes, lo que puede favorecer un abordaje conjunto en determinados casos. El desconocimiento acerca de las enfermedades raras también influye negativamente en su abordaje terapéutico. Si bien se estima que el 69% de las personas que padecen una enfermedad rara reciben un tratamiento, únicamente en el 5% de los casos el tratamiento tiene carácter transformador para su enfermedad.

El PIERCyL 2023-2027 recoge las acciones enmarcadas en proyectos que permiten atender las necesidades, en el ámbito sanitario, sociosanitario, educativo y laboral, de las personas afectadas por una enfermedad rara y sus familias.

### DISPERSIÓN GEOGRÁFICA

Las dificultades para el logro de un diagnóstico y el acceso a tratamientos adecuados y específicos pueden requerir la realización de numerosos desplazamientos, especialmente en las regiones con una elevada dispersión geográfica, como Castilla y León. De hecho, según el Estudio

sobre Necesidades Sociosanitarias de las Personas con Enfermedades Raras en España (Estudio ENSERio) FEDER, cerca del 30% de las personas que sufren una enfermedad rara han tenido que viajar en los últimos años fuera de su provincia debido a su enfermedad. Asimismo, se calcula que los gastos derivados de las enfermedades raras (medicamentos, tratamiento médico, adaptaciones de viviendas y transporte, asistencia personal, etc.) suponen un 20% de los ingresos anuales de estas familias.

A finales del año 2021, el Registro de Enfermedades Raras de Castilla y León contaba con un total de 319.956 casos registrados, correspondientes a 262.928 pacientes, de los cuales 196.353 estaban vivos, lo que supone un 74,7% del total de personas registradas. De ellos, el 54,0% (105.949) eran mujeres y el 46,0% (90.404) hombres. Asimismo, su distribución por tramos de edad refleja que el 27,1% de los casos se concentran en personas que tienen entre 75 y más años, seguido por el 21,4% correspondiente al tramo de edad de entre 60 a 74 años. Por provincias el mayor número de casos se concentra en Valladolid, con el 22,9%, seguida de León, con el 18,1%.

De las enfermedades consideradas, la más prevalente en los hombres es la Hemofilia A, con una tasa de 1,9 casos por 10.000 varones y en las mujeres el Síndrome de Turner con una tasa de 1,1 casos por 10.000 mujeres, al tratarse de una enfermedad exclusivamente femenina. Actualmente, Castilla y León tiene definido un modelo para el diagnóstico de pacientes pediátricos con

enfermedades raras a partir de la creación de la Unidad de Referencia de Diagnóstico Avanzado en enfermedades raras de Castilla y León (DiERCyL), ubicada en Salamanca. Uno de los principales problemas a los que se enfrentan las personas con enfermedades poco frecuentes es el acceso a un tratamiento específico y adecuado. Se estima que el 69% de las personas con enfermedades raras tienen acceso a un tratamiento, pero únicamente el 5% recibe un tratamiento específico y transformador. En España, según datos del estudio ENSERio 2016-2017, el 50,06% de las personas que participaron en el estudio indicaba que tenía acceso a los medicamentos sin dificultad, mientras que un 31,29% afirmaba que presentaba dificultades de acceso a los medicamentos que requería su enfermedad (el 14,28% reflejaba que tenía acceso limitado y el 17,01% que no tenía acceso al tratamiento farmacológico que necesitaba).

Existen algunas enfermedades raras que presentan síntomas para los que existen tratamientos farmacológicos convencionales, cuya utilidad es conocida y cuyo manejo está autorizado. Sin embargo, existen dos tipos de tratamiento que son característicos en el tratamiento de las enfermedades raras: los medicamentos huérfanos y las terapias avanzadas. Los medicamentos huérfanos, por lo general, tienen un coste más elevado que otros medicamentos, ya que se presupone que los gastos de su investigación son más altos y que van destinados a un menor número de pacientes, lo que reduce su ren-



*“La Hemofilia A en varones y el Síndrome de Turner en las mujeres son las enfermedades raras más prevalentes en Castilla y León”*



### SERVICIOS DE APOYO

A lo largo del desarrollo del modelo de atención a las enfermedades raras interviene una amplia gama de servicios de apoyo que prestan soporte e intervienen en el abordaje de las necesidades de las personas que padecen este tipo de enfermedades. La atención en menores requiere de un conjunto de medidas educativas adaptadas a los mismos, como apoyos y atenciones educativas específicas derivadas de las condiciones personales de discapacidad. Gran parte de las enfermedades raras son de carácter crónico, progresivo, degenerativo y discapacitante, que en muchas ocasiones requieren de un tratamiento durante toda la vida, siendo enfermedades muy complejas que afectan al proyecto de vida tanto de la persona que las padece como de sus familiares. Por ello, los enfermos pueden presentar mayores dificultades para el acceso al empleo en el mercado ordinario.

Con frecuencia, las enfermedades raras tienen impacto en el bienestar emocional de las personas que las padecen, causándoles sensación de incompreensión y estrés, especialmente en los casos que permanecen sin diagnóstico durante elevados periodos de tiempo. Igualmente, pueden llegar a tener efecto en el estado de salud mental de sus familiares, los cuales suelen asumir responsabilidades en la realización de los cuidados que puedan ser necesarios durante el abordaje de la enfermedad. En muchas ocasiones, esto supone un elevado coste en cuanto a su propio tiempo personal, lo cual puede llegar a influir en su vida familiar, social y profesional, incrementando el riesgo de que lleguen a sufrir cuadros de estrés, ansiedad y pérdida de confianza y autoestima.

También repercuten en la situación económica. Las dificultades para el logro de un diagnóstico y el acceso a tratamientos adecuados y específicos pueden requerir la realización de numerosos desplazamientos, especialmente en las regiones con una elevada dispersión geográfica como Castilla y León.

Gran parte de las enfermedades raras están asociadas a problemas psicomotores y procesos en mayor o menor medida crónicos y degenerativos. Los tratamientos de rehabilitación son fundamentales para optimizar y preservar las capacidades residuales, tanto físicas como sensoriales y cognitivas. Igualmente, la fisioterapia resulta un elemento clave en el proceso de tratamiento para la mejora de la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

tabilidad. El Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales, favorece el acceso a los mismos mediante un proceso individualizado. Las situaciones que contempla son: uso compasivo de medicamentos en investigación, se permite el acceso a un medicamento sujeto a solicitud de autorización o sometido a ensayos clínicos, siempre y cuando los y las pacientes padezcan una enfermedad crónica o gravemente debilitante o que ponga en peligro su vida, y no exista un medicamento autorizado para su tratamiento; uso de medicamento en condiciones diferentes a las especificadas en su ficha técnica autorizada; acceso a medicamentos autorizados en otros países, pero no en España, cuando no reúnan las condiciones de uso compasivo de medicamentos en investigación.



*“Los gastos derivados de las enfermedades raras suponen un 20% de los ingresos anuales de estas familias”*



DESCUBRE

# La Casa del Dragón

DE GAUDÍ



En 1892, un joven Antonio Gaudí viajó a León para construir su primera casa de vecinos. En menos de un año levantó un edificio único con el que soñarían ciudades de todo el mundo. Una fortaleza que esconde secretos, símbolos y leyendas asombrosas.

Vive la Experiencia Gaudí en León con el Museo Casa Botines.  
Bienvenido a la Casa del Dragón.

Reserva tus entradas  
[casabotines.es](http://casabotines.es)



Plaza de San Marcelo 5 - 24002 León (Spain) • (+34) 987 353 247



📄 MARÍA JOSÉ PRIETO \_\_\_\_\_

🕒 ANA CRUZ FAMILIA DE LA ONG ALMAS ESPECIALES (WWW.ALMASESPECIALES.ORG)  
 LUIS CANAL INTEGRANTE DE LA CORPORACIÓN DE BOMBEROS  
 ALJORES FOTOGRAFÍA

## FOP: una carrera de fondo

Samuel Beckett culminaba su novela *El innombrable* con esta frase: “Debes seguir, no puedo seguir, seguiré”, unas palabras que podrían expresar las contradicciones a las que se enfrentan las personas que padecen una enfermedad rara. La vida, en ocasiones, nos sitúa en la incertidumbre de un destino inesperado.

El día que los padres de Darío recibieron el diagnóstico fue devastador. “Me sentía fuera de lugar, miraba a la gente a mi alrededor, con sus problemas cotidianos, y no entendía nada, era como si no perteneciera a este mundo”, confiesa Óscar, padre del niño leonés afectado por FOP (fibrodísplosia osificante progresiva), una enfermedad ultrarara, de la que solo existe un caso en la comunidad de Castilla y León, 40 en el territorio nacional y 3000 en todo el mundo.

La FOP se caracteriza por la formación de hueso en los tejidos blandos. Generalmente, aparece en los primeros diez años de vida, cuando surgen los primeros focos de osificación. Se trata de una patología que cursa en brotes que pueden desencadenarse por traumatismos banales, procedimientos invasivos, infecciones o aparecer de forma espontánea. En la actualidad, ningún tratamiento ha demostrado detener esta enfermedad altamente discapacitante.

Cuando una persona es diagnosticada de una enfermedad rara toda la familia se ve afectada a nivel emocional. “Es muy duro ver el progreso de la enfermedad en otros niños, pero para mí saber lo que iba a suceder era la mejor manera de ayudar a Darío. Agradezco mucho la labor de AEFOP (Asociación Española de Fibrodísplosia Osificante Progresiva) porque nos han apoyado desde el minuto cero. Enfrentarme a la crudeza de esta enfermedad es una de las cosas más valientes que he hecho nunca”, explica Bea, madre del pequeño.

En muchas ocasiones se pasa por un proceso largo, con pruebas médicas y visitas a los hospitales que producen un gran desgaste psicológico. Pero cuando llega el diagnóstico empieza la verdadera carrera de fondo: hablar con los especialistas, conocer otros casos, seguir el hilo de las investigaciones... convertirte en un experto de una enfermedad









que no tiene cura y de la que solo existen tratamientos experimentales.

En el caso de Darío, acaba de recibir en el CAULE la primera dosis de un tratamiento experimental que se ha empezado a utilizar en Rusia con resultados muy prometedores. "No se trata de un tratamiento específico para la FOP, pero hay evidencias de que retrasa los síntomas. En España ha comenzado a aplicarse en León, a dos niños en Madrid y otro en Barcelona", explica Óscar.

El pequeño de dos años cuenta con la asistencia de un equipo multidisciplinar que abarca al Servicio de Pediatría del CAULE, el Hospital Ramón y Cajal de Madrid, así como el apoyo de diversas asociaciones de enfermedades raras como ALER (Asociación Leonesa de Enfermedades Raras) y ADERLE (Asociación de Enfermedades Raras de León), entre otras, que proporcionan información y asistencia extrasanitaria a los padres. En Asturias, la investigación liderada por Gonzalo Sánchez-Duffhues, a través del CSIC, abre nuevos canales a tratamientos que aborden la enfermedad y retrasen los síntomas. "Precisamente, el caso de la FOP es muy peculiar, porque a veces la formación de hueso es positiva. Nos consta, según nos han revelado en Asturias, que el Ejército estadounidense está investigándola para la regeneración de hueso en los soldados heridos", añade Óscar.

#### "POR DOS PULGARES DE NADA"

Desde que nació, Darío ha contado con el respaldo de las instituciones implicadas. Una enfermedad rara no abarca solo a la esfera sanitaria. Rodea todos los ámbitos de la persona, desde la faceta laboral, la escolar y la más íntima y familiar. Está presente en cada estrato de la vida. "Nos consideramos afortunados porque nada más salir del hospital ya teníamos cita con la Unidad de valoración y atención a personas con discapacidad de León. Desde el primer momento, Darío ha recibido Atención Temprana para ganar movilidad y fuerza", apunta Óscar.

A nivel educativo, el aula Crecemos del colegio de Pola de Gordón, al que acude el pequeño, se ha adaptado a sus necesidades. La clase se ha protegido para evitar los golpes y el Ayuntamiento de Pola ha incluido una persona de apoyo para Darío. "En nuestro caso, la gente se ha volcado. No tenemos más que palabras de agra-

decimiento hacia todos: los profesionales sanitarios, los médicos, el personal del CAULE, el colegio, todo el pueblo de Pola de Gordón se ha desvivido con nosotros... La enfermedad tiene un lado positivo y es que hace que la gente saque lo mejor de sí misma para ayudar", destaca el padre.

La familia ha creado la asociación "Por dos pulgares de nada", un nombre que procede de los juanetes típicos de la FOP y que se le ocurrió a una buena amiga, que se encarga también de las redes sociales. Los padres tienen claro que cada investigación es una batalla ganada para la esperanza. De hecho, desde que se conoció el caso de Darío han organizado numerosas carreras escolares, han tejido pulseras, diseñado un calendario solidario donde se han implicado los Bomberos de León y participado en numerosos actos que tienen como objetivo dar a conocer la FOP, conseguir visibilidad y fomentar la investigación.

De los fondos recaudados, una cantidad ya se ha entregado para financiar el proyecto que lidera Gonzalo Sánchez-Duffhues en Asturias. Esto significa que, durante dos años, el equipo investigador de Barcelona y Oviedo va a dedicar un 33% de su tiempo a encontrar un tratamiento contra la FOP. El resto de los fondos se destinarán a otras investigaciones muy esperanzadoras que se están llevando a cabo en otros laboratorios.

"El hecho de que la investigación avance nos ayuda, por supuesto, a confiar en la ciencia, pero sobre todo nos da mucha fuerza. Saber que hemos logrado todo esto desde un pequeño pueblo como Pola nos invita a pensar que podemos hacer mucho más. Toda la impotencia que sentimos cuando recibimos el diagnóstico se ha convertido en esperanza", señala Bea.

A Darío sus padres le llaman cariñosamente el pequeño astronauta. Cuando conocieron el diagnóstico, su amiga, los animó diciendo que no se preocuparan si no podía saltar ni correr: "él será astronauta porque en el espacio, sin gravedad, no importa que se caiga". La historia de Darío es la de todos los niños que se enfrentan a una enfermedad rara, una enfermedad invisible para la sociedad porque apenas existe. Los padres de Darío simbolizan la historia de esas familias que vencen, pese a todo, esa invisibilidad. Nuestro reto como sociedad es lograr que la investigación abra una puerta a la esperanza.







*“Los planes de cuidados están diseñados para prevenir y detectar estos problemas, proporcionando soluciones adecuadas o derivando al paciente al profesional correspondiente”*





# Renovando la Atención en Oncología Radioterápica

## La consulta de Enfermería del CAULE eleva los estándares de los cuidados

 CARLES LLUSÀ | CRISTINA MARCOS

La reciente iniciativa del Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE) en el ámbito de la oncología radioterápica se perfila como un cambio significativo en el cuidado de pacientes oncológicos. Con la contribución de Cristina Marcos, la consulta de cuidados de Enfermería en Radioterapia está enfocada en proporcionar un tratamiento más holístico y empático. Esta entrevista nos ofrece una mirada sobre cómo la consulta está enriqueciendo la experiencia de tratamiento, enfatizando en la atención personalizada y el apoyo integral a cada paciente.

### ¿PODRÍA EXPLICAR EN QUÉ CONSISTE LA NUEVA CONSULTA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE RADIOTERAPIA Y CUÁL ES SU OBJETIVO PRINCIPAL?

La nueva consulta de cuidados de enfermería de Radioterapia se centra en la atención de pacientes oncológicos sometidos a radioterapia, proporcionando una enfermera que les guía y acompaña durante todo el tratamiento. El objetivo principal es minimizar el impacto negativo del tratamiento y promover la independencia en los cuidados. Los pacientes requieren cuidados continuos, específicos y sistemáticos, aplicados de manera personalizada e integral, teniendo en cuenta que a menudo están involucrados en un complejo proceso de enfermedad y otros tratamientos como la quimioterapia.

La consulta ofrece educación y promoción de la salud, atendiendo a las necesidades físicas, emocionales y psicológicas de los pacientes. La enfermera experta presta una atención individualizada, detecta precozmente alteraciones derivadas de la terapia o enfermedad, y realiza un seguimiento continuo. También se aborda el impacto emocional, planificando cuidados para minimizar miedos y temores.

Como parte de un equipo multidisciplinar, la consulta busca ofrecer el mejor tratamiento posible, evitar complicaciones y lograr la recuperación del paciente. Los planes de cuidados individualizados diseñados al inicio del tratamiento permiten una atención integral, garantizando la calidad de los cuidados y facilitando la evaluación de los resultados.

### ¿CUÁL ES EL FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA?

La consulta de cuidados de Enfermería de Radioterapia incluye dos enfermeras en el turno de mañana (una

de ellas es la enfermera gestora de casos) y una en el turno de tarde. En la primera consulta, se realiza una valoración integral e individualizada de cada paciente, estableciendo un plan de cuidados y explicando los cuidados necesarios durante el tratamiento. Esta etapa también es clave para construir una relación de confianza con el paciente.

En las consultas semanales se revisan la tolerancia al tratamiento, el cuidado de heridas, la alimentación y se resuelven problemas planteados por el paciente. El rol de la enfermera gestora de casos es crucial, enfocado en optimizar y usar eficientemente los recursos, asegurando el acceso del paciente a lo necesario en el momento adecuado. Esta función implica una coordinación continua dentro del servicio y con otros servicios, tanto dentro como fuera del hospital, gestionando y coordinando ambulancias, trámites, y orientación para pruebas o tratamientos adicionales. La gestión abarca la coordinación con diversos servicios y profesionales, asegurando una atención individualizada y eficiente.

### ¿QUÉ INNOVACIONES O MEJORAS ESPECÍFICAS APORTA ESTA CONSULTA EN COMPARACIÓN CON LOS SERVICIOS PREVIOS DE RADIOTERAPIA?

La consulta de enfermería de Radioterapia ha introducido mejoras significativas en comparación con los servicios previos. Se ha adaptado a las cambiantes demandas de la sociedad, incorporando una metodología enfermera sistemática y estructurada para una atención más integral e integrada, lo que facilita la uniformidad en el trabajo y la evaluación de resultados. Además, se ha enfocado en un seguimiento continuo del paciente, poniendo énfasis en el autocuidado para una atención más personalizada y orientada al bienestar a largo plazo.

La gestión eficiente de los recursos y la coordinación de estos representa un cambio de paradigma importante, especialmente en un entorno de recursos abundantes pero costosos, donde es esencial su uso adecuado. Por último, la consulta ha fortalecido el abordaje emocional y psicológico del paciente, tratando no solo las heridas físicas sino también las emocionales, que tienen un impacto significativo en la vida del paciente. Los planes de cuidados están diseñados para prevenir y detectar estos problemas, proporcionando soluciones adecuadas o derivando al paciente al profesional correspondiente.

### ¿CÓMO BENEFICIA ESTA NUEVA CONSULTA A LOS PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA EN EL CAULE?

Como ya he dicho anteriormente, la implementación de la consulta de enfermería pretende proporcionar una atención integral al paciente y su familia, integrada en un equipo de trabajo. A través de la educación para la salud, proporcionamos información detallada sobre el tratamiento de radioterapia y sus posibles efectos secundarios, dotando así al paciente de los recursos necesarios para una participación activa en su autocuidado.

Por otro lado, consideramos fundamental centrar parte de la consulta en el apoyo emocional, reconociendo, por ejemplo, que la ansiedad es parte inherente al tratamiento de radioterapia, pero se puede gestionar y minimizar. No solo buscamos aliviar el impacto psicológico, sino que el apoyo emocional también puede contribuir a la adaptación del paciente al proceso terapéutico, con lo que el resultado siempre será mejor. Debemos recordar siempre que el paciente no es su enfermedad, sino una persona que la padece, y esto es fundamental en nuestra atención enfermera.

Como parte fundamental de la consulta, las revisiones periódicas sobre la tolerancia al tratamiento nos permiten una evaluación continua de la respuesta del paciente, lo que nos permite identificar precozmente cualquier problema potencial para poder actuar con celeridad.

### ¿PODRÍA DETALLAR EL PAPEL QUE JUEGA LA ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE RADIOTERAPIA Y CÓMO SE ADAPTA LA NUEVA CONSULTA A LOS DESAFÍOS CAMBIANTES DE LA MEDICINA?

En radioterapia, la enfermería juega un rol esencial en la valoración integral del paciente, la educación sobre el tratamiento y el apoyo emocional. Se enfoca en la vigilancia constante durante el tratamiento y el seguimiento posttratamiento para manejar efectos tardíos y nuevos problemas. La nueva consulta se adapta a los desafíos actuales integrando los cuidados de enfermería con avances científicos y tecnológicos, manteniendo una perspectiva holística y humanizada. La formación continua y la actualización en literatura científica son clave para aplicar las mejores prácticas, con un enfoque en la resiliencia y la flexibilidad ante los cambios en la medicina y la tecnología.

### ¿CÓMO SE INTEGRA ESTA CONSULTA CON OTROS SERVICIOS Y DEPARTAMENTOS DEL HOSPITAL PARA PROPORCIONAR UN TRATAMIENTO INTEGRAL?

La consulta de enfermería se relaciona y colabora de forma multidisciplinar, no limitándose exclusivamente a los servicios internos del Hospital, como radiofísica, oncología médica, farmacia, unidad de heridas complejas, entre otros. Además, establece vínculos con servicios esenciales como el Servicio de Ambulancias, la Gerencia de Asistencia Sanitaria, la Atención Primaria y la AECC, entre otros, para asegurar un cuidado integral que abarca los aspectos clínicos, emocionales, sociales y físicos, así como la gestión eficiente de recursos.

### ¿QUÉ FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN ESPECÍFICA HA SIDO NECESARIA PARA EL PERSONAL INVOLUCRADO EN ESTA CONSULTA?

El personal de enfermería a cargo de esta consulta debe recibir una formación específica para desempeñar sus funciones de manera competente y proporcionar una atención de calidad. Dentro de la formación y capacitación clave se incluyen aspectos como la radioterapia, el conocimiento de las distintas etapas de planificación del tratamiento, la gestión de efectos secundarios, la protección radiológica, las habilidades de comunicación e interpersonales, y el manejo del estrés y apoyo emocional.

### DESDE SU IMPLEMENTACIÓN, ¿QUÉ FEEDBACK HAN RECIBIDO DE LOS PACIENTES Y CÓMO PLANEAN UTILIZARLO PARA MEJORAR EL SERVICIO?

Desde su creación hasta la fecha, la implementación de la consulta ha generado un *feedback* positivo por parte de los pacientes, cuyas experiencias y percepciones son de suma importancia para nosotros. Pretendemos utilizar este *feedback* para modificar, ampliar y perfeccionar los cuidados que brindamos. En un futuro cercano realizaremos un análisis detallado de las respuestas de los pacientes, para identificar patrones y áreas específicas de mejora. Además, realizaremos sesiones de revisión interna para analizar estas observaciones y proponer soluciones acordes con las necesidades de los pacientes.

Este enfoque basado en la retroalimentación de los pacientes se alinea con nuestro compromiso con el paciente y creo que refleja nuestra dedicación para proporcionar un servicio de calidad adaptado a las necesidades individuales de cada paciente.

### ¿CUÁLES SON SUS PLANES Y EXPECTATIVAS PARA EL DESARROLLO Y EXPANSIÓN DE ESTA CONSULTA EN EL FUTURO?

Estamos trabajando para implementar nuevas herramientas digitales a través de aplicaciones móviles o plataformas en línea que proporcionen información personalizada, recursos educativos y herramientas de seguimiento para que los pacientes gestionen su salud durante y después de la radioterapia.

Además, en el marco de nuestras iniciativas de humanización del servicio de Oncología Radioterápica, estamos considerando incorporar terapias complementarias como la cromoterapia en los aceleradores lineales. Así, los pacientes podrán elegir entre distintas tonalidades en el acelerador durante su tratamiento, lo que contribuye a reducir el estrés y la ansiedad, promoviendo la calma y el bienestar.

En cuanto al desarrollo y expansión de la consulta de cuidados de Enfermería en Radioterapia, estamos orientándola hacia programas educativos actualizados, basándonos en la última evidencia científica y utilizando enfoques innovadores y recursos multimedia para mejorar la comprensión de los pacientes sobre su tratamiento y autocuidado.

## El latido del CAULE

📄 MARÍA JOSÉ PRIETO | MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ \_\_\_\_\_

Los voluntarios llevan unos chalecos con corazones de colores. Es el uniforme que les identifica, además de la ilusión y la sonrisa. Desempeñan una labor encomiable y altruista que se organiza y coordina desde la Unidad de Trabajo Social del CAULE.







En el año 2019 la Unidad de Trabajo Social del CAULE puso en marcha un programa de voluntariado con un grupo de voluntarios formados y supervisados por las trabajadoras sociales. La idea surgió al constatar la necesidad de contar con un sistema que permitiera ofrecer ayuda, apoyo y acompañamiento durante la hospitalización, durante los desplazamientos y las gestiones que se generan a lo largo del proceso de la enfermedad.

“Se trata de un programa pionero e innovador ya que habitualmente los grupos de voluntariado son gestionados por entidades privadas. No se conoce ninguna otra entidad sanitaria pública que tenga su propio voluntariado. Esto le convierte en un programa único, no solo a nivel de Castilla y León, también a nivel nacional. Somos el primer proyecto de estas características ofrecido directamente desde una entidad sanitaria de carácter público”, recalca María José Martínez, responsable de la Unidad de Trabajo Social del CAULE.

Con el fin de cubrir las carencias detectadas: soledad, falta de soporte familiar, cuidador principal mayor, padres trabajadores, escasa red social de apoyo, recursos económicos limitados, pacientes con edad avanzada, pacientes sin vinculaciones sociofamiliares... se plantearon que una intervención social adecuada y eficaz solo podía desarrollarse con la participación de la comunidad, ya que ella debe ser el motor de cambio.

En un primer momento desarrollaron un programa en el que esta cobertura era proporcionada por entidades externas que ya contaban con un programa propio de voluntariado. Tras unos años de experiencia, la Unidad de Trabajo Social del CAULE decidió poner en marcha un voluntariado propio y específico del Complejo Asistencial Universitario de León.

Actualmente, más de treinta personas realizan voluntariado en el complejo asistencial, personas que están dedicando su tiempo de forma desinteresada a los pacientes y sus familias, haciendo más llevadero para ellos el proceso de la enfermedad. El programa alcanza a todas las unidades de hospitalización y a las consultas externas de los diferentes servicios del CAULE; incluye el Hospital General, el Hospital Monte San Isidro, el Hospital Santa Isabel y los equipos de salud mental dependientes del servicio de psiquiatría.

“La tarea de los voluntarios es encomiable. Hay gente muy joven que es estupenda y tiene muchísimas ganas de ayudar, pero también hay voluntarios que tienen tiempo libre o están jubilados y quieren dedicar precisamente su tiempo a ayudar a otras personas”, señala María José. Las tareas que realizan son variadas, principalmente se dedican al acompañamiento, acompañamiento en las plantas de hospitalización, en consultas externas, en tratamientos a personas mayores solas y personas sin apoyo, o acompañamientos a



los pacientes de salud mental. En el Servicio de pediatría y en el Hospital Santa Isabel el voluntariado está más orientado al ocio y tiempo libre con los pacientes. Han participado también en la organización de un ropero, una biblioteca y un depósito de material ortoprotésico de préstamo.

Este programa pionero ha resuelto muchas demandas que estaban sin cubrir. "De hecho, nos consta que, tras la presentación a nivel de comunidad autónoma en la Consejería de Sanidad y la difusión a nivel nacional, han sido varios los centros hospitalarios que han contactado para ver la viabilidad de su puesta en marcha y extrapolarlo a otros lugares de nuestra geografía", señala la responsable de Trabajo Social.

El grupo de voluntarios, capacitado y con formación, actúa siempre bajo la supervisión de las trabajadoras sociales del CAULE. "Hay mucha gente que está sola, que no recibe ninguna visita, gente que tiene problemas psicológicos, o padres de niños hospitalizados que necesitan un apoyo porque trabajan... lo admirable es que estas personas dedican su tiempo de manera desinteresada a ayudar a los pacientes y sus familias", reconoce María José.

El proceso de selección de los voluntarios se realiza estrictamente desde la Unidad de Trabajo Social del CAULE. "Estamos ya en proceso para poner en marcha un convenio de colaboración con la Universi-

dad de León para que los estudiantes que quieran hacer voluntariado en el CAULE puedan obtener créditos en los estudios. Hay mucha gente joven que tiene ganas de ayudar", añade la responsable.

La labor del voluntariado en el medio hospitalario cubre un gran abanico de necesidades del paciente y no solo repercute positivamente en él, sino también en su familia, en los profesionales que lo atienden y en los propios voluntarios.

La atención sanitaria no es solamente la salud física, los síntomas de la enfermedad que afectan al paciente, sino que debe tener en cuenta los aspectos psicológicos y sociales derivados de la hospitalización.

### Cambios sociales

El aumento de las necesidades sociales detectadas para poner en marcha el programa del voluntariado se puede explicar por el cambio social que se está produciendo, la función de cuidado que ejercía la unidad familiar actualmente no es posible. Este cambio social, unido a las características propias de nuestro entorno (envejecimiento de nuestra población, la dispersión geográfica, rural, población envejecida, clima...), incrementa la demanda de asistencia y la necesidad de proporcionar una respuesta socio sanitaria.

Desde la puesta en marcha del programa, en total se han formado e incorporado al programa más de 50 personas voluntarias. Se han realizado cerca de 1000 intervenciones y se ha atendido a más de 150 pacientes.





## Navidad en el Caule

La Navidad llegó al Caule con un programa de actividades que tuvo como eje conductor la ilusión y la solidaridad. La llegada de los Reyes Magos arrancó una sonrisa a los más pequeños que con inmensa emoción abrieron los regalos de sus majestades. Pero no fueron los únicos personajes que se "colaron" en el hospital para repartir buenos deseos. La Tuna, dos espectáculos de magia, AbraCadabra y "León vive la Magia" de Ferny Tuboytapa, Piluca Danza con la Escuela Municipal de Música de León –apoyados por Alcles y sus obsequios a los pequeños– Papa Noel, escoltado por los moteros solidarios y las fuerzas de seguridad, cargado de regalos con la colaboración de Leclerc, los jugadores de la Cultural y los acordeones de la familia Núñez, se acercaron al Caule para repartir ilusión.

Asimismo, tanto la Tuna como el dúo de violín y teclado de la Escuela de Música ampliaron sus actuaciones a otras plantas del hospital, además de Pediatría. El Monte San Isidro recibió la visita de los jugadores de la Cultural y los Reyes Magos, donde destacó su belén, que protagonizó la felicitación de Navidad de este hospital. La programación navideña se extendió también a otras zonas del hospital, con exposiciones, como la del concurso de postales para los hijos de los trabajadores, en la planta baja, y la actuación del coro Vegazana en el salón de actos en la despedida a los jubilados.



### Los niños ingresados en el CAULE recibieron las "cartas encantadas" de los Reyes Magos

Los niños y niñas ingresados en el CAULE recibieron la carta de los Reyes Magos, gracias al proyecto solidario "cartas encantadas", un proyecto que surgió en 2017 de la mano de Carmen y Adriana, dos madres que lanzaron esta iniciativa "con la enorme ilusión de emocionar a los niños a través de nuestras cartas". Con parte de la facturación recaudada, crearon el proyecto solidario que consiste en donar cartas (kits) a "niños enfermos que no están pasando por su mejor momento".

Este año el CAULE se unió al proyecto solidario y recibió 50 kits que contienen: un diploma de buen comportamiento que se personaliza antes de entregar al niño, pegatinas navideñas y un dibujo de sus SS. MM. los Reyes Magos de Oriente para colorear. Todo ello dentro de un precioso sobre.







### La Tuna de la Universidad de León ronda a los niños ingresados en el CAULE

Un año más, y con la misma ilusión de año tras año, la Tuna de la Universidad de León, con el apoyo de su madrina, la Dra. Elena Bollo de Miguel, directora médica del Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE), acompañada de la subdirectora médica de servicios centrales, M.ª Dolores Ruiz de Villa, acudió a su cita con los más pequeños, rondando y llevando unos presentes a todos los niños y niñas ingresados en la planta de Pediatría. El personal de Enfermería y los voluntarios del CAULE contribuyeron a la organización y al desarrollo del evento.

Previamente, los tunos realizaron un recorrido por la planta baja del Hospital, despertando el interés de profesionales, pacientes y visitantes.

"Estamos muy contentos de contribuir a hacer más llevadera su estancia a los más pequeños, en estos días que además la Tuna de la Universidad de León cumple ya 20 años. 20 años desde aquel momento que la Tuna Universitaria, la Tuna de Derecho, la Tuna de Veterinaria y la Tuna de Agricultores decidieron unirse todas bajo el color de la Universidad de León, que se refleja en su beca verde; un proyecto ilusionante fruto de años de convivencia y hermanamiento", explicó Luis Miguel Alcoba García, 'Dinio', director musical de la Tuna de la Universidad de León y cirujano del CAULE.

"En esta época de unión con los que más queremos, familiares, amigos y también aquellos que, por su situación, más nos necesitan, se hace más fuerte dicho sentimiento, y la Tuna de la Universidad de León no duda en acudir a rondar a nuestros pequeños", añadió.



### Papa Noel llegó al CAULE acompañado de los Moteros Solidarios y las fuerzas de Seguridad

Los niños de la Planta de Pediatría del Hospital de León recibieron el 22 de diciembre, la visita de Papá Noel, acompañado de unos ayudantes muy especiales, miembros de la Asociación de Moteros Solidarios y de las Fuerzas de Seguridad. A las puertas del Hospital, fueron recibidos por el gerente, Alfonso Rodríguez-Hevia, y la directora de Enfermería, Ana Prieto, junto al jefe de Pediatría, Santiago Lapeña, y personal de este servicio. Ya en la planta de Pediatría, Papá Noel y sus ayudantes desataron la alegría de los niños y niñas ingresados, entre los que repartieron regalos y muestras de cariño.

El gerente del CAULE agradeció esta iniciativa a sus organizadores, la Delegación de Participación Ciudadana de la Policía Nacional de León y la Asociación de Moteros Solidarios. Además de la Policía Nacional, en el acto participaron representantes de la Guardia Civil y la Policía Local de León. Todos ellos expresaron su satisfacción por haber conseguido llevar "un poco de felicidad a los niños ingresados, a pesar de su situación".





### Los acordeones de Miguel Núñez y sus hijos Ismael y Daniella animaron la Navidad a los niños ingresados

Los acordeones de la familia Núñez, Miguel y sus hijos Ismael y Daniella, acompañaron a los niños y niñas ingresados en Pediatría del Hospital de León, junto a sus familiares y al personal de la planta. Los pequeños disfrutaron de un entrañable y completo repertorio navideño, aplaudiendo e incluso tocando las teclas junto a Miguel.

### La Cultural visita a los niños ingresados en la planta de Pediatría

En el marco de las fiestas navideñas, una representación del primer equipo, junto al responsable del Área Social, Goyo Chamorro, visitó el Hospital de León para hacer entrega de regalos a los más pequeños.

Rodri Suárez, Calderón, Bañuz y Álvaro Martínez fueron los representantes de la plantilla culturalista, que entregaron balones firmados y distintos regalos del club a los menores ingresados en la planta de Pediatría del Caule.







## Los Reyes Magos llegaron en ambulancia al Hospital de León

Directamente desde Oriente y cargados de regalos, los Reyes Magos, Melchor, Gaspar y Baltasar, llegaron al Hospital Universitario de León. Las tres ambulancias, cada una transportando a uno de los reyes y a su séquito, pararon en la puerta principal del Hospital a las 12.00 horas. Allí fueron recibidos por el gerente del CAULE, Alfonso Rodríguez-Hevia González, y por la directora médica de la Gerencia de Atención Primaria, Charo Vilorio, junto a miembros de los equipos directivos de ambas gerencias y trabajadores y numerosos niños y niñas, que recibieron las muestras de cariño de sus majestades. El acto estuvo amenizado con los villancicos ofrecidos por un grupo de empleados. A continuación, los Reyes entregaron un diploma acreditativo a los casi 40 participantes en los concursos navideños de postales de las Gerencias de Atención Primaria y Atención Especializada. Por parte de Atención Primaria, el ganador fue León Sánchez, y la finalista Vega Sánchez. Por parte de Atención Especializada, la ganadora fue Martina Llamazares y la finalista Valeria Cabrera. Los cuatro recibieron, además de sus diplomas, un premio consistente en un libro.

Los reyes también visitaron todas las plantas del Hospital, incluida la de Pediatría, donde llevaron regalos a todos los pequeños pacientes ingresados. La llegada de los Reyes estuvo organizada por Atención al Paciente y por el colectivo de celadores, junto a otros miembros del personal del CAULE.



## Los Reyes Magos no se olvidaron del Hospital Monte San Isidro

En su periplo por León y antes de protagonizar su gran cabalgata por las calles de la ciudad, los Reyes Magos quisieron tener un detalle con el sector sanitario y no se olvidaron del Hospital Monte San Isidro, que también forma parte del Complejo Asistencial Universitario de León. Al igual que en el Hospital Universitario de León, sus majestades recorrieron las plantas animando a pacientes y trabajadores, con quienes charlaron y tuvieron muestras de cariño.





# Humanización de la asistencia sanitaria

## Un paso adelante gracias a la iniciativa del Servicio de Medicina Preventiva

📄 MABEL LUNA MARVAL | MANUEL CORTÉS

“Déjame que te cuente... La Humanización en Asistencia Sanitaria”, una iniciativa del Servicio de Medicina Preventiva, ha ganado el concurso de buenas prácticas para la Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla y León. El doctor Manuel Cortés, médico del servicio, detalla en esta entrevista la importancia de proporcionar cuidados de manera solidaria, digna, con respeto, empatía, considerando sus decisiones y sus valores.

### ¿PODRÍA HABLAR SOBRE SU TRAYECTORIA PROFESIONAL?

Aun sin tener ningún antecedente en mi familia, me considero un médico vocacional. Desde niño, coincidiendo con un ingreso hospitalario prolongado de mi madre, solo quería ser eso para curarla. En tal empeño terminé la carrera, aprobé en su momento las oposiciones de Sanidad Militar, hice la especialidad que pretendía y acabé ejerciéndola en cuatro de los cinco continentes, incluso en escenarios realmente complicados (desde conflictos bélicos a catástrofes naturales). Tras pasar seis años en la Sección de Epidemiología del Servicio de Sanidad de León (con la pandemia de covid-19 de por medio), hace casi tres me incorporé a Medicina Preventiva del CAULE, donde actualmente desempeño mi labor. Aunque como preventivista participe en cualquier tarea propia del Servicio, tengo especial preferencia por aquellas relacionadas con la vacunación. También soy corresponsable del Programa de Higiene de Manos de nuestro Hospital.

### ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA?

Como seres humanos que somos, la humanización resulta fundamental en diferentes niveles de nuestra vida. Y entre ellos, por supuesto, la asistencia sanitaria, en el marco de procurar una mayor seguridad para el paciente. En su definición, consistiría en proporcionar cuidados al otro de manera solidaria, digna, con respeto, empatía, considerando sus decisiones y sus valores. Porque esa asistencia es un acto entre personas, porque la cercanía entre ellas facilita el proceso, mejorando la atención y el resultado final, porque en un momento dado, algún pequeño gesto de complicidad puede convertirse en la mayor medicina... Y eso, como sanitarios, lo sabemos.

### ¿EN QUÉ CONSISTE “DÉJAME QUE TE CUENTE...”?

“Déjame que te cuente... La Humanización en Asistencia Sanitaria” es una propuesta del Servicio de Medicina

Preventiva del CAULE que pretende conseguir los objetivos de esa Humanización a través de la palabra y, más concretamente, mediante sesiones de cuentacuentos. Y es que el cuento en sí ofrece muchas posibilidades: desde motivar, hacer reflexionar o simplemente entretener, hasta facilitar la transmisión de valores o mensajes preventivos.

### ¿CÓMO SURTIÓ LA IDEA DE ESTA INICIATIVA?

Dado que en los últimos años había utilizado los cuentos con tal fin en diferentes colectivos (alumnos de enseñanzas medias, mayores institucionalizados, mujeres con lactancia materna...), propuse en mi servicio la posibilidad de emplearlos también en nuestro día a día asistencial. La idea fue bien acogida, diseñando un programa que hemos empezado a desarrollar. Y así, con ese carácter preventivo, llevamos nuestros cuentos a pacientes de Psiquiatría, Pediatría, Geriátrica... y a muchos profesionales sanitarios, tanto del ámbito hospitalario como de la Atención Primaria.

### ¿QUÉ TIPO DE CUENTOS SE NARRAN EN LAS SESIONES?

En función de quién sea su destinatario y de aquello que en él queramos conseguir, elegiremos un cuento u otro. La mayoría son versiones adaptadas de relatos de otros autores, aunque también utilizamos propios. En todo caso, procuramos siempre que sean amenos, no demasiado largos, positivos, dentro de una escenificación atractiva... Y, en la medida de lo posible, que hagan sonreír.

### ¿QUÉ BENEFICIOS TIENE EL ACTO DE ESCUCHAR CUENTOS PARA LOS PACIENTES?

El poder terapéutico de la palabra resulta incuestionable y es tan antiguo como la propia historia de la humanidad. Escuchar cuentos, además de un entretenimiento o una forma de evasión, puede servir para ejercitar la memoria, estimular la imaginación y creatividad, fortalecer la atención, promover el autocono-



*“La asistencia es un acto entre personas, porque la cercanía entre ellas facilita el proceso, mejorando la atención y el resultado final, porque en un momento dado, algún pequeño gesto de complicidad puede convertirse en la mayor medicina... Y eso, como sanitarios, lo sabemos”*

cimiento, aumentar la sensación de bienestar, reducir tensiones, aliviar el dolor, establecer vínculos... así como para transmitir valores o ideas positivas. Y siempre sin restricciones de edad porque, parafraseando a ese otro médico cuentista llamado Jorge Bucay, “los cuentos sirven para dormir a los niños y, sobre todo, para despertar a los adultos”.

#### ¿CÓMO SE SELECCIONAN LOS CUENTOS PARA CADA SESIÓN?

Una vez establecida la población sobre la cual actuar, elegimos entre una batería de relatos aquellos que más faciliten la consecución de los objetivos propuestos. Otro tanto sucede con la escenografía que acompaña a cada uno. Así, por ejemplo, para abordar la aceptación de uno mismo narramos “Carmelo, un niño sin sombra”, de Fernando León de Aranoa... para afrontar la muerte de un ser querido, “Cartas al cielo”, de M.ª Pilar Moros... para trabajar la amistad, “El cielo y el infierno”, de Paulo Coelho... En todo caso, damos especial importancia a sorprender, no ser repetitivos, fomentar la participación, no parecer demasiado largos... Y, siempre que podamos, compartiendo ilusión.

#### ¿QUÉ IMPACTO HA TENIDO LA INICIATIVA EN LOS PACIENTES?

En principio, la aceptación de tal iniciativa está siendo muy favorable en cada una de las unidades/servicios en los que hemos intervenido. De hecho, muchos se sorprenden de su dinámica, de la forma que tenemos de llegar. También valoramos positivamente la implicación en su desarrollo del equipo directivo del CAULE y del personal de dichas unidades/servicios. Y es que la humanización de la asistencia sanitaria es, claramente, un objetivo de todos.

#### ¿QUÉ MENSAJE LE GUSTARÍA TRANSMITIR A LOS PACIENTES?

El mismo que les diría cualquiera de los personajes de cualquiera de mis cuentos: la suerte no está en lo que nos pasa, sino en cómo lo vivimos... Y que, como les indicaría otro, antes que optimistas (verlo todo desde una perspectiva favorable) preferiría que fueran positivos (extraer de cualquier realidad, por dura que sea, aquellos aspectos que nos puedan reforzar).

#### ¿ALGUNA ANÉCDOTA INTERESANTE?

Al concluir una de las sesiones de cuentacuentos realizadas en el Hospital de Santa Isabel, cierto oyente se nos acercó emocionado para darme las gracias porque

hacía mucho tiempo que nadie le contaba un cuento... ¡Y más uno que en esos momentos realmente necesitaba!

En otra ocasión, en el Servicio de Pediatría, una niña trató de convencernos con sus palabras de que esos cuentos que acababa de escuchar eran tan curativos como las medicinas: “Con ellos se te quitan los dolores, te encuentras más animada, te hacen sonreír... Y todo, ¡sin efectos secundarios!”.



### Manuel Cortés Blanco

ES MÉDICO, PSICÓLOGO Y ESCRITOR.


Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, licenciado en Psicología por la UNED, Máster en Drogodependencias por la Universidad de Barcelona, Máster en Salud Pública por el Instituto de Salud Carlos III, Máster en Epidemiología Aplicada de Campo por el Instituto de Salud Carlos III y Certificado en SIDA por la Universidad de Barcelona.

Actualmente, es facultativo del Servicio de Medicina Preventiva del CAULE.





El CAULE realiza el Contacto Piel con Piel Precoz en el 92% de los partos

 REDACCIÓN \_\_\_\_\_

Excluyendo las causas más frecuentes de contraindicación (anestesia general en cesáreas, partos prematuros de menos de 35 semanas y partos gemelares), en 2022 el Contacto Piel con Piel Precoz entre madre e hijo se realizó en el Hospital de León en el 91,92 % de los partos. En concreto, en el 92,95% de los partos vaginales y en el 86,22% de las cesáreas.



*“La evidencia actual refiere que la práctica del Contacto Piel con Piel Precoz (CPPP) entre la madre y el recién nacido tiene grandes beneficios para ambos”*

La evidencia actual refiere que la práctica del Contacto Piel con Piel Precoz (CPPP) entre la madre y el recién nacido tiene grandes beneficios para ambos. El CPPP consiste en colocar al neonato desnudo boca abajo -tapándole con una manta precalentada y cubriendo la cabeza con un gorro seco para evitar la pérdida de calor- sobre el torso también desnudo de su madre inmediatamente tras el nacimiento. En el recién nacido, reduce el estrés, mejora su adaptación cardiorrespiratoria, permite una mejor regulación de la temperatura corporal, disminuye el gasto energético y optimiza la adaptación metabólica con adecuado mantenimiento de los niveles de glucemia, entre otros beneficios. El contacto precoz ofrece además un impacto positivo en la lactancia materna, facilitando su establecimiento temprano y una mayor duración. El Contacto Precoz Piel con Piel también proporciona un efecto analgésico tanto para la madre como para el neonato, contribuyendo a una experiencia más grata del parto o cesárea para la madre y disminuyendo la incidencia de la depresión posparto.

Diversas organizaciones nacionales e internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), American Academy of Pediatrics (AAP), Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) recomiendan el Contacto Piel con Piel Precoz tras los partos vaginales y cesáreas siempre que las condiciones de madre e hijo lo permitan. En España, esta recomendación también está recogida en las Guías de Práctica Clínica sobre Atención del Parto Normal y de Lactancia Materna del Ministerio de Sanidad. La OMS y UNICEF identifican esta técnica como parte del proceso de apoyo a la lactancia materna en su Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN).

El CPPP está indicado en casos de madres y niños sanos en que no se prevean complicaciones relevantes: bajo riesgo obstétrico, partos vaginales, cesáreas programadas realizadas con anestesia regional, cesáreas en curso de parto no patológico y embarazos de más de 37 semanas de gestación.

El CAULE contabiliza desde 2014 en su estadística el Contacto Piel con Piel Precoz del recién nacido con su madre en el paritorio, si bien este comenzó a practicarse unos años antes, inicialmente con los partos eutócicos y después también en los que precisaban alguna instrumentación.

En el 2016 se creó un grupo de trabajo multidisciplinar para el desarrollo del protocolo de CPPP. En 2017 se redactó el primer borrador de este protocolo, en el que participaron los servicios de Ginecología y Obstetricia, Anestesiología y Reanimación y Pediatría, así como la enfermería especializada (matronas y enfermeras de pediatría) y técnicos en cuidados de enfermería. Ese mismo año se inició el Contacto Piel con Piel en las cesáreas.

Si excluimos las causas más frecuentes de contraindicación (anestesia general en cesáreas, partos prematuros de menos de 35 semanas y partos gemelares), en 2022 el Contacto Piel con Piel Precoz se realizó en el 91,92 % de los partos. En concreto, en el 92,95% de los partos vaginales y en el 86,22% de las cesáreas.

Además de las causas de contraindicación mencionadas, existen otros supuestos en los que no se realiza el CPPP, por ejemplo, nivel de conciencia materno disminuido debido a la administración de medicación sedante u otras causas, inestabilidad materna que requiera vigilancia estrecha o deseo expreso de la madre a no realizarlo. Tampoco se podrá llevar a cabo si el recién nacido precisa ingreso o estabilización inicial por parte de Neonatología o si encuentra dificultad para la adaptación a la vida extrauterina, así como en situaciones de exclusión parcial en las que se procederá a la valoración y/o reanimación del recién nacido, siendo la decisión final consensuada con el neonatólogo: líquido amniótico meconial, prematuridad moderada entre 35 y 37 semanas de gestación o peso inferior a los 2200 gramos.

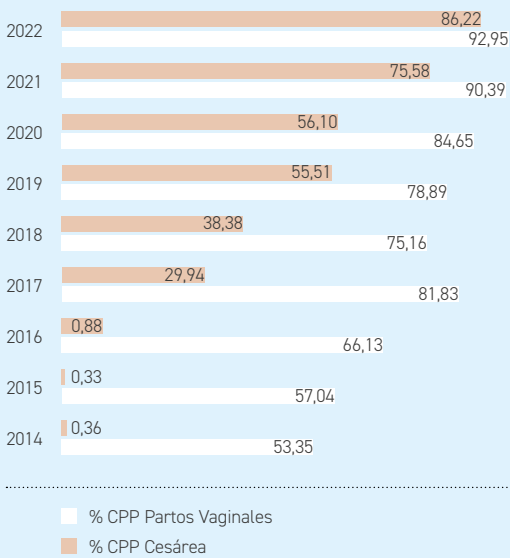
En líneas generales, el CPPP no se realizará en condiciones en las que el equipo médico (Tocología, Anestesiología y Neonatología) no lo considere conveniente por causa justificada.



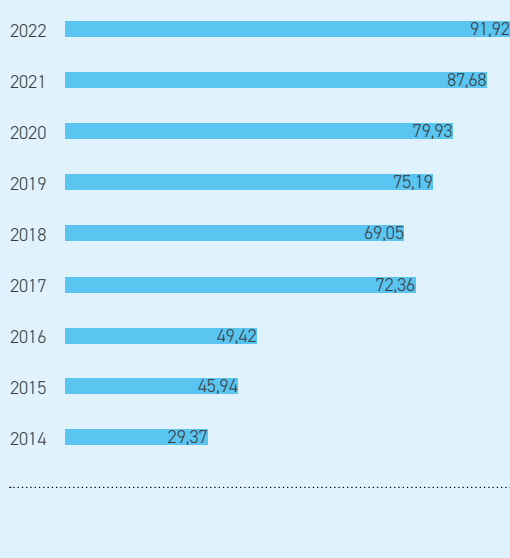
**MEJORA DE LA ATENCIÓN A LAS CESÁREAS**

Independientemente de las actualizaciones periódicas del protocolo CPPP, el Hospital Universitario de León ha seguido progresando en la atención a las cesáreas. Desde hace un año se cuenta en el quirófano de paritorio con paños quirúrgicos de cesáreas que permiten que la madre pueda ver al recién nacido cuando sale del útero y en el mismo momento en que se realiza el pinzamiento tardío del cordón umbilical. Asimismo, en 2023 también se puso en marcha una nueva medida que permite a los padres recibir al recién nacido, junto a los pediatras, en el antequirófano, una vez que a la madre se la practica la cesárea. A lo largo de 2024 se prevén nuevas medidas en este sentido dentro del proceso constante de mejora y actualización de la atención en las cesáreas.

**TASA CPP CESÁREAS Y PARTO VAGINAL EN EL CAULE**



**TASA GLOBAL CPP EN EL CAULE**



Las cifras muestran la estadística del CPPP excluyendo las causas más frecuentes de contraindicación (anestesia general en cesáreas, partos prematuros de menos de 35 semanas y partos gemelares).





La gestión de residuos es esencial no solo por una cuestión medioambiental, sino también para preservar las condiciones sanitarias de la ciudadanía. El CAULE se compromete a proteger la salud pública, prevenir riesgos de contaminación, cumplir con la legislación vigente y las responsabilidades sociales corporativas. Así, la gestión eficiente de residuos se convierte en un pilar fundamental para la sostenibilidad y bienestar general.

## Un CAULE sostenible

### El Complejo Hospitalario está comprometido en la disminución de la huella climática de su actividad.

Cada uno de nosotros, en nuestro día a día, generamos residuos. Incluso llegamos a sorprendernos, en muchas ocasiones, de la cantidad de desperdicios que podemos acumular. Piense ahora en esto y añada la gigantesca escala de un complejo como el CAULE, que atiende todos los días a un gran número de pacientes en 795 camas, 60 locales para consultas, 19 quirófanos, dos paritorios, 218 salas de radiodiagnóstico, 29 boxes de urgencia 16 camas de observación en urgencias. En cualquier hospital se producen cada día miles de toneladas de basura. Ni que decir tiene que, tras la pandemia, este problema ha aumentado.

Es deber de todos cuidar del medio ambiente. Lo es también de las instituciones. Para ello la gestión de los residuos es fundamental, no sólo por una sensibilidad ecológica sino también por nuestra propia salud. Así, esta tarea es de vital importancia dadas las repercusiones que conlleva para la salud, bien por el contacto directo con estos desechos, o bien por el importante impacto que producen en el medioambiente.

Para hacernos una idea de la magnitud de este impacto, el informe de la consultora ARUP de 2019 señalaba que la huella climática del sector salud equivale al 4,4% de las emisiones globales netas. Si este sector fuera un país, sería el quinto emisor más grande del planeta.

El Complejo Asistencial Universitario de León no es ajeno a esta cuestión acuciante. En ese sentido, el CAULE se suma a la carrera de alcanzar la meta de las emisiones cero. Se trata de un asunto de complicada resolución que tiene respuesta en pequeñas acciones como la escrupulosa separación de los residuos y el cambio de contenedores por reutilizables que, en 2022, ya representaban el 72%. Tal como afirma Ignacio Galán, subdirector

de Gestión, "es fundamental para proteger la salud pública, prevenir y minimizar los riesgos de contaminación, cumplir de forma segura con la legislación vigente de aplicación; así como con los compromisos de responsabilidad social corporativa establecidos".

#### EL COMPROMISO DEL CAULE

No es sencillo llevar a la práctica una declaración de intenciones tan ambiciosa. La multitud y variedad de los residuos generados por las diversas actividades desarrolladas en el Hospital es uno de los principales desafíos a los que se enfrenta. También están ahí como amenazas los riesgos de contaminación o contagio que se pudieran producir en su manipulación, traslado o tratamiento y, claro está, la diversidad de impacto medioambiental producido por los diferentes tipos de residuos generados.

Ante una labor de este calado cabe preguntarse ¿es viable reducir la cantidad de desechos originados por la actividad del CAULE? La respuesta de Galán es clara, "la disminución de la cantidad de estos residuos es posible mediante la implicación y compromiso de todos los actores del proceso". Para ello hay que comenzar en el punto de generación con sistemas de segregación y recogida adecuados. Es preciso utilizar procedimientos que eviten su acumulación y sistemas tanto reutilizables como aquellos que no causen un impacto en el medio ambiente.

Según incide el subdirector, "en el proceso de gestión de los residuos es vital la planificación inicial, los análisis exhaustivos y la aplicación de medidas concretas, así como la formación y el posterior seguimiento y ajuste. Otro aspecto muy importante es la motivación de todas las personas implicadas, para la creación del compromiso con el medio ambiente y sostenible en este campo".

Dentro de las medidas aplicadas está la realización de campañas sobre la clasificación de los residuos realizadas en coordinación entre el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, el Servicio de Limpieza y el adjudicatario del contrato de gestión y tratamiento de residuos. Otra iniciativa que contribuye al fin perseguido es la aportación de medios para la segregación adecuada de residuos, formada por distintos tipos de envases y embalaje, que se apoya en una codificación de colores. Se dispone para el uso diario de más de diez tipos de contenedores en tamaños y colores diferentes. Además de bolsas y sacos de plástico usados en función del tipo de residuo. En este proceso concienzudo y meticuloso también se tiene en cuenta la trazabilidad de los residuos del llamado Grupo III (contantes y punzantes, biológicos y líquidos de análisis clínicos) y del Grupo IV (que puede abarcar desde disolventes halogenados hasta pilas alcalinas). Para ello se identifica el lugar dónde se genera, el tipo de residuo y la fecha.

Con posterioridad llega el tiempo de los análisis de datos ejecutado de manera detallada mediante informes de cantidades, pesos, costes... Todo con un fin, "establecer pautas y estrategias para el control de la producción de residuos y la reducción de contenedores de un solo uso sustituyéndolos por contenedores reutilizables en los que se destruye el residuo generado. Esto permite reducir la huella de carbono", explica.

#### ¿QUÉ HACER CON LOS RESIDUOS PELIGROSOS?

Este empeño cobra pleno sentido al considerar que este Complejo, según estadísticas de hace un año, generaba aproximadamente 1.500 toneladas de residuos, de las cuales 309 eran catalogadas como peligrosas debido a su origen en disolventes, preparados químicos, desechos biosanitarios, así como equipos eléctricos y electrónicos retirados, pilas y acumuladores. La mayor parte de estos residuos peligrosos se originan en el laboratorio, el área quirúrgica y en anatomía patológica.

El conjunto de actividades descritas en el Plan General de Gestión de Residuos Sanitarios, y posteriormente ejecutadas, van encaminadas a minimizar los riesgos de accidentes y contaminación de cara a la protección de las personas, del entorno laboral y del medio ambiente.

De este modo, la recogida se lleva a cabo al menos una vez al día y hasta un máximo de cinco veces en cada planta, unidad o servi-

cio donde se produzcan. Un vertedero de almacenamiento está equipado con diversos contenedores. Además, se mantienen circuitos separados en áreas designadas como limpias y sucias, y los ascensores destinados a la evacuación de residuos son exclusivos para tal fin, sometiéndose regularmente a procesos de desinfección.

### Y ENTONCES LLEGÓ LA COVID

La pandemia mundial ocasionada la COVID-19 en 2020 ocasionó cambios a la hora de gestionar los residuos del Complejo Hospitalario. Para empezar, se adaptaron los sistemas de recogida en base al volumen y peculiaridades en los residuos generados por el SARS-CoV-2, poniendo a disposición sistemas y contenedores específicos, adaptando tareas, circuitos y sistemas de transporte intracentro, así como las propias tareas de limpieza.

Tras la crisis de sanitaria, la actividad de gestión se enfocó, como recuerda Ignacio Galán, en "combinar la recuperación de la actividad normal con la adaptación de los procedimientos en base a los cambios de los procesos asistenciales y al menor volumen de residuos COVID generado, manteniendo como prioridades la protección de la salud, y el modelo responsable y sostenible de gestión de residuos enfocado al reciclado, la reutilización y el adecuado y seguro tratamiento de residuos".

Como no hay mal que por bien no venga, la reactivación tras la pandemia ofreció una oportunidad para progresar en los compromisos de responsabilidad social corporativa establecidos en el Complejo Asistencial Universitario de León, profundizando en medidas ya adoptadas respecto al uso de determinados envases y embalajes reutilizables y su gestión a gran escala y la reducción definitiva de sistemas de envase y embalaje de un solo uso.

Además de esto se produjo un cambio en el uso y disponibilidad de EPIS utilizados por el personal que manipula estos residuos, lo que redundó en una mejora en la seguridad de las condiciones de trabajo del personal y también se adaptaron procedimientos específicos con el mismo objetivo de mayor protección al trabajador y al usuario del centro.

### EVALUAR EL ÉXITO

Es imposible progresar hacia una meta específica sin un control constante de las acciones que han de llevarnos hacia ella. En una labor tan determinante para el CAULE como la gestión de sus residuos resulta imprescindible, realizar un seguimiento

periódico de la correcta aplicación de los procedimientos.

El cumplimiento de las políticas ejecutadas en el Complejo Hospitalario se apuntala "a través de las acciones formativas y de motivación, impulsadas por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales con la programación cursos de formación y otras acciones formativas complementarias para al personal del CAULE, que se hacen directamente en los puestos de trabajo".

Respecto al personal de limpieza y de recogida y transporte de residuos, reciben cursos de formación específica en la limpieza y recogida de residuos en situación de enfermedades infecciosas, riesgos biológicos y positivos por COVID-19, estos cursos se imparten de forma presencial y se realizan en colaboración con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

### UN PERSONAL EN CONTINUA CAPACITACIÓN

¿Qué esfuerzos se hacen para sensibilizar al personal sobre la importancia de una gestión adecuada de residuos? Sin un esfuerzo en este campo es imposible mantener en el tiempo el éxito del CAULE en la gestión de residuos. Precisamente, se pone a disposición de este equipo hu-

mano el Plan general de gestión de residuos sanitarios, publicado en la intranet y las acciones formativas complementarias, que se hacen directamente en los puestos de trabajo.

A través de las acciones formativas y de motivación, impulsadas por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales se han llevado a cabo cursos de formación y otras acciones formativas complementarias para el personal del CAULE, realizadas directamente en los puestos de trabajo. También realizan un seguimiento periódico de la correcta aplicación de los procedimientos. El personal de recogida y transporte de residuos, a su incorporación al servicio recibe un curso específico, previo al inicio de su actividad, respecto a los tipos de residuos, segregación, colocación de pegatinas identificativas, circuitos seguros, medias preventivas etc. A todos estos trabajadores se les hace entrega del protocolo de Recogida de residuos; este protocolo se presenta con la finalidad de establecer unas bases de actuación que permitan homogeneizar los canales de recogida de residuos, a fin de minimizar y prevenir los riesgos y conseguir una calidad óptima y eficiente en la retirada de residuos intracentro.



### Un ejemplo internacional

Prueba del prestigio ganado por los profesionales del CAULE es la visita realizada, hace poco más de un año, por la dirección del Complejo Hospitalario Das Clínicas de Sao Paulo, dentro del programa desarrollado por la empresa concesionaria de los servicios de limpieza y de recogida de residuos peligrosos, para mejorar los procedimientos de trabajo en este campo.

Galán destaca que "estaban interesados en lo referente al control de la información y su análisis, obtenida en la digitalización de los procesos y tareas de limpieza, así como en la gestión de los residuos".

### La digitalización como herramienta

Durante los últimos años, el CAULE ha digitalizado e informatizado los servicios de limpieza y de recogida de residuos, mejorando su gestión y control, siendo una referencia en toda España. Para llevar a cabo esta labor, durante un año se crearon bases de datos que luego permitieron la implantación de este método de trabajo. Esas bases de datos contienen información sobre 1.000 unidades o zonas del hospital catalogadas como alto y medio riesgo, se definieron los servicios, los tiempos de actuación etc... De esta forma se ha conseguido un control efectivo sobre cerca de 500 habitaciones de pacientes, en todos los boxes de las unidades de UCI, REA, Hemodinámica, Coronarias, además de control sobre todos los quirófanos tanto de las zonas quirúrgicas como ambulatorias de consultas.



# Despedida a los jubilados

El Complejo Asistencial Universitario de León despidió y rindió homenaje a los 204 trabajadores que se han jubilado durante los años 2022 y 2023. El acto estuvo presidido por el delegado territorial de la Junta de Castilla y León, Eduardo Diego Pinedo, a quien acompañaron los gerentes de salud del Área de León, Francisco Pérez Abruña, y de Atención Especializada y director gerente del CAULE, Alfonso Rodríguez-Hevia González.

Los trabajadores recibieron una distinción y un obsequio y pudieron disfrutar de la intervención de los tres compañeros que pronunciaron discursos en su nombre, por parte del área de Gestión, Alfonso Prieto; de Enfermería, Pilar González, y Médica, Antonio Blanco. El delegado territorial y el gerente del CAULE también tuvieron unas palabras para los jubilados, a los que reconocieron su esfuerzo y desearon lo mejor en esta nueva etapa. El acto se cerró con la actuación del coro Vegazana.















**CENTRO ORTOPÉDICO  
JOSÉ AGUADO**

ORTOPEDIA TÉCNICO - COMERCIAL - SUMINISTROS MÉDICO-HOSPITALARIOS  
SOLUCIONES PROFESIONALES EN ORTOPEDIA TÉCNICA - SECCIÓN MASTECTOMIA

Avenida José Aguado, 32 - León • Tel. 987 204 953 - 619 07 07 91  
c.o.joseaguado@hotmail.com • Registro Sanitario nº 24-E-0073

SERVICIO TÉCNICO OFICIAL DE:



Yes, you can.®



*Cuidamos de  
tu salud visual*

 **federópticos  
San Agustín**

Plaza de la Inmaculada, 1  
24001 · León  
Tel. 987 24 26 41



**29<sup>III</sup>**

conduciendo  
tus ideas

  
Editorial MIC  
www.editorialmic.com





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**





# ¿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





