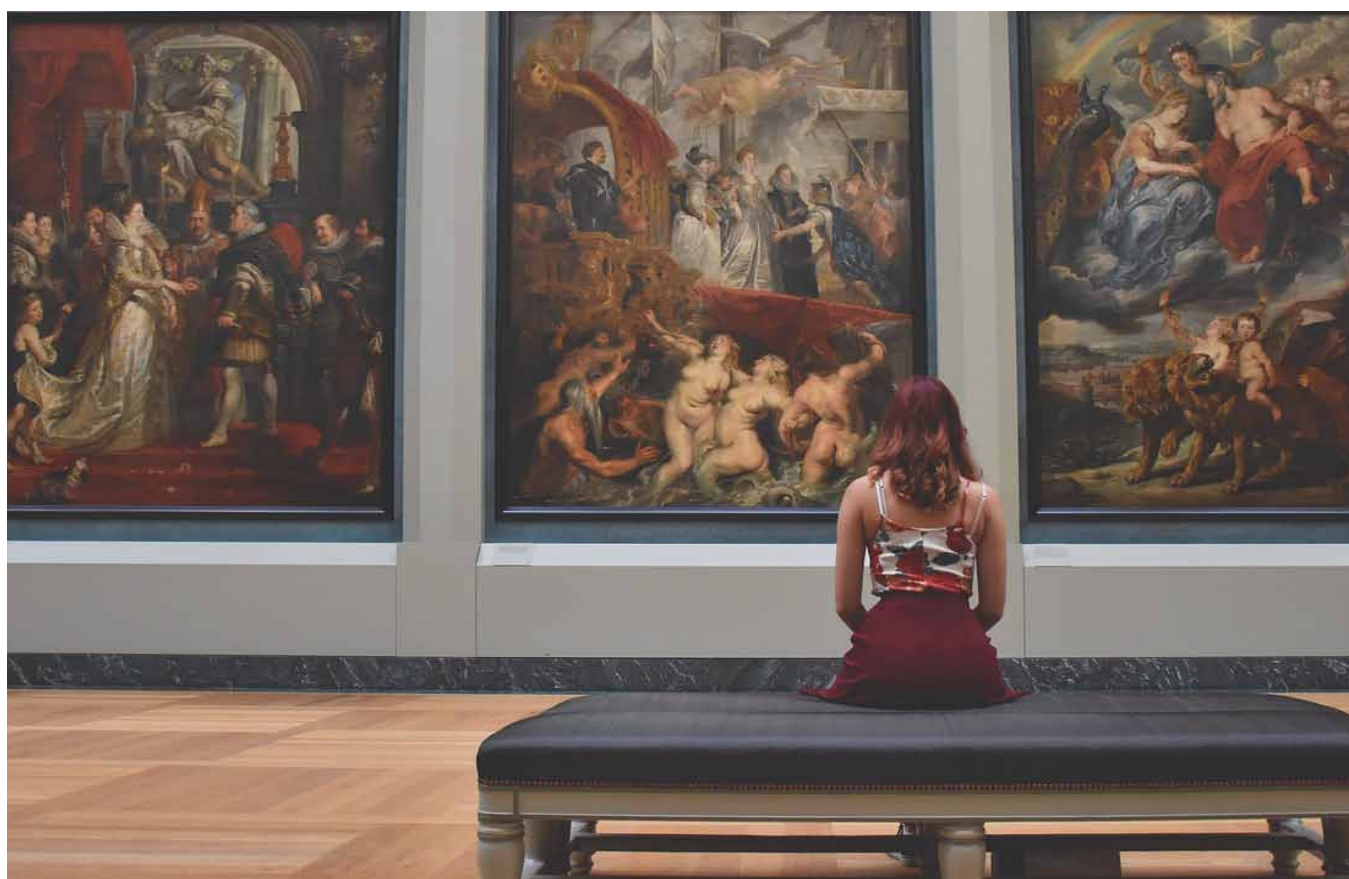




Abril 2023

# axis

Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid



*El ICOMVA celebra dos nuevos ciclos de "Encuentros en el Colegio"  
acercando el arte a nuestros colegiados*

## El Colegio al Día 4

- Actividades de la Junta Directiva
- Claves en: responsabilidad médica en el ICOMVA
- Hablamos de salud con: la Dra. Sonia Tamames
- Ciclo “Encuentros en el Colegio” con el Dr. Antonio Cortejoso
- VIII Jornadas de Endocrinología, Diabetes y Nutrición
- Ciclo “Encuentros en el Colegio” con D. Luis Alberto Calvo
- Jornada “Rehabilitación del suelo pélvico” en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Río Hortega

### CONSEJO EDITORIAL

**Presidente:** José Luis Almudí Alegre

**Vicepresidenta I:** Raquel Blasco Redondo

**Vicepresidenta II:** Rosa M<sup>a</sup>. Ibán Ochoa

**Secretario General:** Raúl de la Cruz Marcos

**Vicesecretario:** Alberto Verrier Hernández

**Tesorera:** Ana M<sup>a</sup>. Serrador Frutos

**Vocales:** M<sup>a</sup>. Isabel Gutiérrez Pérez

Mercedes Coloma Pesquera

Roberto Pesquera Barón

Rosa María Pérez Nava

Sergio García Collado

Jesús María Díez Rodríguez

Luis Jorge Teso Fernández

Benito Cortejoso Gonzalo

Guillermo Cabezudo Molleda

## Estudios 20

- Leche de burra como posible alternativa en pacientes alérgicos a leche de vaca.  
Por las Dras. Alicia Armentia, Blanca Martín-Armentia, Tania Galán, María-José Castro, Irene Albertos y Sara Martín y los Dres. José María Jiménez, Alfredo Corell, y Fernando Pineda

## Historia 26

- El hospital de La Piedad o del Obispo Lope Barrientos de Medina del Campo.  
Por el Dr. Carlos Vaquero

## Arte 30

- La senectud desde la Prehistoria.  
Por el Dr. Ciriaco Casquete.

Dirección, producción y edición de la revista:  
Elsa García García  
Colegio de Médicos de Valladolid.  
C/ Pasión 13, 3º.  
47001 Valladolid  
983.355.488/ 983.351.703  
www.medicosva.es  
ISSN: 1132-4678

Suenan los tambores que anuncian (una vez más) año electoral, y nos encontramos con los mismos problemas que aquejan a nuestro Sistema Sanitario sin resolver y con unas expectativas muy poco halagüeñas.

Mientras la Atención Primaria languidece sin soluciones a corto, medio o largo plazo, la Atención Hospitalaria sufre, como consecuencia de las carencias del primer nivel, una sobrecarga en las urgencias hospitalarias y, por los problemas estructurales y organizativos que padecen ambos niveles, un aumento de la demora en consultas externas, quirúrgicas y pruebas complementarias.

Todo esto nos lleva a un clima de insatisfacción en los ciudadanos, como nos indica el último barómetro sanitario del Ministerio de Sanidad y el CIS, y de descontento en los médicos, abriéndose una brecha entre ambos, ya que se ha pasado de los elogios y alabanzas, a las críticas infundadas.

El pasado 9 de marzo, organizado por la OMC, se celebró una Jornada Europea sobre agresiones al personal sanitario, donde se puso de relieve el notable incremento de las mismas durante el año 2022, que en el caso de los médicos supone un aumento del 38% sobre el año anterior.

Es difícil encontrar una explicación a todo esto, pero es indudable que, tras la pandemia, el nivel de ansiedad y exigencia ha subido en algunos grupos de población; y, aunque no hay un perfil definido del agresor, sí que coincide en la mayoría de los casos el factor de la reincidencia, ya que, como generalmente no pasan de los insultos, estos quedan impunes según el Código Penal.

Por último, animar a todos los médicos a conocer el nuevo Código de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC), que se presentó a finales del mes pasado y pueden encontrar en este número de AXIS.

Aprobado por la Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) en diciembre de 2022, surge como consecuencia de la adaptación ética y deontológica a nuestra realidad social.

Es el fruto de un profundo debate en la Asamblea General, que por la pandemia se ha prolongado casi seis años, y en el que se han tenido en cuenta más de 3000 aportaciones de colegiados, colegios provinciales y autonómicos.

El Código de Deontología Médica, es un elemento esencial para el ejercicio de la autorregulación, permitiendo mantener la confianza social mediante la transparencia, la aceptación y la corrección de errores o conductas inadecuadas y la correcta gestión de los conflictos.



Dr. José Luis Almudí Alegre  
Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid

## ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE FEBRERO A ABRIL

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
02 / 02	Participación Mesa Redonda: Identidad Trans y la nueva ley- sede de la Real Academia de Medicina y Cirugía	Rep Junta Directiva Vicepresidenta 1ª: Dra. Raquel Blasco Redondo
03 / 02	Asamblea de la Vocalía de Administraciones Públicas del CGCOM (Madrid)	Rep. Junta Directiva. Dr. Roberto Pesquera
07 / 02	Reunión Com. Evaluación Med. Titulares Interinos	Rep. Junta Directiva. Dr. Roberto Pesquera y Dr. Guillermo Cabezado
09 y 10 / 02	VIII Congreso Nacional de Ética y Deontología Médica (Sevilla)	Presidente: Dr. José Luis Almudí, y Secretario: Dr. Raúl de la Cruz
10 / 02	Asamblea de Médicos de Ejercicio Privado del CGCOM (Madrid)	Rep. Junta Directiva. Dr. Sergio García Collado y Dra. Rosa Mª Pérez Nava

**ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE FEBRERO A ABRIL**

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
11 / 02	Asamblea General del CGCOM (Sevilla)	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
11 / 02	Asamblea de Secretarios del CGCOM (Sevilla)	Rep. Junta Directiva. Dr. Raúl de la Cruz Marcos
17 / 02	Asamblea de Médicos Tutores y Docentes del CGCOM (Madrid)	Rep. Junta Directiva. Dra. Rosa M <sup>a</sup> Ibán Ochoa
21 / 02	Reunión Comisión Deontológica	Miembros Comisión
24 / 02	Asamblea de la Vocalía de Médicos de Atención Primaria Urbana del CGCOM (Madrid)	Rep. Junta Directa. Dra. Isabel Gutiérrez
01 / 03	Desayuno New Economy Forum-ForoSalud con Presidente CGCOM, Dr. Tomás Cobo	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre

## ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE FEBRERO A ABRIL

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
02 / 03	II Jornada sobre Formación Continuada	Rep. Junta Directiva Vicepresidenta II. Dra. Rosa M <sup>a</sup> María Ibán
07 / 03	Reunión del Pleno de la Junta Directiva	Miembros Junta Directiva
09 / 03	Pleno Extraordinario y urgente de la Junta de Gobierno del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de Castilla y León	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
14 / 03	Reunión Com. Evaluación Med. Titulares Interinos	Rep. Junta Directiva. Dr. Roberto Pesquera y Dr. Guillermo Cabezado
17 / 03	Pleno del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de Castilla y León (León)	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre

**ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE FEBRERO A ABRIL**

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
17 / 03	Asamblea de Médicos Jóvenes y Promoción del Empleo del CGCOM (Madrid)	Rep. Junta Directiva. Dr. Guillermo Cabezudo
28 / 03	Asamblea General Ordinaria Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de CyL (León)	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
28 / 03	Reunión Comisión Deontológica	Miembros Comisión
30 / 03	Reunión del Pleno de la Junta Directiva	Miembros Junta Directiva
30 / 03	Asamblea General de Colegiados ICOMVA	

## ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE FEBRERO A ABRIL

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
31 / 03	Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional (Madrid)	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
31 / 03	Asamblea General del CGCOM (Madrid)	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
11 / 04	Reunión Com. Evaluación Med. Titulares Interinos	Rep. Junta Directiva. Dr. Roberto Pesquera y Dr. Guillermo Cabezudo
12 / 04	Asamblea Conjunta de Médicos de AP Rural y AP Urbana del CGCOM (Madrid)	Rep. Junta Directa Dra. Mercedes Coloma y Dra. Isabel Gutiérrez
13 / 04	Asamblea de la Vocalía de Médicos Jubilados del CGCOM (Madrid)	Rep. Junta Directiva. Dr. Benito Cortejoso

## Las posibles consecuencias de las decisiones médicas: un repaso a la responsabilidad legal sanitaria

Conocer las consecuencias legales de algunas decisiones es fundamental a la hora de desarrollar la profesión médica, pero este es un campo a menudo desconocido para muchos de nuestros colegiados. Es por ello que desde el Colegio se organizaron, los días 18 y 25 de enero, dos jornadas en las que se abordaron algunos de los aspectos legales más comunes a los que pueden enfrentarse los médicos hoy en día.

D. Ignacio Boj y D. Javier Moreno fueron los encargados de ofrecer a los colegiados una visión práctica del panorama actual de la responsabilidad médica, tanto en la sanidad pública como privada, identificando vías de reclamación (administrativa y contencioso-administrativa, civil y penal), los motivos de demanda y condena, así como los principales riesgos legales de la actividad médica en la actualidad, con especial atención a los accesos

indebidos a la historia clínica y utilidades del aseguramiento de la responsabilidad médica.

Durante sus intervenciones abordaron dos bloques temáticos de especial interés: la historia clínica y sus usos, accesos y utilidades procesales; y el Aseguramiento de la Responsabilidad Civil Sanitaria.

En lo que se refiere al primer bloque, el relativo a la Historia Clínica, D. Ignacio Boj, Actuario y Abogado especialista en Responsabilidad Civil Sanitaria y Socio-Director de MBE Lega recordó a los asistentes que la Historia Clínica es un documento destinado a recoger la información relevante de la asistencia médica a los pacientes, y el principal elemento de prueba para la defensa de los profesionales en caso de reclamación. Es preciso que la HC esté cumplimentada de la forma más rigurosa posible ya que "lo que no está escrito no se puede defender" destacó.

Sin embargo, es frecuente encontrar todavía Historias Clínicas deficientes en lo que a la documentación de la asistencia se refiere o que no cumplen con los requisitos de información y consentimiento exigidos por ley.

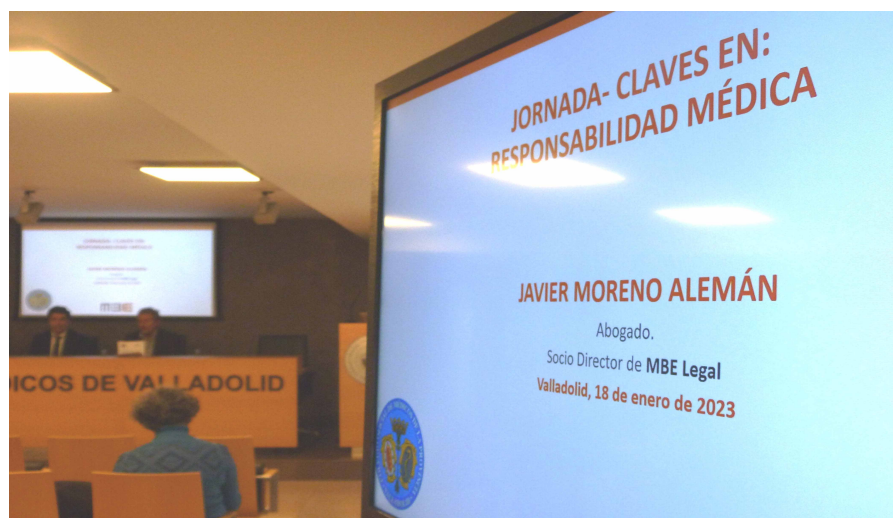
El riesgo al que se enfrentan los profesionales por accesos indebidos a las Historias Clínicas de pacientes con los que no mantienen una relación asistencial (con especial incidencia en el caso de compañeros de trabajo, exparejas, vecinos, personas famosas, etc.) es muy elevado. El mero acceso no justificado, aun cuando no se hayan difundido los datos, supone un delito penado en el Código Penal con hasta 4 años de prisión y 12 de inhabilitación absoluta.

Por esto, es importante recordar los siguientes aspectos:

a) Los profesionales sanitarios que atienden al paciente en cada momento tienen pleno derecho al acceso a su Historia Clínica.



El Dr. Roberto Pesquero, representante de los Médicos de Administraciones Públicas del ICOMVA; D. Ignacio Moreno, ponente de la primera jornada, y el Dr. José Luis Almudí, Presidente del Colegio



b) También pueden tener acceso otros agentes, como el personal administrativo del centro sanitario o la gerencia, para la realización de las tareas propias de su cometido, si bien debe modularse el tipo de datos a los que cada uno accede, para asegurar que sean los estrictamente necesarios.

c) Se puede acceder a la historia clínica con otros motivos, por ejemplo, de investigación o docencia, pero en ese supuesto, los datos deben ser anonimizados, salvo si existen motivos de salud pública.

Tras exponer las consideraciones a tener en cuenta en caso de pacientes menores de edad o fallecidos, D. Ignacio Boj repasó algunas de las recomendaciones de la AEPD, entre las que destacó que, antes de acceder a una historia clínica, un profesional sanitario debería hacerse, entre otras, las siguientes preguntas:

- ¿Necesitas acceder a esta historia clínica? Solo debes acceder si lo precisan los fines de tu trabajo.
- Recuerda que los accesos a la documentación clínica quedan registrados (incluyendo fecha y hora) y pueden ser auditados posteriormente.



El Dr. Almudí y D. Ignacio Boj momentos antes de empezar la segunda jornada

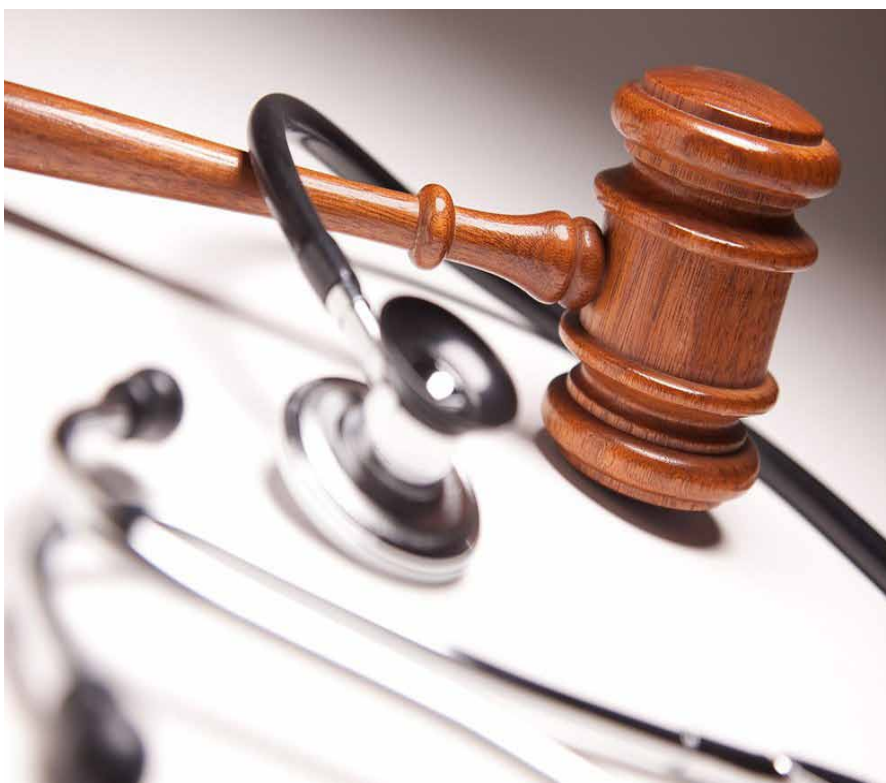
- No informes a terceros sobre la salud de tus pacientes, salvo que tengas autorización por su parte o una justificación lícita.
- Asegúrate de cerrar tu sesión en el ordenador antes de salir del despacho y no facilites a nadie tu clave y contraseña.

El abogado también repasó el Aseguramiento de la Responsabilidad Civil Sanitaria, “un ámbito en el que el número de reclamaciones y el importe de las indemnizaciones no ha dejado de crecer en los últimos años” señaló.

Además, recordó que el ejercicio de la medicina en el ámbito privado está sujeto a la contratación de un seguro de Responsabilidad Civil y que los servicios regionales de salud también cuentan con pólizas de seguros para cubrir la responsabilidad penal de sus profesionales y la patrimonial de la administración.

A pesar de lo anterior, el sector sanitario no cuenta con un baremo propio para la valoración del daño, por lo que se aplica con carácter orientativo el de automóviles. La entrada en vigor del nuevo baremo de tráfico en 2016 ha supuesto una crisis en el sector asegurador, así como un incremento significativo de las primas.

El abogado apuntó que, aunque con carácter general, los límites de indemnización de las pólizas son suficientes para hacer frente a las indemnizaciones que puedan presentarse, es aconsejable revisarlos periódicamente debido al incremento de las indemnizaciones que marca el nuevo baremo.



## El calendario vacunal de Castilla y León se convierte en uno de los más completos de toda España

El pasado 24 de enero se celebró, en el Colegio de Médicos de Valladolid, la jornada “Hablemos de Salud”, en la que la Dra. Sonia Tamames, Directora General de Salud Pública de Castilla y León, habló a nuestros colegiados sobre el calendario vacunal para toda la vida de Castilla y León actualizado a 2023.

Durante la misma, la Dra. Tamames y el Presidente del ICOMVA, el Dr. José Luis Almuadí, hablaron de la importancia de la salud pública en el contexto general y, más concretamente, del calendario vacunal de Castilla y León, “que es un reflejo de la apuesta por la salud pública que hay en esta Comunidad hoy en día”, apuntó la Directora General de Salud Pública de CyL.

El calendario que ha entrado en vigor el día 1 de enero de este año es el más completo de los existentes a nivel nacional y, probablemente, uno de los más completos de los países de nuestro entorno. “El motivo de haber dado este avance, tanto desde el punto de visto cuantitativo como cualitativo, es el deseo de ir incorporando la innovación a las prestaciones de Salud Pública al igual que

se incorporan a cualquier otro ámbito de la Sanidad”, destacó la Dra. Tamames.

El aspecto diferencial más destacado, con respecto al calendario básico que se propone desde el Gobierno Central, es el hecho de que en nuestra Región se propone una vacuna más, la del rotavirus. Esta vacuna, dependiendo de la marca escogida o recomendada, venía suponiendo un gasto de unos 200 euros por hijo para las familias que decidían administrársela con prescripción privada. El volumen de hogares que se hacían con ella rondaba el 70%, pero en Castilla y León se pretende que toda la población de niños de la Comunidad tenga acceso a esta vacuna independientemente de si las familias pueden hacerse cargo de este coste extra o no.

Castilla y León, además, invierte de nuevo en productos que aportan un valor añadido. Por ello, al referirse a las vacunas infantiles, se decantan por inyectas como la intranasal de la gripe, que será la que se utilice en edad infantil a partir del año que viene desde los 24 a los 59 meses, ya que evita pinchazos y tiene visos de ser una vacuna con una mejor efectividad.

En el caso de los adultos se está apostando por la vacuna antineumocócica conjugada de 20-valente, cuya conjugación le facilita al profesional sanitario poder utilizar una vía de presentación de inmunidad celular, que siempre es más duradera.

Además, hasta ahora, en Castilla y León se estaba utilizando la llamada pauta secuencial; es decir, se ponía en primer lugar una vacuna de 13 serotipos y, posteriormente, una de 23 para complementar los que faltaban. La de 23 era polisacárida y la de 13, conjugada. Con esta vacuna de 20 se consigue una protección similar a la de la pauta secuencial, pero con un único pinchazo; con lo cual, se facilita la logística, la captación y el conseguir las mejores coberturas posibles, así como disminuir el número de errores de administración.



También están contempladas en este calendario algunas vacunas cuyas indicaciones se contemplan a partir de los 60 años, como son las de la COVID y las de la gripe, “ya que sabemos que a partir de esa edad se produce un pico de inflexión en la probabilidad de que una infección respiratoria se convierta en grave”, explicó la ponente.

Afortunadamente, la mayor parte de la población de esta edad en Castilla y León (y en España en general) es una población sana con poca percepción de riesgo, por lo que “lo que pretendemos, precisamente, con las vacunas a esta sección de la población es que una infección respiratoria no dé al traste con esa buena salud”, apostilló la Dra. Tamames.

Por otro lado, existe otro pico clave en la vida vacunal de la población, que llega con los 65 años. Este es el momento idóneo para indicar tanto la vacuna antineumocócica conjugada como la vacuna del herpes zóster, que es otra de las vacunas que más se ha extendido a la población, ya que se vacunará de ello a las personas que hayan cumplido esa edad durante el 2022 y a los que vayan a alcanzarla a lo largo del 2023. “Lo hacemos así porque la epidemiología nos demuestra que el riesgo por enfermedad en el caso del herpes zóster se dispara a partir de los 65 años y, en el de la enfermedad neumocócica invasiva, también se agrava a partir de la misma edad”, puntualizó la antigua Jefa de los Servicios de Epidemiología del Sacyl.



El Dr. Almuadí, Presidente del ICOMVA, fue el encargado de presentar a la Dra. Tamames

## Diagnosticar con otra mirada: qué observar para encontrar enfermedad en el arte



El Dr. Antonio Cortejoso junto al Dr. Benito Cortejoso, coordinador de estos encuentros y representante de Médicos jubilados del ICOMVA

El pasado 26 de enero volvió al ICOMVA el Ciclo «Encuentros con el Colegio», una serie de jornadas en las que amigos del Colegio repasan aspectos curiosos de la ciencia y el arte con nuestros colegiados.

En esta ocasión, fue el Dr. Antonio Cortejoso Hernández, miembro de la asociación española de escritores médicos, quien acudió a nuestra sede para repasar varios de los cuadros más famosos de la historia “Con otra mirada”, enlazando con su ponencia el arte y algunas patologías médicas de sobra conocidas.

“Con esta charla pretendo que, a partir de ahora, los que nos dedicamos a la Medicina podamos ir a los Museos y ver en los cuadros algo más allá de la pura composición artística, del color o las luces”, explicó el Dr. Cortejoso, quien indicó a los asistentes cómo buscar en pinturas famosas enfermedades o lesiones obvias, “cosas que para un médico no pasan desapercibidas”.

“Con esta charla pretendo que aprendamos a mirar, a ver más allá del

propio cuadro. Diagnosticaremos esos cuadros sin necesidades de aparatos, TACs o radiografías. Se diagnosticará a ojo, como se hacía antiguamente”, apuntó. Las manos son un punto focal muy

importante en el que fijar la mirada si queremos distinguir algunas patologías fáciles de diagnosticar, como lesiones artríticas o lesiones de reuma. “Las tres gracias es un cuadro muy representativo del periodo barroco en el que se puede ver de forma muy clara, por ejemplo, una lesión en mano y una lesión en mama en dos de las tres mujeres que aparecen en la obra. Son dos lesiones bastante obvias que, seguramente, poca gente aprecie al mirar esta pintura”, señaló el ponente.

También la cara es un indicativo clave de la salud de los retratados, tal y como nos indica el Dr. Cortejoso. “En esta parte del cuerpo es sencillo distinguir signos de sífilis o indicativos de lesiones generalizadas como pueden ser, por ejemplo, la tuberculosis”. Algunos autores ya apuntaban a este tipo de señales en el arte al hablar de la “belleza tísica” para referirse al aspecto frágil o dulce de las modelos de cuadros mundialmente reconocidos, como ocurre con la protagonista de “El nacimiento de Venus” de Botticelli.



El nacimiento de la Venus de Botticelli

## La formación continuada en las patologías endocrinas, más necesaria que nunca

Las enfermedades endocrinas están experimentando un importante incremento de su prevalencia entre la población española, debido a causas de diversa índole, entre ellas la epidemia de obesidad y de desnutrición, el

envejecimiento de la población, pero también el efecto de los disruptores endocrinos. Este hecho hace que los profesionales sanitarios tengan que estar en constante evolución y fomentar dentro de la Medicina la formación continuada.

Con esta idea en mente, el Colegio de Médicos de Valladolid acogió, el pasado 2 de marzo, la primera de sus dos jornadas dedicadas a la "Actualización en Endocrinología, Diabetes y Nutrición de Valladolid". Como ya viene siendo costumbre, ya que esta es la octava vez que se organizan estas ponencias en el ICOMVA, se trató de dar una visión generalizada de algunas de las patologías ligadas a la Endocrinología y a la Nutrición y de los avances más representativos que han tenido a lo largo de los últimos años para que Atención Primaria y Especializada puedan aunar fuerzas a la hora de tratar patologías comunes en nuestras consultas.

Así, con la intención de acercar la Atención Primaria a esta especialidad, las primeras ponencias versaron sobre temas tan variados como "La acromegalia, ¿Qué debe saber el medico de primaria?", las alteraciones tiroideas durante la gestación, o el manejo de la obesidad en Atención Primaria.

Para impartirlas, nos acompañaron la Dra. Ana Ortola, La Dra. Esther Delgado García y el Dr. Juan José López Gómez, todos ellos, integrantes del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

La segunda jornada de estos cursos, dirigidos por el Dr. Daniel de Luis Román, Jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Clínico y Catedrático de Endocrinología y Nutrición en la Universidad de Valladolid, contó con otros tres ponentes versados en este servicio, como son la Dra. Emilia Gómez Hoyos, el Dr. Gonzalo Díaz Soto y la Dr. Beatriz Torres Torres, todos ellos médicos, también, del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Ellos abarcaron patologías como el cáncer de tiroides y la diabetes Mellitus tipo 2, y otros aspectos de la salud como el manejo de la disforia de género en la Atención Primaria.



El Dr. Juan José López Gómez, las Dras. Ana Ortola y Esther Delgado y el Dr. Daniel de Luis



Las Dras. Beatriz Torres Torres y Emilia Gómez Hoyos y el Dr. Gonzalo Díaz Soto

## D. Luis Alberto Calvo nos acerca al predecesor más desconocido de la obra de Pablo Picasso: la Minotauromaquia

El ciclo de “Encuentros en el Colegio” nos llevó, a finales de este invierno, de vuelta al mundo del arte. En esta ocasión, D. Luis Alberto Calvo Sáez, ex-presidente del Colegio Oficial de Veterinarios de Valladolid y actual presidente del Consejo General de Colegios Veterinarios de España (CGCVE), dio un repaso el pasado día 8 de marzo, a la historia de uno de los cuadros más desconocidos de Pablo Picasso: La Minotauromaquia.

Este vallisoletano, con formación artística en la escuela de Artes y Oficios Artísticos y de Grabado Calcográfico de nuestra ciudad, ofreció un repaso a una época de la vida de Picasso “tan productiva como atormentada”. “Esta obra no es de las más reconocidas del autor y, sin embargo, podría considerarse la edición previa al Guernica”, señaló D. Luis Alberto Calvo. “Casi todos los elementos presentes en la Minotauromaquia aparecen con posterioridad en la obra de 1937; algo que, quien conoce la obra de Picasso, no ve como extraño, ya que era un artista



La Minotauromaquia



D. Luis Alberto Calvo Sáez

tremendamente prolífico, con más de 20.000 obras a sus espaldas, pero muy obsesivo y repetitivo en sus elementos artísticos”.

“Justo antes de 1935, Picasso atravesaba una época especialmente difícil para él por la relación con sus mujeres”, explicó el ponente. En ese momento, tenía relación con cuatro mujeres al mismo tiempo y los conflictos personales con ellas le llevó a estar sin pintar casi un año. Tras este impasse, marcó su regreso al mundo del arte creando la Minotauromaquia, un aguafuerte con rascado, de factura perfecta, realizado en la primavera de mediados de la década de los 30.

### La Minotauromaquia

Es una obra de difícil interpretación simbólica y una síntesis de toda una serie de obras en torno al mito del Minotauro. Los personajes principales son una joven

sosteniendo una vela y un ramo de flores, confrontando a la bestia con expresión serena; un gran minotauro en el centro de la composición; una mujer torera (que sugiere como modelo a Marie-Thérèse Walter, con quien Picasso mantuvo una relación de años), herida, con los pechos descubiertos, desplomándose de la grupa de un caballo; en la parte izquierda, un hombre subido a una escalera, barbudo y medio desnudo, en actitud de huir; y en la parte superior, dos jóvenes mirando la escena desde una ventana.

Los años 30 son una época de gran producción gráfica picassiana. Además de La minotauromaquia, destacan los cien grabados que componen la Suite Vollard, la serie de grabados realizada por Picasso entre 1930 y 1937, cuya temática gira en torno a cinco grupos: «La violación», «El taller del escultor», «Rembrandt», «Minotauro» y «Minotauro ciego».

## El suelo pélvico en los Servicio de Rehabilitación: ese gran desconocido

Cuando se menciona un servicio de Rehabilitación de un hospital, la mayoría de la gente tiende a imaginar lesiones físicas limitantes como las derivadas de accidentes de tráfico, operaciones severas o daños cerebrales. Pero no la rehabilitación del suelo pélvico.

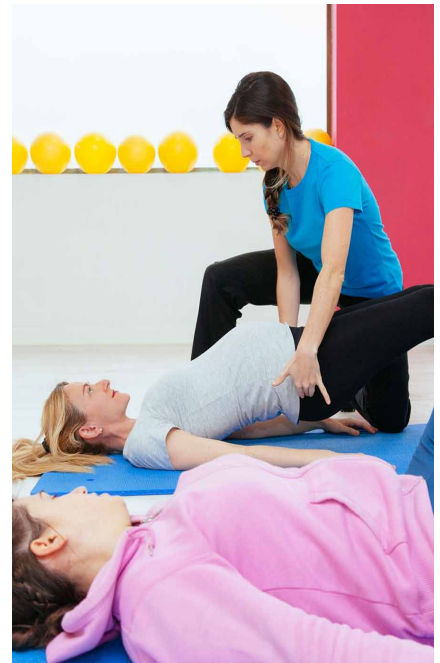
“Muchos médicos desconocen que ofrecemos este tipo de ayuda”, indica la Dra. Pilar Bermejo de la Fuente, especialista en Medicina Física y Rehabilitación del Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid y coordinadora de la Primera Jornada celebrada en el Colegio de Médicos sobre “La rehabilitación del suelo pélvico para Atención Primaria”.

Para solucionarlo, el pasado 27 de marzo acudieron a la sede del ICOMVA, además de la Dr. Bermejo, la Dra. Reyes Maestro de la Rosa, LEA en Medicina Física y Rehabilitación del Servicio de Rehabilitación del HURH; el Dr. Dr. Emilio José Barajas Sánchez, Jefe de Servicio de Rehabilitación y Medicina física del Hospital Clínico Universitario de Valladolid; la Dra. Elena González Avedillo, LEA

en Medicina Física y Rehabilitación del Servicio de Rehabilitación del Complejo Asistencial Universitario de Palencia; la Dra. María Isabel Gutiérrez Pérez, Médico de Familia en el C.S. Gamazo y Presidenta del SocalemFYC, además de Profesora asociada Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid; y Dña. Henar Agustín del Río y Dña. Elisa Mora Pérez, Fisioterapeutas del Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Río Hortega.

Todos ellos acudieron con la intención de aconsejar y ofrecer pautas a los asistentes para conocer las disfunciones del suelo pélvico y su impacto en la calidad de vida, recordar la anatomía y fisiología del suelo pélvico, identificar las causas que pueden provocar patología del suelo pélvico y su prevención, conocer medidas conservadoras básicas de aplicación en atención primaria y discriminar a los pacientes que son subsidiarios de abordaje especializado.

Para ello, ofrecieron charlas acerca de las disfunciones del suelo pélvico en Atención Primaria; la Anatomía y Fisiología del suelo



pélvico y los mecanismos de continencia, los factores de riesgo en disfunción del suelo pélvico, la valoración del suelo pélvico en consulta de RHB, las medidas higiénico-dietéticas y el tratamiento farmacológico, así como el tratamiento en la sala de fisioterapia y los criterios de derivación a atención especializada.

“Nosotros somos la primera línea para tratar algunas lesiones de suelo pélvico que no remitan gravedad”, apuntó la Dra. Bermejo, “pero este hecho no se les indica correctamente a veces a los compañeros de Primaria que tienen a derivar a esos pacientes, directamente, a Ginecología, Urología o Cirugía”.

A este servicio se pueden derivar los prolapso leves, las incontinencias de poca evolución, las no asociadas a priori con una infección o tumor importante, por ejemplo. “Está comprobado que, con rehabilitación, este tipo de casos mejoran casi en su totalidad en mayor o menor medida”, apuntó la coordinadora del curso, quien animó desde este curso a todos los Médicos de Familia a informarse sobre su servicio.



De izquierda a derecha: las Dras. Gutiérrez, Mora, Bermejo y Agustín, el Dr. Barajas, y las Dras. González y Maestro

## La Organización Médica colegial presenta el nuevo Código de Deontología

El pasado 30 de marzo se presentó, en un acto celebrado en el Congreso de los Diputados que ha contado con la participación del nuevo ministro de Sanidad, D. José Manuel Miñones; la vicepresidenta segunda de la cámara baja, Dña. Ana Pastor; la presidenta de la Comisión de Sanidad de esa misma cámara, Dña. Rosa Romero; y el presidente del Consejo General de Médicos, el Dr. Tomás Cobo; el nuevo Código de Deontología Médica, que sitúa a la profesión médica española a la vanguardia en el mundo con un texto que, además de adaptarse a los cambios sociales y científicos de los últimos años, recoge nuevos ámbitos de la Deontología hasta ahora inéditos.

Así, incluye nuevos capítulos en el que se regulan aspectos deontológicos novedosos como la telemedicina, los médicos y las redes sociales, la seguridad del paciente, las grandes bases de datos sanitarias y la inteligencia artificial aplicada a la Medicina, entre otros.

Este código, aprobado por la Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) en diciembre de 2022, surge como consecuencia de la adaptación ética y deontológica a nuestra realidad social.

Es el fruto de un profundo debate en la Asamblea General, que por la pandemia se ha prolongado casi seis años, en el que se han tenido en cuenta más de 3000 aportaciones de colegiados, colegios provinciales y autonómicos.

Este Código de Deontología Médica es un elemento esencial para el ejercicio de la autorregulación, permitiendo mantener la confianza social, mediante la transparencia, la aceptación y corrección de errores, conductas inadecuadas y una correcta gestión de los conflictos.

El ministro de Sanidad, D. José Manuel Miñones, aseguró durante la presentación de este código que se trata de “una de las herramientas más útiles para la práctica clínica de miles de profesionales, a

quienes dota de seguridad para el ejercicio de su profesión”.

Por otra parte, Miñones destacó los conceptos que más se mencionan en el Código: respeto, seguridad, responsabilidad y lealtad: “Este Código nos ayuda a entender mejor vuestra vocación de servicio a las personas, define lo que es la Medicina y nos da la oportunidad de comprender el valor social de vuestra profesión. Sois su mejor garantía”, brindó a los médicos presentes durante el acto.

Por último, finalizó su intervención reconociendo “el desarrollo profesional y la profunda sensibilidad con la que los médicos afrontáis cada día vuestra práctica”. “Suponéis, sin duda, el patrimonio de mayor valor del conjunto de la sociedad”, concluyó, según recoge la web Médicos y Pacientes.

Por su parte, el Dr. Cobo, resaltó que “este nuevo Código se alinea con los tres principios universales que hoy reconoce la medicina: el principio de primacía del bienestar del paciente, el principio de autonomía del paciente y el principio de justicia social” antes de finalizar destacando “si hay algo unánime en este documento es que solo busca hacer el bien, y hacerlo dentro de las leyes que emanan de esta casa”.

Pueden consultar el código completo escaneando este QR:



El Dr. Cobo, Dña Ana Pastor, D. José Manuel Miñones y Dra. Rosa Romero



## Se disuelve la Sección Colegial “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro”

El 30 de marzo, la Asamblea General del Colegio de Médicos, a propuesta de la Junta Directiva, aprobó la disolución de la Sección Colegial Femenina “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro” tras la realización de una auditoría para evaluar el funcionamiento de dicha sección. Tras estudiar las conclusiones del informe y debatir sobre estos hechos, la Asamblea General del ICOMVA aprobó la disolución de esta sección. Los fondos fueron transferidos a la Tesorería del Colegio con el fin de continuar con la organización de los servicios y actividades que hasta este momento llevaba a cabo la Sección del Perpetuo Socorro, incluso ampliando la oferta, por parte del Servicio de Trabajo Social del ICOMVA. Como consecuencia de la disolución de la sección colegial, se suprime la cuota anual asociada a la misma, de carácter obligatorio para sus integrantes y voluntario para los colegiados. Por tanto, la última anualidad es la correspondiente al año 2022, ya abonada, no habiendo lugar a nuevas emisiones de cuotas por este concepto.

El propósito de la Junta Directiva es recuperar el espíritu con el que se creó la

sección colegial en el año 1971: mantener el vínculo de los integrantes del núcleo familiar de los colegiados fallecidos con el colectivo médico de la provincia y prestarles apoyo, desde un punto de vista social, estudiando y tratando de dar respuesta a sus necesidades, dentro de las posibilidades de acción del Colegio de Médicos, con un modelo de gestión directa por parte de la propia Junta Directiva y ejecutado por el servicio de Trabajo Social del ICOMVA.

Desde este momento, se amplía la cobertura de estas acciones, que únicamente incluía a viudas y huérfanas solteras, incorporando también a los viudos y huérfanos; de manera que quedan incluidas viudas y viudos (que no hayan contraído nuevo matrimonio ni constituido formalmente una nueva pareja de hecho tras el fallecimiento del colegiado) así como huérfanos y huérfanas, hasta los 21 años de edad. Este colectivo podrá contar con la atención del servicio de Trabajo Social del ICOMVA siempre que lo requiera y, además, podrá participar en todas las actividades de carácter social y cultural (viajes, asistencia a eventos culturales, competiciones deportivas,

campeonatos de juegos de mesa, etcétera) que se organicen por parte del ICOMVA.

Igualmente, podrán inscribirse a las actividades formativas de carácter general (tales como idiomas y talleres de artes plásticas, entre otras), así como a las dirigidas a grupos concretos (como “envejecimiento activo” o grupos definidos por edades).

Los miembros del colectivo que así lo deseen podrán adoptar un papel más activo, proponiendo, promoviendo y participando en la organización de actividades que consideren de interés tanto para el propio colectivo como para todos los miembros de este colegio. Para ello, podrán realizar sus propuestas al servicio de Trabajo Social del ICOMVA para su posterior estudio por parte de la Junta Directiva.

Se informa, finalmente, que el contenido de la auditoría está disponible para su consulta por los colegiados y los integrantes de la disuelta sección colegial, previa solicitud, en las oficinas colegiales. El acta de la Asamblea General podrá consultarse a partir del momento de su aprobación en la próxima Asamblea General, previa solicitud.

## FORMACIÓN ESPECIALIZADA ÁMBITO SANITARIO

### MÁSTER ONLINE EN CUIDADOS PALIATIVOS

La dilatada trayectoria del Máster, el equipo académico/profesional y multidisciplinar que lo imparte y la opinión de los más de 2.000 alumnos ya titulados en este Máster son garantía de excelencia. Obtén una experiencia académica excelente y herramientas para un mejor desempeño de tu actividad profesional.

60 ECTS 100% ONLINE 24/10/2023 [www.paliativos.es](http://www.paliativos.es)

### MÁSTER ONLINE EN PSICOONCOLOGÍA

TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS EN PSICOONCOLOGÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS: APLICACIONES A LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

Un Máster centrado en el cáncer como modelo de enfermedad grave que amenaza la vida de una persona; se caracteriza por su formato práctico y aplicado, y por ser una eficaz palanca de aprendizaje de numerosas herramientas que van dirigidas a optimizar y humanizar el cuidado del enfermo grave y a aumentar el bienestar y la satisfacción de los profesionales sanitarios.

60 ECTS 100% ONLINE 07/11/2023 [www.psicooncologiapaliativa.es](http://www.psicooncologiapaliativa.es)

SOLO HASTA EL  
30 DE ABRIL  
250€  
DESCUENTO

## MOVIMIENTO COLEGIAL/ de enero a marzo

### ALTAS

Delgado Palacios, María Paz	Traslado de Burgos	Soto Álvarez, María Isabel	Traslado de Salamanca
Segoviano Pajares, M. <sup>a</sup> Lourdes	Traslado de Palencia	Calleja Carbajosa, Marta	Traslado de Palencia
Nava Gutiérrez, Amy Cristina	Traslado de León	Varela Pelarda, Olga	Traslado de Segovia
López Tatis, Myriel Mayelinne	Traslado de Salamanca	García de Ribera, María Cristina	Traslado de Burgos
Díaz González, Alba	Traslado de Madrid	Acebal Arranz, Carlos	Alta
Yañez González, Raquel	Traslado de Zamora	Esclapés Luelmo, Paloma	Alta
Burgueño Sanchez-Taiz, Eduardo	Traslado de Cádiz	Quiñones Arroyo, Gladys Helena	Alta
Arévalo Pardal, Angela María	Traslado de La Rioja	Fuentes Quiroga, Jhon Kevin	Alta
Miranda Muro, Ana	Traslado de Segovia	Neves Soares, Pedro Guilherme	Traslado de Málaga
García Álvarez, Irene	Traslado de León	Medina del Valle, Andrea	Traslado de Guipúzcoa
Villa, Andrés Miguel	Alta	Pérez Martínez, Inés	Traslado de Murcia
Ziliani Navas, Albert José	Alta	Crespo López, Enrique	Traslado de Palencia
Báez Barua, María Soledad	Traslado de Barcelona	Peña Pradel, Nils Raúl	Traslado de Madrid
Garzón Ruiz, Jesús	Traslado de Palencia	Severino Vargas, Mayra Lorena	Traslado de Valencia
Ruiz Gómez, Francisco Asis	Traslado de Cuenca	Sánchez del Hoyo, Cristina	Traslado de Palencia
Gracia Urruzola, Fernando	Traslado de Asturias	Werner, Julia	Alta
Ramajo Ferrero, José Manuel	Traslado de Asturias	Martínez Balcázar, Laura Natalia	Alta
Fernández Ovalle, Hilda	Traslado de Cantabria	Cano Zamora, Luisa Fernanda	Alta
Mera Sanz, María del Carmen	Traslado de Palencia	Montero Sanz, Iñigo María	Alta
Pérez Sánchez, Lorenzo Ismael	Traslado de Segovia	Ruiz de León, Daniel Mauricio	Alta
Rodríguez Lopez, Irene	Traslado de Sevilla	Picón Jaimes, Yelson Alejandro	Alta
Rubio del Val, María del Carmen	Traslado de Madrid		

## MOVIMIENTO COLEGIAL/ de enero a marzo

## BAJAS

Silvestre Cristóbal, Lucia Amelia	Traslado a Palencia
González Rodríguez, Alejandro	Cese (Coop. Internacional)
Miguel Peña, Aleida	Traslado a Ávila
Alonso Rodríguez, María Carmen	Traslado a Asturias
Barra Valencia, Esther	Traslado a Madrid
García Atares, María Natividad	Cese
Vallés Urriza, Pablo	Traslado a Cantabria
López Mongil, Rosa María	Traslado a Málaga
Arnold, Román Josef	Traslado a Cantabria
Montoya García, Claudia Fiorella	Traslado a Burgos
Crespo Sedano, Andrea	Traslado a Palencia
Mora Cuadrado, Natalia	Traslado a Ávila
Sánchez Refoyo, Flor de Luz	Traslado a Palencia
Nava Gutiérrez, Amy Cristina	Traslado a Palencia
Garabito Solovera, Esther Leticia	Traslado a Palencia
Fernández de los Muros Mato, Jennifer	Traslado a Palencia
López Gálvez, María Isabel	Traslado a Asturias
Fraile Astorga, Garazi	Traslado a Segovia
Gómez García, Ana	Traslado a Salamanca
Cornejo Mazzuchelli, Ana	Traslado a Madrid

Sevilla Redondo, María Gloria	Traslado a Palencia
Sánchez Langreo, Alba	Traslado a Madrid
Escribano García, Carla	Traslado a Álava
Peñalba de la Fuente, Isabel	Traslado a Palencia
Sánchez Fernández, Juan Manuel	Traslado a Cáceres
González-Pinto Fontán, Verónica	Traslado a Vizcaya
Benito Benito, Ana	Cese Actividad
Garrido Báez, Belén	Traslado a Madrid

## FALLECIMIENTOS:

Torres Martínez, Jenice
Garces de los Fayos Ruiz, Víctor
Vara Castrodeza, Alejandro
Rivera Benito, Lucinio
Galiana Castilla, Carmen
de Vargas Lecea, José Feliz
Peña Peña, Jorge
Álvarez Sánchez, Emilio
Formoso Nieto, José

## Leche de burra como posible alternativa en pacientes alérgicos a leche de vaca

Alicia Armentia, MD, PhD1,\* , Blanca Martín-Armentia TeF1 ,Tania Galán MD, PhD2,\* ,  
 María-José Castro MD, PhD2 , Irene Albertos, MD2, Jose María Jiménez, Alfredo  
 Corell2, Sara Martín MD, PhD3, Fernando Pineda BD, PhD4

1 Allergy Service, Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid University. Spain

2 G.I.R: VIMAS+ ( Valoracion e Intervención Multidisciplinar en Atención Sanitaria y Estilos de vida Sostenible.)Immunology Department. Valladolid University. Spain

3 Department of Pediatrics, Hospital Virgen de la Concha, Zamora, Spain

4 Inmunotek Laboratories. Madrid. Spain

### RESUMEN

Antecedentes: Estudios previos han encontrado que la leche humana y de burra son muy similares en su composición bioquímica Es posible que la leche de burra pudiera ser una alternativa a la leche de vaca y otros rumiantes.

Objetivo: Valorar la respuesta alérgica a leche de burra en todos los pacientes con alergia grave y esofagitis eosinofílica por sensibilización a proteínas de la leche de vaca, atendidos durante un año en el servicio de Alergia del Hospital Rio Hortega de Valladolid.

Métodos: Se obtuvieron muestras de leche de burra de Zamora (*Equus africanus asinus*) y se congelaron a -72<sup>a</sup>. En pacientes y controles se realizaron estudios in vivo (prick, provocación) e in vitro ( IgE específica por InmunoCAP, SDS-PAGE, Immunodetección y análisis molecular por microarrays, tras consentimiento informado.

Resultados: en un año, 2032 pacientes presentaron hipersensibilidad comprobada

	Esofagitis	sanos	Polen	Alérgicos a leche de vaca	Sig.
<b>N</b>	67	50	50	39	
<b>Edad</b>	32,9 ± 17,5	31,4 ± 10,9	25,8 ± 10,3	10,4 ± 7,5	<0,001
<b>Sexo mujer (%)</b>	21 (31,3%)	15 (30,0%)	23 (46,0%)	12 (30,8%)	0,271
<b>leche (%)</b>	11 (16,4%)	1 (2,0%)	1 (2,0%)	38 (97,4%)	<0,001
<b>Prick leche de burra (%)</b>	3 (4,5%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)	34 (87,2%)	<0,001
<b>Provocación leche de burra (%)</b>	2 (3,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (17,1%)	0,005
<b>IgE alfalactoalbumina</b>	2,4 ± 10,3	0,0 ± 0,0	0,02 ± 0,2	13,7 ± 27,6	<0,001
<b>IgE betalactoglobulina</b>	2,3 ± 11,3	0,0 ± 0,0	0,03 ± 0,2	18,0 ± 61,3	0,007
<b>IgE caseína</b>	3,7 ± 15,2	0,0 ± 0,0	0,03 ± 0,2	33,6 ± 39,8	<0,001
<b>IgE leche entera</b>	4,0 ± 16,7	0,0 ± 0,0	0,03 ± 0,2	30,3 ± 35,0	<0,001

Tabla 1: Datos demográficos

a algún alimento. De ellos 83 presentaban síntomas graves relacionados con la ingesta de leche de vaca (4%). De ellos 46 tenían IgE positiva a alfalactoglobulina, 42 a betalactoglobulina y 47 a caseína. De todos ellos 46 pacientes (o sus tutores)

aceptaron la provocación con leche de burra que fue negativa en 27. De nuestros 67 pacientes con esofagitis eosinofílica, a los que también se realizaron todas las pruebas con leche de burra, 13 aceptaron la provocación que fue positiva con síntomas

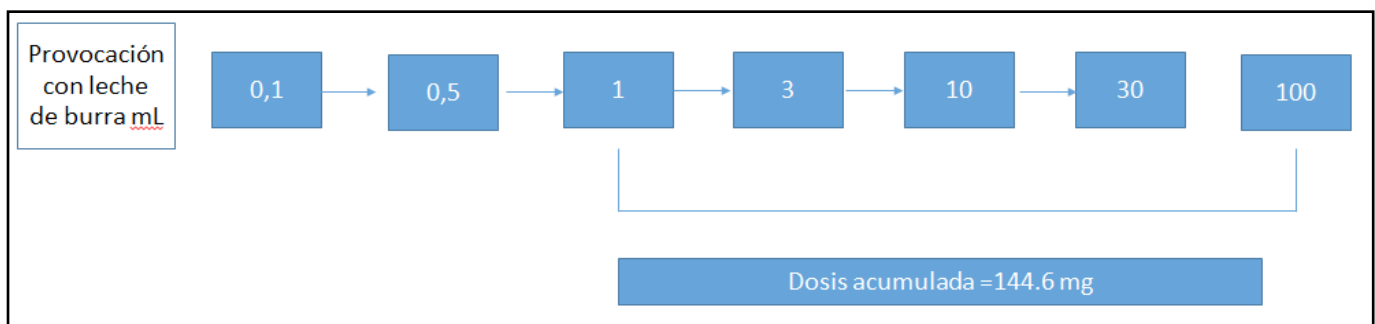


Figura 1: Provocación oral con leche de burra

leves-moderados en 6 pacientes, y negativa en el resto, tolerando 100 ml de leche de burra sin reacciones inmediatas ni tardías. En la inmunodetección, a pesar de las pruebas cutáneas los pacientes reconocen proteínas de la leche de burra que podrían ser comunes a las de la leche de vaca (caseínas), el reconocimiento de bandas proteicas fue claramente menor. Conclusiones: Este estudio demuestra un menor potencial alergénico de la leche de burra. Por su accesibilidad, puede darnos información muy útil para los pacientes alérgicos a la leche de vaca, y puede tener una aplicación clínica e industrial para futuras investigaciones en este campo.

## INTRODUCCIÓN

Estudios in vivo e in vitro han comprobado que la leche de burra (*Equus africanus asinus*) y la humana son muy similares en su composición química y antigénica y en sus propiedades nutricionales y funcionales (1). Es bien tolerada por los niños y sus propiedades inmunológicas, metabólicas y sobre la microbiota son parecidas a la leche humana.

La concentración proteica de la leche de vaca (2.5-4.2%) es 2 veces mayor que la de la leche humana, y entre sus alérgenos principales están la beta-lactoglobulina, ausente en la leche humana y la alfa-s1-caseína, con poder anafiláctico (2). La leche más similar a la humana es la de burra que contiene más proteínas en el suero (35-50%) que la de vaca (20%). La beta-lactoglobulina de la leche de burra es un monómero y la leche de otros rumiantes un dímero, con gran contenido en lactosa como la humana. La leche de cabra se asimila mejor que la de vaca, su proteína mayoritaria es la beta-caseína, pero su alergenicidad es similar a la de la leche de vaca y oveja, por lo que no son una alternativa en los alérgicos, como pudiera ser la de burra.

En un estudio en 46 niños alérgicos a leche de vaca en los que se probó la tolerancia a la leche de burra, se logró en 38 de los mismos, que lograron un medro similar. Se estudió la reactividad cruzada entre la IgE a leche de vaca y de burra que fue muy débil y poco específica (3).

La estructura primaria de las proteínas de la leche de burra (especialmente

caseína) es más próxima a las proteínas de la leche humana. La secuencia lineal de aminoácidos de los epitopos de la leche de vaca es diferente a la de burra lo que puede dar base a una menor alergenicidad (4).

En un estudio más reciente realizado en 81 niños con intolerancia a leche de vaca, 70 por mecanismo IgE mediado y 11 con enterocolitis (food portein induced enterocolitis síndrome o FPIES) se probó la tolerancia a leche de burra con técnicas in vivo, incluyendo la provocación oral, e in vitro. De ellos, 78 la toleraron.

En un estudio posterior nutricional, de 22 niños que habían tolerado la leche de vaca, no se observaron cambios en su crecimiento por lo que concluyeron que la leche de burra se puede utilizar en alergia mediada por IgE y también en FPIES (5).

El interés de nuestro trabajo se centra en valorar si la leche de burra, y en concreto la de burra Zamorana-Leonesa, sería una alternativa nutricional útil y segura en pacientes (niños y adultos) con síntomas alérgicos graves por hipersensibilidad mediada por IgE a la leche de vaca.

F	sexo	Edad	Clin	Prick Leche de vaca	Prick Leche de burra	Provocac Ión leche de vaca	Provocac Leche de burra	IgE Leche	IgE alpha	IgE Beta	IgE casein	Ot
368	M	23	AN	+	-	+	ND	83.9	17.6	7.5	96.7	G
369	F	20	AN	+	+	+	+	100	19.5	8.5	100	G
370	M	8	AN	+	+	+	+	27.7	2.6	2.7	100	
371	F	20	AN	+	-	+	-	10.1	1.5	88	10.5	
372	F	14	AN	+	-	+	-	30.2	9.4	29	2.19	
373	F	16	D	+	-	+	-	59	6.8	1.3	59.6	
374	M	17	D	+	-	+	-	15	8.7	8.2	19	
375	M	13	AN	+	-	+	-	11	9	7.8	89	G
376	M	4	AN	+	-	+	-	10.8	1.4	1	4.88	
377	M	15	AN	+	+	+	+	38.4	38	42	63	
378	M	23	D	+	-	+	-	27	24	4	26	
379	F	13	AN	+	-	+	-	5.4	1.5	0	3.09	G
380	F	11	AN	+	-	+	ND	81	2	4	80	
381	M	2	AN	+	-	+	-	9	4	4	9	
382	M	5	D	+	+	+	+	100	48	3.81	100	
383	M	3	AN	-	-	+	-	7.8	59	0.4	0.76	
384	M	7	D	+	-	+	-	6.28	3.7	0.1	8.38	
385	M	2	AN	+	-	+	-	39.5	10.5	6.8	28.10	
386	M	2	AN	+	+	+	-	3.4	0.3	0.4	0.9	
387	M	7	AN	+	+	ND	ND	100	16.5	5.8	100	G
388	M	6	AN	+	-	+	-	5.7	2.3	0	5.4	
389	M	2	AN	+	-	+	-	4.9	0.9	4.6	0.7	
390	M	23	AN	+	+	+	-	10.5	1.4	1.1	10.1	
391	M	3	AN	+	-	+	-	0.5	0	0.3	0	
392	F	4	AN	+	+	+	+	29.8	22.6	1.9	7.6	G
393	F	15	AN	+	+	+	+	100	46.3	46	100	G
394	F	11	AN	+	-	+	-	1.6	0.3	0.2	0.81	
395	M	2	AN	+	+	+	-	4	3.5	3	2.7	
396	F	15	AN	+	+	+	-	6.4	3.5	3.4	4	G
397	F	23	AN	+	-	+	-	1.2	0.2	0.2	0.4	D
398	M	3	D	+	-	+	-	2.2	0.9	0.8	2.1	
399	M	10	A	+	-	+	-	0.9	1.2	1.1	1.9	
400	M	6	A	+	-	+	-	3	2.3	2.9	1	
402	M	2	A	+	-	+	-	7	5.8	8.6	0.3	
403	M	17	A	+	-	+	-	0.9	0.8	0.6	0.3	G
404	M	1	A	+	-	+	+	11	0.9	0.1	11.8	Egg
405	M	2	A	+	-	+	-	1	0.89	0.9	0.74	Egg
1	F	20	EoE	+	-	+	-	4.48	8.86	0.8	0.88	LTP
11	F	18	EoE	+	-	+	-	10.1	1.60	0.88	10	Bos, G
12	F	8	EoE	+	-	+	ND	100	78	89	82	Egg
16	F	70	EoE	+	-	+	-	4.6	8.2	2.6	4	
28	M	3	EoE	+	-	+	-	8.2	8.4	2.3	8.2	
30	M	13	+	+	+	+	-	2.1	4.4	3	2.1	GR
61	F	18	AN EoE	+	-	+	-	8.8	2.8	2.8	3.8	
66	M	18	EoE	+	-	+	-	2.3	1.8	4.1	3	LTP
67	M	28	EoE	+	-	+	-	5.4	0.8	1.28	2	
80	F	28	EoE	+	-	+	-	1.2	1.2	2.1	4	Nut
83	F	30	EoE	+	-	+	-	0.8	0.8	2.1	3	Prof
401	F	21	EoE	+	-	+	-	3.38	6.81	-	3	G
408	M	18	EoE	+	-	+	-	3.4	2.3	2.5	3	

En negrita están los pacientes con esophagitis eosinofílica, +: positivo -: negativo ND: No realizado. Síntomas: AN: anafilaxia, D: síntomas digestivos graves). EoE: Esophagitis eosinofílica Esophagitis. Alpha: Bos d 4 Alpha-lactalbumin, Beta: Bos d 5 Beta-lactoglobulin, Caseina: Bos d 8 Casein. Ot: otras sensibilizaciones: GR: polen de gramíneas. Prof: Profilina, LTP: proteínas transportadoras de lípidos

Tabla 2: Datos clínicos

## MATERIAL Y MÉTODOS

Obtuvimos muestras congeladas, liofilizadas y libre de bacterias y otros microorganismos patógenos de leche de burra (*Equus africanus asinus*), para realizar nuestras pruebas en pacientes alérgicos y controles sanos y atópicos. También lo probamos en pacientes con esofagitis eosinofílica con pruebas alérgicas positivas a la leche de vaca que mejoraron clínicamente y en sus biopsias al eliminar la leche de vaca.

La leche fue recogida de burras de granja en Siete Iglesias de Tormes (Salamanca). Se seleccionaron 8 burras sanas primíparas de 4-8 años y un peso medio de 270 Kg. Solo comían pasto, forraje y libitum (alfalfa orgánica<sup>9</sup> con suplemento de avena en la lactancia e invierno. Las muestras fueron recogidas desde septiembre a octubre de 2021 cuando las crías llevaban ya 60 días de lactancia. Se refrigeró a 4°C y se pasteurizó a 75°C durante 15 s.

El diseño del estudio fue exploratorio de carácter transversal con casos y controles. Los pacientes diagnosticados de hipersensibilidad a leche de vaca procedieron de una base de datos de pacientes con esta posible etiología

recogida durante un año (2022) en el Servicio de Alergia, Digestivo y Pediatría del Hospital Universitario Río Hortega, al que se añadieron los nuevos casos que vayan apareciendo durante el tiempo que se realizó esta investigación.

El objetivo de nuestro estudio fue valorar hipersensibilidad alérgica mediada por IgE a leche de burra por técnicas alergológicas de rutina (pruebas cutáneas y provocación), inmunodetecciones y técnicas moleculares por microarrays en pacientes distribuidos en 4 grupos de pacientes y controles:

1. Pacientes con clínica grave de urticaria, dermatitis, asma, rinitis, síntomas digestivos o anafilaxia relacionada con la ingesta de leche de vaca
2. Controles población sana de Hemodonación (50 pacientes).
3. Alérgicos a pólenes de gramíneas sin síntomas digestivos relacionados con leche ni con ningún alimento (50 pacientes).
4. Pacientes con esofagitis eosinofílica (50 pacientes)

Cálculo del tamaño muestral: Aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,2 en un contraste bilateral, se precisan 48 sujetos en cada grupo para detectar

una diferencia mínima de 8 entre los dos grupos, asumiendo que existen 4 grupos y una desviación estándar de 10. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 20%.

En todos los pacientes o en sus tutores se solicitó consentimiento informado y se obtuvo la aprobación del comité de Ética de nuestros Hospital (Ref. CEIm 23-PI044. Versión 1.0).

### Pruebas "in vivo":

**Pruebas cutáneas:** Se realizaron con técnica convencional para el caso de alérgenos comercializados: Prick-test frente a neuroalergenos habituales (pólen de gramíneas, árboles y malezas), ácaros, epitelios de animales, hongos y alimentos y con extractos comerciales de leche de vaca, oveja y cabra (ALK-Abelló, Madrid, Spain).

Se realizaron pruebas en prick con leche de burra por técnica de Prick by prick y de contacto. El extracto se preparó al 10% con PBS y después de dializar, se sensibilizaron discos de papel, previamente activados con BrCN, según describen Ceska et al (8).

**Pruebas epicutáneas con leche de burra** al 0.01% en petrolatum, batería estándar de contactantes True-Test (ALK-Abelló, Madrid)) (Bial-Aristegui, Bilbao); se realizará lectura a las 48 y 96 horas.

### Pruebas de provocación

Se realizaron según la técnica de Dunlop y cols. (69) y siguiendo las recomendaciones del grupo de estudio de las reacciones a alimentos (7).

Usamos leche de burra hervida dos veces. La dosis de inicio fue de 0,1 ml con una gota aplicada en el labio previamente y continuando por vía sublingual tras lo que se continuaba con el protocolo descrito en figura 1. Consideramos que la provocación podría continuar si no se producían síntomas ni era necesaria la medicación.

### Pruebas "in vitro"

Determinación de IgE específica frente a leche de rumiantes (vaca, oveja, cabra) y de burra.

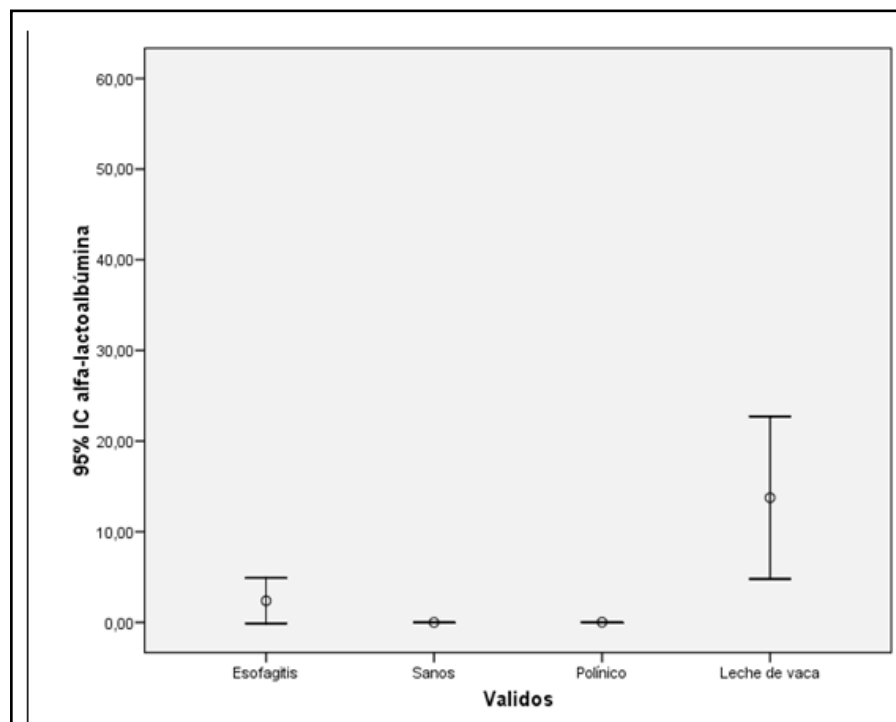


Figura 2: Positividad a Bos d 4 Alpha-lactalbumina

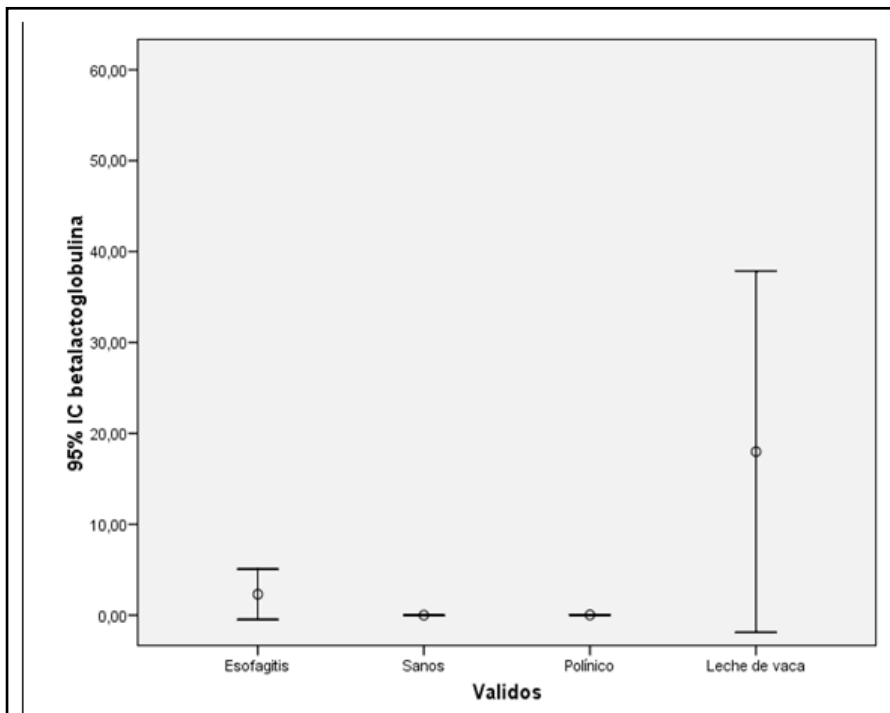


Figura 3: Positividad a Bos d 5 Beta-lactoglobulina

Se realizó por método de UniCAP Thermofisher Upsalla, Suecia.

Valoración de IgE específica frente a leche de burra. Se realizó por InmunoCAP Thermofisher, Upsalla, Suecia. Los discos se incubaron con 50 mL de suero del paciente/controles y posteriormente con  $\approx 100.000$  cpm de  $^{125}\text{I}$ -antiIgE mAb HE-22. Valoración de IgG específica frente a leche de burra. Se realizaron por ELISA. Se tapizarán placas de ELISA (Costar ref. 3590) con el antígeno a diferentes concentraciones entre 35 y  $0,5 \mu\text{g/mL}$  ( $50 \mu\text{L/pocillo}$ ;  $\sim 18 \text{ h a } 4^\circ\text{C}$ ).

Después de saturar con PBS-PSA, se incubó con 50 mL de suero del paciente/controles a diferentes diluciones (3 puntos, factor 1/3, dilución primer punto 1/5) y posteriormente con anti-IgG humana marcada con peroxidasa (Dako cod. P0214) diluida 1/10.000. Finalmente, se incubarán con tampón sustrato-peroxidasa y se leerán la adsorbancia de cada pocillo de la placa a  $490 \text{ nm}$ .

Técnicas de análisis molecular o CRD: Component resolved Diagnosis ISAC Thermosisher, Upsalla, Suecia, a 112 moléculas de alérgenos recombinantes y nativas, según instrucciones del fabricante.

SDS-PAGE/IgE –Western blot: Las proteínas de la leche de burra fueron analizadas por el método de Laemmli (11) visualizadas con tinción de bkue Coomassie R-250 y eletrotransferidas a PVDG, Trans-Blot Turbo, Bio-Rad, Hércules, CA, USA. Las bandas de detección de IgE se identificaron usando la base de datos del programa Bio-Rad Diversity.

Análisis estadístico: Las diferentes proporciones entre los grupos de pacientes obtenidas en las pruebas in vivo e in vitro se compararon utilizando el test de Fisher (12). Para comparar los diferentes componentes, alfa-lactoalbúmina, beta-lactoglobulina y caseína entre los grupos, utilizamos el test de Wilcoxon (13). Todas las comparaciones múltiples se corrigieron utilizando el método de Benjamini-Hochberg. Las gráficas se dibujaron utilizando ggplot2, versión 3.3.5 de acuerdo a Wickham (15).

## RESULTADOS

Durante 2022, 7433 pacientes fueron diagnosticados de hipersensibilidad a alérgenos y de ellos 2032 presentaron hipersensibilidad comprobada a algún alimento. De ellos 83 (4,6%) presentaban síntomas graves relacionados con la

ingesta de leche de vaca (4%). Este análisis también se realizó en 67 pacientes con esofagitis eosinofílica, 50 polínicos y 50 controles sanos.

Una vez realizadas pruebas in vivo (prick) e in vitro a 50 pacientes escogidos de forma aleatoria, y que presentaban clínica de hipersensibilidad grave a leche de vaca, 46 tenían IgE positiva a alfa-lactoglobulina, 42 a betalactoglobulina y 47 a caseína.

De todos ellos 46 pacientes (o sus tutores) aceptaron la provocación con leche de burra: (paciente 368 a 406 de la base de datos).

La alergia a leche de vaca afectó en mayor proporción a niños ( $10,4 \pm 7,5$  años) y más en varones (60/23) (tabla 1).

De nuestros 67 pacientes con esofagitis eosinofílica, a los que también se realizaron pruebas con leche de burra, 13 aceptaron la provocación. La provocación fue positiva con síntomas leves-moderados en 6 pacientes, y negativa en el resto, tolerando 100 ml de leche de burra sin reacciones inmediatas ni tardías.

Los resultados pueden verse en la tabla 1. En color negro los pacientes con anafilaxia o síntomas digestivos graves y en negrita los que padecían esofagitis por leche de vaca.

La figura 1 indica las provocaciones realizadas con leche de burra.

Las figuras 2 a 4 ilustran las positividad de las pruebas con leche de vaca y burra a sus diferentes fracciones proteicas.

En general los pacientes con anafilaxia por leche de vaca presentaban mayores niveles de IgE específica que los pacientes con esofagitis. En ambos el alérgeno predominante fue la caseína  $< 0,001$ . Ver figuras 2, 3 y 4.

Los tests de contactos fueron negativos.

### Provocaciones con leche de vaca y burra

Todos los resultados pueden verse en tabla 2. Los pacientes 368 a 405 sufrían alergia grave, la mayoría anafiláctica.

Los pacientes 1 a 406 esofagitis. En 6 pacientes con anafilaxia tras provocación la positividad se logró con 0,5 ml de leche de burra. El resto de pacientes llegaron a tolerar 100 ml de leche de burra sin problemas. En total 33 niños alérgicos lograron consumir leche de burra sin problemas.

De los 67 pacientes con esofagitis, 13 aceptaron la provocación y en 12 se llegó a tolerar esta leche sin problemas. Siguieron tomando 100 ml de leche de burra diariamente hasta realizarse endoscopia que no evidenció empeoramiento.

### Western blot

La figura 5 muestra los resultados de la inmunodetección. En ella se aprecia que a pesar de que los pacientes de la leche de burra reconocen proteínas que podrían ser comunes a las de la leche de vaca (caseínas), el reconocimiento de bandas proteicas fue claramente menor.

### DISCUSIÓN

La alergia a la leche de vaca es muy frecuente en niños, tanto la mediada por IgE como la no mediada (food protein-induced allergic proctocolitis o FPIAP), , food protein-induced enteropathy, y Heiner syndrome (hemosiderosis pulmonar) (7). La manifestación más frecuente el FPIAP pero en este trabajo solo hemos incluido pacientes con alergia grave a la leche mediada por IgE.

En nuestro trabajo demostramos que la leche de burra fue mejor tolerada que la de vaca, especialmente en pacientes con esofagitis eosinofílica. Estos resultados apoyan la hipótesis de que la leche de burra podría ser un sustituto de la leche de vaca en pacientes sensibilizados.

El manejo de la alergia a la leche ha ido cambiando en los años previos, desde una dieta de eliminación para mejorar los síntomas a un manejo de modulación activa del sistema inmune (18) con inmunoterapia oral (OIT), que se ha demostrado efectiva en muchos estudios (19) Sin embargo, aún no hay consenso en diferentes protocolos de esta técnica (20). Los niveles de IgE específica a caseína han sido útiles en predecir la tolerancia a la leche hervida (21).

Se han intentado diferentes sustitutos de la leche de vaca (21) basados en diferentes fórmulas y derivados de plantas, que no han conseguido compensar los requerimientos nutricionales de los niños. Se han fabricado leche a partir de proteínas vegetales como patata, garbanzo, quinoa, soja, arroz almendra y son mas admitidas por pacientes veganos (22).

En algunos casos se ha utilizado leche de dromedaria con éxito. De hecho, es normalmente utilizada en el Sahara e Israel. En 2018, Navarrete et al incluyeron 15 pacientes con alergia a leche de vaca confirmada por provocación doble ciego con placebo (DBPCFCs).

Ninguno de los pacientes presentaron efectos adversos. (11).

En nuestra zona de Castilla y león el burro zamorano-leonés es una especie protegida por peligro de extinción y solo hay en la actualidad 1448 burros en España (12). La mejor manera de preservarla era explorar utilidades alternativas como la producción de leche (12, 13).

La leche de burra no difiere de otras en términos de su perfil proteico, pero su

bajo contenido en beta-lactoglobulina puede correlacionarse con una baja alergenicidad en pacientes sensibilizados. Presenta un mayor contenido de ácidos grasos insaturados, siendo el oléico el mayoritario. Tiene mayor contenido en vitamina C, riovflavina, ácido fólico y vitamina E que otras especies de burros y mayor concentración de vitamina D. Su concentración en minerales es menor, pero tiene importantes niveles de zinc, calcio y selenio, por lo que tendría efectos cardiovasculares beneficiosos (23).

La leche de burra tiene mayor contenido en alfa lactoalbúmina que la de vaca, con mayor contenido en triptófano y menos contenido en beta lactoglobulina y casein, por lo que explicaría la menor respuesta alérgica.

Por todo ello, y por su parecido a la leche humana, la leche de burra está recibiendo atención pero se necesitaban no solo estudios in vitro sino ensayos clínicos.

Nosotros pensamos que la leche de burra, mas accesible en Europa que la de otros mamíferos, puede ser segura, fácilmente tolerable en pacientes con alergia a proteínas vacunas y en pacientes que sufren esophagitis eosinofílica con respuestas positivas a estas proteínas.

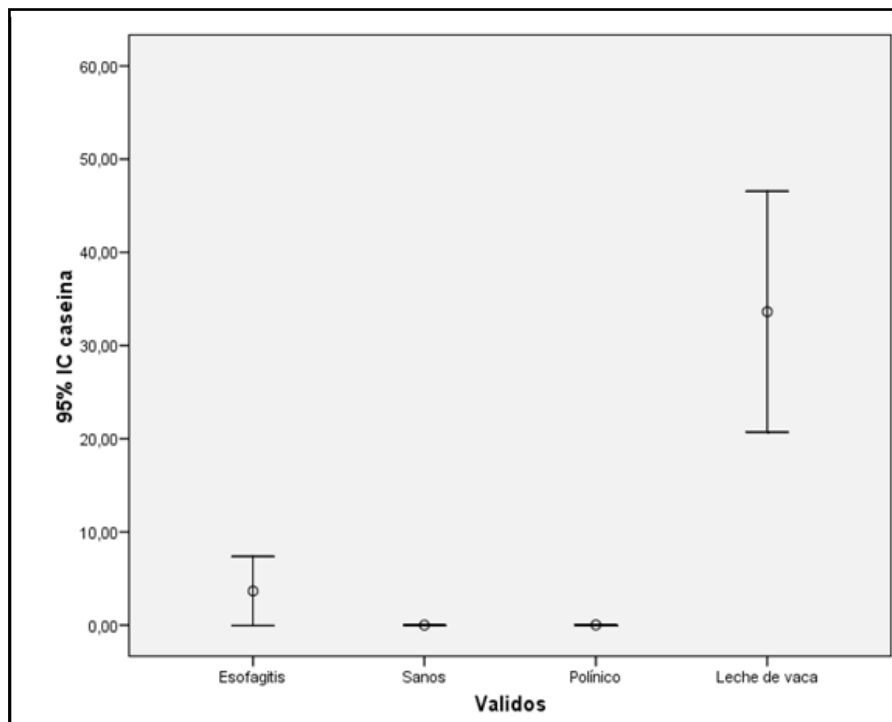


Figura 4: Positividad a Bos d 8 Casein

La leche de burra podría ser considerada una buena alternativa dados los beneficios comparados con otras fórmulas.

## REFERENCIAS:

Souroullas K, Aspri M, Papademas P. Donkey milk as a supplement in infant formula: Benefits and technological challenges. *Food Res Int* 2018;109:416-425

Pastuszka , Barłowska J, Litwinczuk Z. Allergenicity of milk of different animal species in relation to human milk. *Postepy Hog Med Dosw (online)* 2016; 31:1451-1459

Monti G, Bertino E, Muratore M, Coscia A, Cresi F, Silvestro L et al. Efficacy of donkey's milk in treating highly problematic cow's milk allergic children; as in vivo and in vitro study. *Pediatr Allergy Immunol* 2007;18:258-64

Cunsolo V, Saletti R, Muccilli V, Gallina S, Di Francesco A, Foti S. Proteins and bioactive peptides from donkey milk: The molecular basis for its reduced allergenic properties. *Food Res Int* 2017;99:41-57

Sarti L, Martini M, Brajon G, Barni S, Salari F, Altomonte I et al. DONKEY'S milk in the management of children with cow's milk protein allergy: nutritional and hygienic aspect. *Ital J Pediatr* 2019;17:45:102

Dunlop AH, Keet CA, Mudd K, Wood RA. Long-term follow-up after baked mil introduction. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2018;6:1699-1704

Bird JA, Leonard S, Groetch M, Amal Assa'ad, Cianferoni A, Clark A et al. Conductin an oral food challenge: An Update to the 2009 adverse

reactions to foods Committee work group Report. *J Allergy Clin Immunol Pract* 202; 8:75-90

Ceska M, Eriksson R, Varga JM. Radioimmunosorbent assay of allergens. *J Allergy Clin Immunol* 1972; 49:1-9.

Bradford M. A rapid and sensitive method for the quantitation of microgram quantities of protein utilizing the principle of protein-dye binding. *Analytical Biochemistry*, 1976; Volume 72, issues 1-2:248-254

Sander I, Kespohl S, Merget R, et al. A new method to bind allergens for the measurement of specific IgE antibodies. *Int Arch Allergy Immunol* 2005;136: 39-44.

Laemmli UK (1970) Cleavage of structural proteins during the assembly of the head of bacteriophage T4. *Nature* 15:680-5

Fisher, R. A. The logic of inductive inference. *Journal of the Royal Statistical Society* 98, 39-82 (1935).

Wilcoxon, F. Individual Comparisons by Ranking Methods. *Biometrics* 1945; 1:80-83.

Benjamini, Y. & Hochberg, Y. Controlling the false discovery rate: A practical and powerful approach to multiple testing. *Journal of the Royal Statistical Society: series B (Methodological)* 57, 289-300 (1995).

Wickham, H. *ggplot2: Elegant graphics for data analysis*. Springer-Verlag New York, 2016.

Bird JA, Leonard S, Groetch M, Amal Assa'ad, Cianferoni A, Clark A et al. Conductin an oral food challenge: An Update to the 2009 adverse reactions to foods Committee work group Report. *J Allergy Clin Immunol Pract* 202; 8:75-90

Abrams EM, Sicherer SH. Cow milk allergy

prevention. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2021 Jul;127(1):36-41. doi: 10.1016/j.anai.2021.01.007. Epub 2021 Jan 13.

D'Auria E, Salvatore S, Pozzi E, Mantegazza C, Sartorio MUA, Pensabene L, Baldassarre ME, Agosti M, Vandenplas Y, Zuccotti G. Cow's milk allergy: Immunomodulation by dietary intervention. *Nutrients*. 2019 Jun 21;11(6):1399. doi: 10.3390/nu11061399.

Taniuchi S, Takahashi M, Soejima K, Hatano Y, Minami H. Immunotherapy for cow's milk allergy. *Hum Vaccin Immunother*. 2017 Oct 3;13(10):2443-2451. doi: 10.1080/21645515.2017.1353845.

Vilar LK, Araujo FA, Pereira T, Tavares T, CHeil M, Rodriguez G. Baked tolerance in cow's milk allergy: Quite frequent, hard to predict! *Int Arch Allergy Immunol* 2021;182: 319-323

Verduci E, D'Elisio S, Cerrato L, Comberiati P, Calvani M, Palazzo S, Martelli A, Landi M, Trikamjee T, Peroni DG, Verduci E. Cow's milk substitutes for children: Nutritional aspect of milk from different mammalian species, special formula and plant-based beverages. *Nutrients*. 2019 Jul 27;11(8):1739. doi: 10.3390/nu11081739.

Maryniak NZ, Sancho AI, Hansen EB, Lindholm K. Alternatives to Cow's milk-based infant formulas in the prevention and management of cow's milk allergy. *Foods* 2022; 23;11(7):926

Vicenzetti S, Santini G, Polzonetti V, Pucciarelli S, Llimanova Y, Polidori P. Vitamins in human and donkey milk: functional and nutritional role. *Nutrients* 2021; 13(5): 1509. doi: 0.3390/nu13051509.

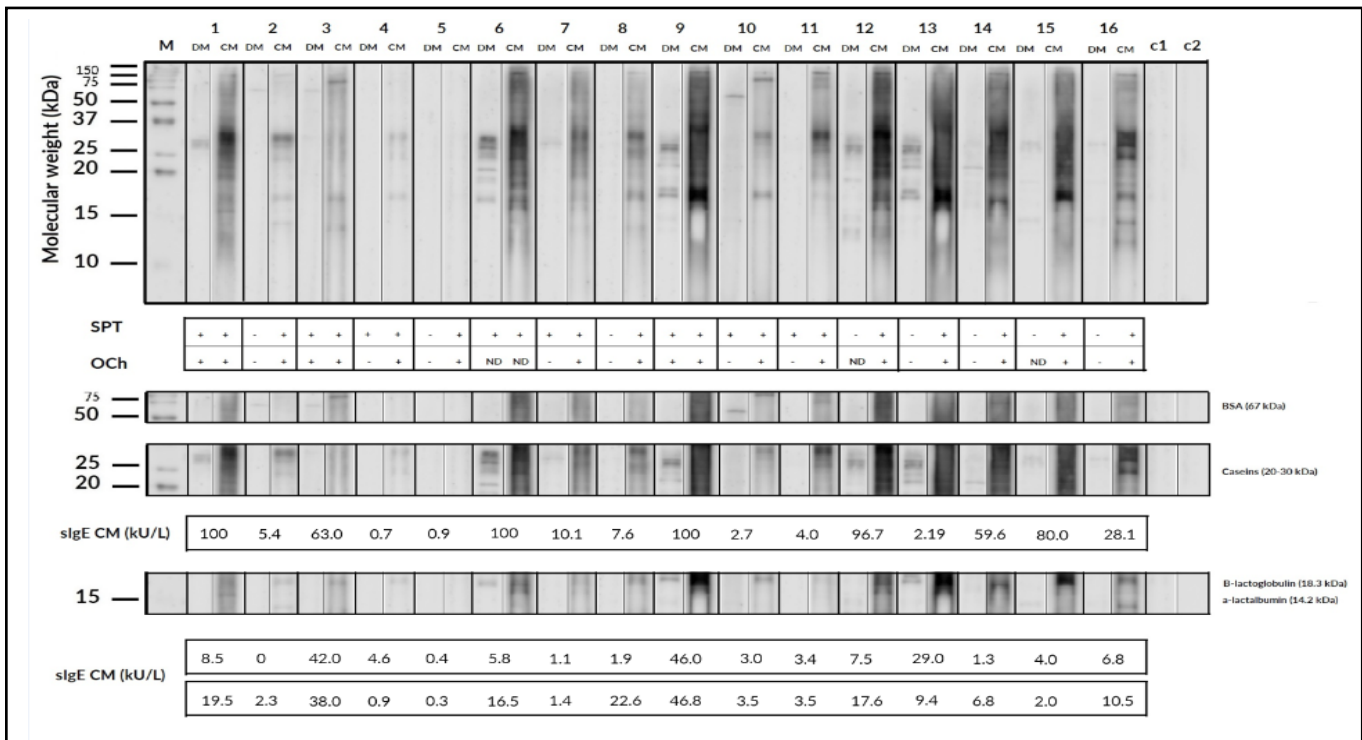


Figure 5: Análisis por Western blot de las respuestas a los extractos de leche de vaca y leche de burra, comparados en pacientes con: A. Enfermedad alérgica típica, B. pacientes con esofagitis.

## El hospital de La Piedad o del Obispo Lope Barrientos de Medina del Campo

Por el Dr. Carlos Vaquero Puerta, Catedrático Emérito de Cirugía de la Universidad de Valladolid



Fotografía del Hospital extraída de una postal de principios del siglo XX hacia 1912 (sin autoría conocido)

**S**in lugar a dudas el Hospital Simón Ruiz es el más relevante en la historia de los hospitales de Medina del Campo, pero existe otro hospital que también tuvo su importancia hasta su no muy lejana desaparición.

El hospital "Santa María de la Piedad y San Antonio Abad", fue fundado por el Obispo Lope Barrientos tras la obtención de la bula papal concedida por el Pontífice Nicolás V y emitida en Roma en fecha 18 de abril de 1447.

Hacia 1451 el edificio estaba construido por lo menos parcialmente, y tenía el perfil de los hospitales de la época, de centro de acogida y hospitalidad para los más necesitados para que además de atender pacientes, tenían otras funciones sociales como asistencia a mendigos,

educación a los niños, socorro a desvalidos, auxilio a desprotegidos, lugar de albergue, distribución de limosnas a los pobres, y casa de acogida, que ofertaba refugio a los menos favorecidos incluidos ancianos y viudas. A esto en este hospital se añadía, la educación de los niños abandonados, la celebración de los oficios litúrgicos y la instrucción teológica que impartía un religioso del cercano convento de dominicos de San Andrés que recibía por ello la pertinente compensación económica.

Desde el punto de vista arquitectónico el hospital lo constituía un edificio cuadrangular con un patio central y que se distribuía en dos alturas teniendo en uno de sus ángulos la iglesia de forma rectangular. La distribución de la planta baja se hacía alrededor de un patio

con soportales en base a 12 columnas, teniendo en uno de sus lados la iglesia que se prolongaba en la parte posterior con un salón de labores este rodeado externamente por un porche soportado en diez columnas.

En la parte lateral de la iglesia y con estrada a ella estaba la sacristía, a su lado una despensa, siguiéndole una cocina que se conectaba ya en el otro lado con un comedor y un ropero, después un paso de acceso a uno de los corrales y a su lado una bodega o almacén. En el cuarto lado se disponía un habitáculo para el enfermero con alcoba y contiguo a este, el acceso a un ala de dormitorio con alojamientos de alcoba abierta en forma de nicho, situado en lo que parece ser era un edificio anexo de posible construcción posterior.

En este lado se encontraba la escalera de acceso a la planta superior o principal. Esta planta superior tenía distribución similar a la baja, alrededor del patio con la iglesia y sacristía y donde también existía dependencias de despensa, cocina, comedor, ropero, cuarto de labores, una sala, dos cuartos, una cocina auxiliar con despensa, un pasillo para el acceso al dormitorio, en este caso corrido y situado exactamente encima del de la planta inferior, unas alcobas, salas y un gabinete posiblemente el despacho del Director o Rector del hospital. Aquí se encontraba las escaleras de acceso a la planta baja.

Esta planta disponía de dos galerías una encima del porche y otra de los soportales del patio. Al lado contrario a la Iglesia se encontraban dos corrales y contiguo al mayor, el cementerio del hospital. La construcción era de tapial con parte de piedra de sillería, teniendo la iglesia contrafuertes, uno de ellos angular y disponiendo de espadaña para alojamiento de una sola campana. Estos datos se pueden obtener por los planos aportados por el maestro de obras Zacarías Benito Rodríguez y fechados el 23 de abril de 1861, depositados en el Archivo Simón Ruiz de Medina del Campo.

Hay que destacar como hecho relevante, que la Iglesia del hospital, albergó el panteón del Obispo fundador, en una zona habilitada como capilla funeraria, de acuerdo a sus disposiciones testamentarias, constituyendo un monumento fúnebre donde se erigía una elegante estatua orante de alabastro policromado del Obispo, obra de Egas Cueman.

Su atención fue encomendada inicialmente tras su fundación a clérigos, de acuerdo a las disposiciones del Obispo, estando su funcionamiento muy bien organizado, rigiéndose por normas o estatutos, unas iniciales que datan de 1554, y otras posteriores como las escrituradas en Cuenca donde el obispo tuvo su diócesis y que tienen fecha 19 de octubre de 1468.

Para el hospital, Fray Lope Barrientos, obtuvo indulgencias plenarias otorgadas en diferentes fechas, el 11 de agosto de

1451, el 29 de septiembre de 1452 y el 24 de marzo de 1453, que podían aplicarse a todos los pobres, enfermos y servidores del mismo que murieran en el hospital.

El hospital siempre dispuso de un soporte económico sólido, derivado de la aportación realmente importante que hizo su fundador, al que trasfiere todos sus bienes por testamento de 17 de noviembre de 1454 y que se complementa con otras donaciones y limosnas.

La tutela de la gestión del hospital quedó convenida que se realizaría por tres visitadores, el Padre Prior del Convento de San Andrés, un representante del Cabildo Mayor de la Villa de Medina del Campo y otro del linaje de los Barrientos.

Como dotación para el funcionamiento y asistencia hospitalaria, se considera y provee de una plantilla constituida por un Rector o Director del Hospital, un Procurador, un letrado, un médico, un cirujano, un cirujano-sangrador, seis enfermeros, dos capellanes y un sacristán, a los que había que añadir otras personas que trabajaban y colaboraban en labores de mantenimiento del hospital.

El hospital fue referencia y modelo en la creación de otros hospitales fundados en la época de su nacimiento, posiblemente debido a la constatación de su buen funcionamiento, algo que perduró a lo largo del tiempo.

Por otro lado, es significativo el hecho en lo que respecta a la historia del hospital, que se decidiera por Real Cédula de 12 de mayo de 1592, que 13 hospitales de Medina del Campo, se incorporaran al nuevo General que se construiría promocionado por el banquero Simón Ruiz. De esta forma, se fusionarían los de la Trinidad situado en la plaza del Rey y Ronda de Gracia, Santa María del Castillo, San Blas, el de San Juan Sardón o de la Quintanilla, el de San Pedro de los Arcos, el de los Compañeros, el de los Palmeros, el de San Antón o de las Bubas, el de San Andrés, los de San Lázaro el pobre y San Lázaro el rico o de los caballeros. Sin embargo, el Monarca Felipe II, no consideró en esta anexión que representaría su desaparición, que el Hospital de la Piedad fundado por el Obispo Lope Barrientos, se incluyera en la reforma, al manifestar el Monarca "Este hospital no os pide nada, ni vosotros se lo



Fotografía de Martí Monsó del hospital donde puede apreciarse parte del interior transformado en fábrica de sacos

dais, y con lo que tiene os cura vuestros enfermos. Dejadle conservar la memoria de su fundador”.

La actividad del Hospital de la Piedad, se mantendrá hasta el año 1846, cuando entonces sí se incorporará al Hospital General. De esta forma se agregó al de Simón Ruiz por Real Orden de 5 de octubre de 1846, circular de 11 de marzo de 1847 y Real Orden de 31 de enero de 1851, de conformidad con el artículo 15 de la Ley de Beneficencia de 1849, aunque en realidad la fusión no se realizó hasta años después, en 1858. En este año fueron enajenados sus últimos bienes previamente no incautados por las leyes desamortizadoras, y por otro lado sus cuantiosas rentas incorporadas al del Hospital General. En aquellos años, existió un proyecto de convertirlo en casa de beneficencia para ancianos, que fracasó.

Posteriormente, al edificio se le dio uso de fábrica de sacos que regentaron los Hijos de Leocadio Fernández

Décadas más tarde, ante el evidente estado de ruina por falta de mantenimiento, la construcción fue demolida en el año 1932, en tiempos de la II República.

El Obispo Fray Lope Barrientos nace en el año 1382 en Medina del Campo en el seno de una familia noble, siendo el segundo hijo del caballero Pedro de Barrientos, por

lo que su destino siguiendo la tradición era seguir la carrera eclesiástica. Realizó los primeros estudios en Medina del Campo, y posteriormente Artes y Teología en Salamanca. Profesó y desarrollo estudios religiosos, en el Convento de los dominicos de San Andrés de Medina del Campo.

Posteriormente completo sus estudios en Salamanca tras regresar a esta ciudad en 1406 y en ella, impartió clases de Teología en la Universidad como Catedrático de Prima de Teología a partir de 1415. Ejerció como Predicador, actividad característica de la Orden Religiosa en la que profesó.

Hay episodios en su vida que empañaron su imagen, como fue su participación en la purga y quema de libros de la biblioteca de Enrique de Villena, aunque en contra de su voluntad, acontecida en el año 1434, por mandato del Rey Juan II por su condición de teólogo, tras ser acusado el Marques de Villena de prácticas de nigromancia y hechicería, por lo que sería ajusticiado tras la expropiación de sus bienes, entre ellos su magnífica Biblioteca, y también por otro episodio que participó en su condición de Obispo de Cuenca, al posicionarse en la defensa de los judíos conversos en 1449 tras la revuelta de Toledo, lo que le conllevó serias críticas.

Fue un hombre muy influyente en la Corona de Castilla en la Corte de Juan II donde ejerció de Canciller y Consejero

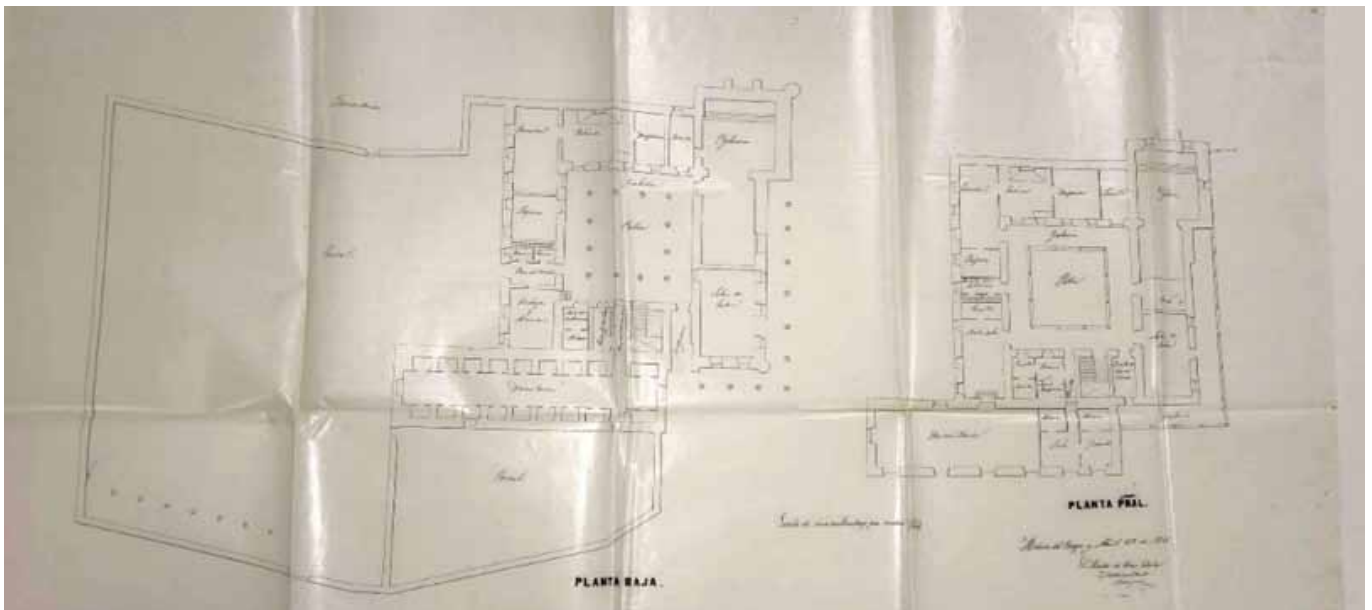
Real, Oidor de audiencia en 1440, Tenedor de los sellos de la Chancillería desde 1445 y tuvo una estrecha relación con el Infante Don Fernando, Señor de Medina del Campo, siendo preceptor desde 1429 del Príncipe Enrique, futuro Enrique IV, ostentando también el cargo de confesor de los Reyes Católicos.

Entre sus obras pias se le atribuye la fundación del Hospital del Estudio, bajo la advocación de Santo Tomás de Aquino en Salamanca y la ermita y hospital de San Sebastián en Cuenca y también el de Nuestra Señora Santa María de la Consolación en esta misma ciudad, aunque la más importante fue la del Hospital de la Piedad de Medina del Campo.

Fue obispo de Segovia entre los años 1438 y 1441, de Ávila, entre 1441 y 1445 y finalmente de Cuenca entre 1445 y 1469 y Arzobispo electo de Santiago renunciando a la misma.

El Obispo fallece en Cuenca en el año 1469 a una edad avanzada y es trasladado a Medina del Campo para su enterramiento en el panteón por él preparado en la Iglesia del Hospital de la Piedad.

Tras su muerte, el obispo Fray Lope Barrientos fue denunciado por su sucesor por mala gestión en la diócesis, aunque se le absolvería posteriormente de los



Planos del hospital aportados por el maestro de obras Zacarías Benito Rodríguez y fechados el 23 de abril de 1861 y depositados en el Archivo Simón Ruiz

cargos, pero en el proceso desapareció toda su Biblioteca.

Con la incorporación del Hospital de la Piedad al de Simón Ruiz, conllevó el traslado a este, de todos los bienes del Obispo depositados en él. Mas tarde con el cierre del Simón Ruiz casi todos se trasladaron al Museo de Ferias de la Villa de Medina del Campo, donde se han podido conservar diferentes objetos litúrgicos, algunas esculturas y pinturas, procedentes la mayor parte de las depositadas en la iglesia. También se ha podido conservar y custodiar en el referido Museo, varios capiteles del hospital con el escudo de armas del obispo Lope Barrientos, algunas esculturas de la Virgen con el Niño de finales del siglo XVI y alrededor de una docena de lienzos de los siglos XVII y XVIII con representaciones de varios Santos.

También lo fueron otros objetos que habían sido donados por el Obispo al Hospital, como un cáliz de plata sobredorada y esmaltes con su escudo de armas, una fina sobrecopa gótica unida a una cruz pectoral de cabujones y el báculo de San Antonio Abad, varal rematado en cruz de tau que incluye escudos de los Papas de Aviñón, además de otras piezas de orfebrería.

Sin embargo, lo más llamativo de las piezas recogidas relacionadas con el Obispo Lope Barrientos en el Museo, lo sea su estatua orante de alabastro policromada procedente de su panteón.

## BIBLIOGRAFÍA

Cuenca Muñoz P. El legado testamentario de Lope de Barrientos, en *Espacio, Tiempo y Forma. Serie III. H.A Medieval*, 9 (1996), pp. 303-326.

Cuenca Muñoz P. Lope de Barrientos. Tratado de la Divinanga. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, 1992.

Díez Hermano MJ. Escribir para administrar: los censos del Hospital de la Piedad de Medina del Campo en época moderna, en *Funciones y prácticas de la escritura. I Congreso de Investigadores Noveles en Ciencias Documentales*, Madrid, 2013, pp. 49-56.

Fontaneda Pérez E. El Hospital de la Piedad y San Antonio Abad o del obispo de Barrientos, en Eufemio LORENZO,

Historia de Medina del Campo y su tierra, vol. I: Nacimiento y expansión, Valladolid, 1986.

Martínez Casado A. Lope de Barrientos: un intelectual en la corte de Juan II. Salamanca, Ed. San Esteban, 1994.

Moreno Moreno JC. Los linajes de Medina del Campo. Concesión de un nuevo linaje a fray Lope de Barrientos, 1454, en *Lope de Barrientos. Seminario de cultura*, 2 (2009), pp. 141-154.

Nieto Soria JM. Los proyectos de reforma eclesiástica de un colaborador de Juan II de Castilla: el obispo Barrientos, en Tomás Quesada. Homenaje, Granada, 1998, pp. 493-516.

Sánchez del Barrio A. El Hospital de

Santa María de la Piedad fundado por Lope de Barrientos en Medina del Campo, en *Boletín de la Real Academia de Bellas Artes y de la Purísima Concepción*, nº 53, Valladolid, 2018, pp. 9-22.

Vaquero C, Estévez I, Cenizo N, Brizuela JA, Del Río L, San Norberto E. Antiguo Hospital Simón Ruiz o de la Purísima Concepción y San Diego de Alcalá, de Medina del Campo *Rev Esp Inv Quir* 2018;21,4:153-7

Vaquero C. El Hospital Simón Ruiz. Una referencia en Medina del Campo. *Anal Real Acad Med y Cir Vall*. 2018;55,1:229-240

Vaquero C. Hospital Simón Ruiz de Medina del Campo. *Axis*.2019: 34-8



Escultura de la Piedad perteneciente al hospital. (Museo de Ferias. Medina del Campo)

## La senectud desde la Prehistoria (primera parte)

Por el Dr. Ciriaco Casquete Román

**EL VIEJO:** se dice de la persona de edad, y algunos añaden que se pierde la jovialidad con ello. La muerte llegaba a los 5; más tarde, a los 70 y 75, y ahora se ha prolongado de los 70 a los 80 (más aún en las mujeres).

**“A los viejos los espera la muerte a la puerta de su casa. A los jóvenes los espera al acecho” (refrán).**

**ANCIANO:** Último periodo de la vida ordinaria del hombre. La edad lleva a una degeneración de las células y el hombre alcanza el término de la dignidad.

**SENECTUD:** Periodo de la vida que está detrás de la madurez. En la edad avanzada comienza la decadencia física. La senectud se caracteriza por las hipertensiones sanguíneas, aumento del colesterol, cardiopatías, reducción del colágeno que afecta la piel, el cabello y dolores articulares, pérdida de vista y de audición y, a veces, el tacto y el gusto, menopausia masculina y femenina, osteoporosis y demencia senil. Los consejos son sencillos: andar a diario, aumentar las verduras, evitar grasas y azúcares, ejercitar el cerebro con juegos, lecturas, películas o música para entrenar la memoria.

Existe hay una serenidad honesta y elegante ante la vejez. El viejo sigue viviendo como persona, con su vida histórica desde que nace, aceptando más o menos lo que hicieron las generaciones anteriores, algo de los demás de su edad y de él mismo.

Hay diversas formas de senectud de vivir el mundo. Picasso decía: “en mi juventud fui tan joven, que sigo siendo joven”. Lutero, por su parte, hablaba de “estar muy cansado de vivir en el mundo, así que me separaré de vosotros queriéndoos, pero con la conformidad de un huésped que deja una posada común”. El viejo, pues, crece día a día en espiritualidad y camina hacia la novedad de la muerte asumiendo lo que se presenta después.



Figura 1

No tiene por qué ser una época pasiva para quien la vive. Para Cicerón, “la muerte marca o el fin de la conciencia humana o el principio de la vida eterna”. Laín Entralgo contaba de Picasso que cuando éste cumplió los 80 años le dijo: “¡qué joven está Usted, maestro!”; y contestó Picasso “si supiera usted, amigo, cuántos años hacen falta para aprender a ser joven”.

En los certificados de defunción, el médico señala la causa fundamental y una causa inmediata que a veces es difícil concretar. Decía Gironella que un electrocardiograma puede revelar normalidad y morir el paciente a las pocas horas de un ataque al corazón.

Se piensa que en el siglo XXI la medicina preventiva tendrá avances importantes en

la longevidad, pudiendo llegar a los 120 años. Y podemos, incluso, llegar a pensar en un Más Allá de inmortalidad en la tierra.

Por otro lado, podemos decir que los viejos han sido semejantes desde épocas primitivas. Era un orgullo ser nombrado Anciano de un clan, pues estos eran depositarios del saber vigente en ellos y la memoria que contenían en archivo, siendo intermediarios entre el presente y el Más Allá. Ejercían también en la sanidad y como jueces y educadores. Los viejos tenían la ayuda de los dioses, porque ser viejos era una recompensa divina.

Hay otro aspecto que es el AMOR en la vejez; el amor maduro, no llegando al amor pleno, pero da más felicidad y, sobre todo, más paz.

Hay que tomar la vida siempre con calma. Esto es lo importante en la madurez.

La vejez en nuestra sociedad no tiene prestigio, aunque una partida de ellos son banqueros, políticos y artistas; como Cervantes, que a sus 70 años publicó la segunda parte de El Quijote.

El viejo, de una forma amplia, se mantiene con sensatez, raciocinio y sabiduría. También la experiencia dota de conocimientos que recrea la edad. El cristianismo respetó desde el principio a los ancianos, pues ellos marcaban un beneficio a la comunidad.

Decía Tolstoi que "los médicos me han envenenado la existencia. Yo conocí a mi mujer en la consulta y le dije: el catarro

no se la curará, pero le ofrezco compartir con usted la vida entera". Y completó: "nuestro matrimonio fue lluvia mansa, no relámpago".

Es difícil conseguir sexualidad en los viejos. El viejo cambia psicológicamente como persona y en sus emociones. Los familiares deben potenciar la relación, aprender a envejecer. Hay que resolver las crisis para llegar a la estabilidad, pues todos los ancianos quieren cariño y respeto. Si el sexo desaparece no es por la edad. De todas formas, hay otras formas de vivir, comunicándose con la pareja o con la familia, buena salud, no alcohol ni tabaco, ni fármacos y sí un mínimo de actividad física. Si se prohíbe la sexualidad aumentará el sufrimiento y la soledad, envejeciendo antes.

En España ha aumentado el aislamiento en ancianos al 45%; se habla menos con los demás y gana la soledad. Se ha perdido la ternura y la bondad con ellos y en la calle hay violencia callejera, también se roba con asalto, se rompen los escaparates y se saquean las tiendas.

Hoy, la economía se está debilitando. La ancianidad es el mundo de la edad cansada, aunque el alma esté vigorosa. El amor a la vida y a Dios son las únicas cadenas que nos tienen atados. Cuando se cumple con la vida se consigue ser emancipado y libre.

#### LA SENECTUD DESDE LA PREHISTORIA

En la Prehistoria los huesos encontrados eran de seres de no más de 30 años de edad. Tiempo después, ya se llegaba a los 40 y a los 50 años.

En las sociedades nómadas, cazadores y recolectores, la supervivencia del grupo era mayor que la individual, pues el viejo era una carga, siendo abandonados como hacen con los animales de más edad. También podían aparecer suicidios pasivos o activos.

Avanzando en la civilización más evolucionada, se organizaba el consejo de ancianos, que era muy valorado.

Los Incas, aunque no tenían escritura, se organizaban socialmente y el anciano tenía un papel concreto: eran archivos vivientes y hacían de médicos y comadronas.



Figura 2

En Egipto, en el papiro de Ebers del siglo XVI a.C., se explica que el corazón es fuente de vida y también origen del envejecimiento.

En Oriente Próximo prefieren las ideas mitológicas o mágicas. Los Consejos de ancianos se asocian a lo sagrado, a lo sobrenatural; tienen poder legislativo y judicial entre egipcios, asirios y fenicios. Hay un conflicto con los jóvenes donde luchaban el dios o el héroe contra el joven, y siempre ganaba este último.

En el mundo hebreo, los libros del Antiguo Testamento aumentan la degradación progresiva de los ancianos, mientras que en la época de los Patriarcas (1000 a.C.) hasta el periodo de los Jueces, los ancianos ocuparon un papel importante con poderes judiciales y religiosos. La Ley Mosaica garantizaba el respeto a los ancianos, ya que más tarde la longevidad era la recompensa a la virtud.

Avanzando en el tiempo surgen discrepancias en la época de los Reyes. Tras morir el hijo de Salomón se desecha la opinión de los ancianos. Con la derrota

militar en el 586 a.C. y la conquista de Jerusalén por los Babilónicos terminaron los años Davídicos. Con la derrota se fortaleció la religión, y en el Exilio mejoró el trato de los ancianos. En los 47 años de dominio Babilónico, Ciro triunfador volvió a mandar a Israel a los judíos de Mesopotamia, e incluso ayudó a reconstruir el templo de Jerusalén. Escribe Cicerón sobre la obra de Jenofonte en que Ciro, ante la muerte, dice a sus hijos: "durante la vida no creáis que dejaré de existir cuando haya muerto. Durante la vida, aunque invisible a los ojos, había un alma que habitaba en este cuerpo; seguid creyendo en ella, aunque no la veáis".

China se basa en el taoísmo. Se envejece por el desequilibrio entre el Yin y el Yan. En la civilización China los viejos estaban en la cima, todos obedecían al anciano. La mujer vieja tenía un estatus elevado, más que los jóvenes, influyendo en la educación de los nietos.

En la India la salud se debe a la armonía de las sustancias elementales del cuerpo y, si este se rompe, aparecen las enfermedades y el envejecimiento.

**RETRATO DE ANCIANO CON NIÑO.** D. Ghirlandaio (1449-1454). Museo del Louvre. Figura 1. Es el retrato más conocido hecho tras la muerte del anciano. Su nariz deformada podría tratarse, en realidad, de un "rinofima" con hipertrofia y acné rosáceo. La escena de los dos resulta muy emotiva. El rojo de ambos acentúa el cariño de ambos. El fondo del cuadro señala que el anciano está al final del camino vital.

**LA ISLA DE LOS MUERTOS.** Arnold Böcklin. Museo de Leipzig. Ver figura 2. Obra de 1886. El tema es de misterio e imaginación. Pintó cinco obras de este tema y dijo: "son imágenes para soñar". La figura encapuchada de blanco sería Caronte, el barquero que llevaba las almas de los muertos al Hades y que inspiró a músicos y cineastas. Una de las cinco obras fue adquirida por Adolf Hitler.

**RETRATO DE SENECA.** Ver figura 3. El pintor se inspiró en un busto del siglo III a.C., retratando la moralidad estoica. Destacó en la dinastía Julia-Claudio, siendo consejero del emperador Nerón, del 37 al 68.



Figura 3

