



EN ESTE NÚMERO ENCONTRARÁS:

IV Jornada de Puertas Abiertas para Futuros Residentes

Organizar un banco de sangre en un país africano. El caso de Camerún

La ceguera en el siglo XXI: causas y cuidado de nuestros ojos

Entrevista al Dr. Lorente Balanza

Programa AMi-TEA, cuidado de pacientes con TEA

Programa de atención psiquiátrica a domicilio

8m: Día Internacional de la Mujer

V Jornada de Actualización Insuficiencia Cardíaca

Premio 60 Aniversario Farmaindustria Jóvenes Investigadores

Premios Fundación L.A.I.R

Efemérides de Investigación

Convocatorias, ayudas y premios

NOTICIAS

IV JORNADA DE PUERTAS ABIERTAS PARA FUTUROS RESIDENTES



La IV Jornada de Puertas Abiertas para Futuros Residentes se ha celebrado hoy 22 de marzo en el Salón de Actos del Hospital Universitario de Getafe. Este evento ha sido inaugurado por la Directora Médica del Hospital, la Dra. Rosa Carmen Fernández Lobato; D^a. Patricia Rodríguez Lega, la

Directora de la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario de Getafe, y el Dr. José Luis Fernández Casado, el Presidente de la Comisión de Docencia.

La Directora Médica del HUG pone en valor los servicios del hospital y el buen funcionamiento del centro

La primera intervención

de esta sesión ha ido de la mano de la Directora Médica, la Dra. Rosa Carmen Fernández Lobato, que se ha centrado en presentar a los futuros residentes que han participado en la jornada cómo es el Hospital Universitario de Getafe. Ha explicado que se trata de un Hospital de Nivel 2, que, a pesar de estar considerado de este nivel, es un tanto especial, ya que en él sí que se hacen cirugías de referencia y cuenta con los Servicios de Pediatría, Obstetricia y Psiquiatría, que es uno de los indicadores que marca la complejidad del centro. “Nuestro Hospital se encuentra un poco a caballo

entre los de gran complejidad y de menos complejidad”, ha querido simplificar la Doctora. En este centro, no se distribuyen las áreas exclusivamente por Servicios, sino que **prevalecen las unidades de cuidados, donde se destacan los cuidados de enfermería.** Además de estas unidades de especialización, el Hospital de Getafe **cuenta con diferentes códigos, como el de Ictus, con una unidad que comenzó a funcionar en julio de 2022, el código de sepsis y crisis epilépticas, entre otros.**

La Dra. Fernández Lobato ha indicado que el Hospital Universitario de Getafe, es un complejo de referencia de la red sur de la Comunidad de Madrid, del que otros hospitales dependen también, en función de la especialidad. Por ello, su

área de actuación es similar a la del Hospital Doce de Octubre. Asimismo, es un centro de referencia nivel nacional gracias a su Unidad de Grandes Quemados, a la que se derivan pacientes quemados de diferentes puntos de la geografía española. Por otro lado, es el segundo núcleo de referencia, junto con el Hospital Gregorio Marañón, para la atención de los pacientes del espectro autista (TEA) con la nueva unidad AMI-TEA que aporta una atención personalizada y un acompañamiento más exhaustivo para estas personas cuando acuden a citas médicas.



Por otro lado, cabe destacar que, tal y como ha señalado la Doctora, **el Hospital vela por la comodidad y la atención óptima del paciente, por lo que incorpora a su cartera de servicios la atención sanitaria y el ingreso médico en el domicilio,** extendido desde enero de este año, al Servicio de Psiquiatría, con intervenciones, por parte de un equipo formado por una psiquiatra y una enfermera, en las casas de los pacientes con el objetivo de que se recuperen en sus hogares manteniendo en la medida de lo posible sus rutinas, a la vez que se vuelven más partícipes de su recuperación, siendo sujetos activos a la hora de, por ejemplo, tomar la medicación.

Como pilares fundamentales que

sostienen el hospital, la Directora Médica ha querido destacar la **atención asistencial que busca siempre “un plus de calidad”**. Resalta también, por el gran compromiso social, con el mantenimiento de una economía circular que da importancia al reciclaje y cuida la eliminación de los residuos. Del mismo modo, se ha recordado la provechosa colaboración con Airbus y la metodología Lean para la gestión de grupos de trabajo que permiten mejorar la gestión.

Por último, ha recordado que el Hospital Universitario de Getafe es un centro en el que prima el trato humano, **donde todas las personas que hacen que funcione son igualmente importantes y donde la satisfacción del paciente es lo principal**. Lo ha descrito como un complejo con un enorme interés en la investigación, especialmente destacado por su Fundación para la Investigación Biomédica, en la innovación y en la docencia, donde se forma de forma continuada. Finalmente, se ha dirigido a los residentes describiéndolos como el “futuro y un estímulo, que ayudan a aprender y a desaprender aquellas cosas menos importantes” y les ha asegurado un gran prestigio y una carrera prometedora que pueden cultivar en este hospital.

La Directora de la Fundación para la Investigación Biomédica del HUG ha destacado la importancia de contar con esta unidad de investigación y ha explicado las actividades que se realizan en ella

Durante su turno, D^a. Patricia Rodríguez

Legua, Directora de la Fundación para la Investigación Biomédica del HUG, **ha destacado la relevancia de disponer en el hospital de este instituto de investigación, siendo el de Getafe el único de los hospitales de Nivel de complejidad 2 que disfruta de uno**. Con la relevancia añadida de que tiene una alianza con el Hospital Universitario de la Paz.



Los principales objetivos de la Fundación, ha señalado su Directora, son **promover la investigación de las áreas de la biomedicina, favoreciendo la innovación y la colaboración con otras entidades**. De este modo, se podrá potenciar la calidad asistencial del paciente y la ampliación de la experiencia clínica gracias a la evaluación de los diversos tratamientos y enfoques médicos. Asimismo, se obtienen fondos que financian la actividad investigadora y se difunden, también, los resultados de estas.

Esta Fundación aglutina nueve grupos de investigación que abarcan campos de estudio diversos como los Cuidados

Intensivos, el Envejecimiento y la Fragilidad, la Esclerosis Múltiple, o las Patologías Vasculares, entre otras. Patricia Rodríguez, ha expresado su deseo de poder ampliar estas nueve áreas a diez, con la inclusión de un grupo de investigación en Cirugía Plástica.

La FIBHUG dispone de un biobanco que se destina a almacenar, gestionar y distribuir muestras biológicas destinadas a la investigación.

Se puede encontrar en ella la plataforma biológica celular y molecular, con una unidad de cultivos celulares, que permite experimentar con células de orígenes variados. La Directora de la FIBHUG ha querido también destacar que **el HUG es el único del nivel 2 que dispone de una plataforma animal que cuenta con un animalario para la cría y estabulación de roedores, lagomorfos, ovinos y suidos**. Dentro de esta plataforma también hay quirófanos experimentales para grandes animales, diseñados para procedimientos quirúrgicos relacionados con la docencia. Asimismo, la FIBHUG dispone de una plataforma histológica, de un Comité Ético de Experimentación Animal (CEEA) y de un Comité de Ética de la Investigación de Medicamentos (CEIM).

Como novedad, la Directora ha señalado la realización, desde el año pasado, de cursos de introducción a la investigación que se hacen desde la FIBHUG con la colaboración de la Comisión, que desde este año se dividen en los que van dirigidos a residentes y los que se destinan a personal más senior.

Desde la Comisión de Docencia se ha querido hacer hincapié en la formación continuada de los profesionales que se ofrece en el HUG

El Presidente de la Comisión de Docencia, el Dr. José Luis Fernández Casado, ha cerrado la sesión poniendo en valor dos detalles, tal y como él ha expresado. Por un lado, la importancia de disponer del Instituto de Investigación como una forma de abrir puertas a la llegada de becas a nivel internacional y nacional y, por otro, el prestigio que tiene el HUG como hospital de tamaño mediano, conocido por todo el mundo, en el que es relativamente fácil resolver cualquier problema.



Este prestigio es conseguido en parte en el año 2011, cuando **el HUG se convierte en el primer hospital público de España en lograr el Sello de Excelencia 500+**, tras ser sometido a una auditoría externa que evalúa nueve ámbitos de actuación y estructura de gestión por procesos, mediante un sistema de gestión de la calidad según la norma ISO 9001. “Esto lo tienen pocos hospitales” ha afirmado el Dr. Fernández Casado.

En cuanto a la formación, el Presidente de la Comisión de Docencia ha mostrado que el hospital acoge a “Residentes de Postgrado de Medicina, Enfermería, Biología, Química, Farmacia y Psicología; estudiantes de Medicina, Enfermería, Ingeniería Biomédica, Fisioterapia y Derecho; Formación profesional: Técnicos en auxiliar de enfermería, técnicos en anatomía patológica, técnicos radiodiagnóstico, técnicos de laboratorio clínico y administrativos, y, por último, Formación continuada de profesionales del propio Hospital”.

Además, la satisfacción de los residentes es máxima. Así lo ha contado, al final de la jornada, Ana Castel Herrera, R3 de Radiodiagnóstico del HUG, que **ha definido su experiencia de residente en el HUG como “fantástica**, con un equipo muy bueno, donde se sienten muy bien acompañados y cuidados. Y lo más importante”, ha querido destacar esta residente, **“hay una alta capacidad de docencia que hace que nos convirtamos progresivamente en radiólogos”**, en su caso, pero, en resumen, profesionales de la especialidad escogida por cada uno.

El Hospital de Getafe tiene la complejidad de una gran Hospital con las ventajas de ambos, del hospital pequeño y humano se queda con un trato personal y humano donde todo el personal se conoce, pero con una complejidad elevada que aporta un gran prestigio siendo lugar de referencia en diversas áreas. En definitiva, se trata de un centro sanitario que proporciona muchas oportunidades, una gran cantidad de facilidades y servicios, y una muy buena reputación, lo que lo convierte en un hospital más que idóneo para acoger a los futuros residentes.

ORGANIZAR UN BANCO DE SANGRE EN UN PAÍS AFRICANO. EL CASO DE CAMERÚN

Este jueves 22 de febrero se ha celebrado la **tercera jornada del XVII Ciclo de Talleres sobre Innovación en la Gestión** organizados por el Hospital Universitario de Getafe (HUG) y la Fundación para la Investigación Biomédica del HUG.

El Dr. Cristian Escolano, Especialista en Hematología y Hemoterapia, ha impartido el taller que se ha centrado en la **Cooperación Sanitaria: cómo se organiza un banco de sangre en un país africano. Trabajar con población diferente en un país con cultura diferente** y ha relatado la campaña que se ha desarrollado junto a la ONG Idiwaka para la creación de un banco de sangre en Camerún.

La cooperación sanitaria, ha explicado el Dr. Escolano, es **la ayuda voluntaria de un donante o de un país a una población de otro**, con el objetivo de que este territorio experimente al finalizar una mejora en la salud pública. A la hora de llevar a cabo este proyecto, el organizador debe hacer un estudio exhaustivo del país al que se va a dirigir.

Para ello, hay que entender cómo es la cultura, cómo son los ciudadanos, su sistema político y sus creencias.

Antes de crear el banco de sangre de Camerún

Camerún es una república presidencialista

con una amplia variedad técnica y con un conflicto armado en el sur del país que lleva activo desde el año 2017, ha apuntado el Dr. Escolano. A pesar de que estos datos parezcan no tener una incidencia relevante a la hora de crear un banco de sangre, **la coyuntura política, social y cultural del país afecta enormemente en este sentido.**

El Dr. Escolano ha relatado que **la atención sanitaria en Camerún vive una situación precaria**, no hay Seguridad Social y, por tanto, el acceso a la sanidad no está al alcance de todos. En cuanto a las transfusiones de sangre, los ciudadanos apenas pueden costearlas en caso de necesidad, el precio a pagar suele ser más elevado que los salarios, y se practican de forma improvisada y y poco segura. Además, **las donaciones no son altruistas** en la mayor parte de las situaciones y requieren de un familiar o de un pago a un desconocido.

No obstante, **la necesidad anual es de 400.000 bolsas de sangre al año**, mientras que lo que se obtienen son unas 90.000. La falta de medios también es determinante en Camerún y las creencias y falta de información se interponen a la hora de aceptar la utilidad de donar sangre. Por otro lado, las principales causas que llevan a



rechazar a los donantes se relacionan con anemias, comorbilidades, embarazo y lactancia y no llegar al peso mínimo. Un 10,68% de las bolsas recogidas son destruidas por serologías positivas (37,53% por VHB y 27,5% por VIH).

Asentar un banco de sangre en Camerún

El proyecto se llevó a cabo en el Hospital Católico Notre Dame de la Santé de Batseng'la, un centro privado y gestionado por una congregación religiosa. **La plantilla es reducida y los medios de los que dispone también lo son.** Funciona con generadores de electricidad y paneles solares y tiene algunos laboratorios.

Con la nueva unidad de hemoterapia que se fundó en este hospital, se aplicaron una serie de protocolos para las donaciones de sangre en los que se especifican **quiénes pueden donar, quiénes no. Aquellos que cumplan los criterios establecidos, deben rellenar un formulario de donante** previo a la donación. Antes de las extracciones, los sanitarios responsables **deben hacer una serología y, al finalizar, incluirles en un registro de donantes.** Será, también, necesario etiquetar las bolsas con el tipo de componente, el grupo sanguíneo, el volumen, la fecha de recolección y de caducidad para organizar el banco y almacenar las reservas.

El Dr. Escolano hizo hincapié durante su ponencia acerca de la necesidad de **informar, orientar y educar a la población local sobre las donaciones de**

sangre (altruistas). Por eso, se hizo una labor de promoción a través de charlas y medios de comunicación, así como, mediante la formación del profesional sanitario local, necesario para que asegurar la perduración en el tiempo del banco.

Una vez que la cooperación ha terminado y se regresa al país de origen, es **imprescindible mantener el contacto con el hospital para poder solucionar cualquier problema lo antes posible** y se afianza, así, la confianza en que el proyecto pueda continuar.



LA CEGUERA EN EL SIGLO XXI: CAUSAS Y CUIDADO DE NUESTROS OJOS



La cuarta y última jornada del XVII Ciclo de Talleres sobre Innovación en la Gestión organizados por el Hospital Universitario de Getafe y por la Fundación para la Investigación Biomédica tuvo lugar el día 29 de febrero.

Esta sesión se centró en la **Ceguera en el siglo XXI: Prevalencia del glaucoma y la retinopatía diabética como causas de la ceguera actual**. Cuidado de nuestros ojos y prevención de patologías. La responsable de impartir este taller fue **la Dra. María Teresa Álvarez Barrio**. Desde el año pasado, es la Jefa del Servicio de Oftalmología del HUG. Antes, fue también Jefa de Sección de este hospital en el que lleva desde el año 1992, cuando finalizó su residencia en el Hospital Gregorio Marañón.

Al empezar su especialidad, se centró en el estudio de la retina, pero en esta área no encontraba su verdadera pasión porque **“la retina te deja ciego**. Con algunas enfermedades no puedes hacer nada y menos hace 30 años”. Sin

embargo, el polo anterior del ojo, es decir, las estructuras de la parte de delante del globo ocular, los párpados, córnea, esclera, iris y catarata fueron las elegidas para su carrera profesional. Esta circunstancia le llevó a **centrarse en el glaucoma, una de las causas de la ceguera en el siglo XXI**, junto a la degeneración macular y a la retinopatía diabética.

El glaucoma presenta síntomas muy tardíos que hacen que el paciente no sea consciente de la enfermedad hasta que está muy avanzada

El glaucoma es una afección que **daña el nervio óptico** y que se produce, principalmente, por el aumento de la presión intraocular. Se conoce como la **ceguera silenciosa** porque cuando el paciente es consciente de que le ocurre algo, el glaucoma ya se encuentra en un estado muy avanzado. Su campo visual se va reduciendo, explica la Dra. Álvarez Barrio, y todo lo que se haya perdido ya no se revierte puesto que se trata de tejido nervioso irrecuperable. Muchas



veces los diagnósticos son casuales, el paciente acude por un golpe o por tener un cuerpo extraño en el ojo y al revisarle, se ve que tiene glaucoma.

Durante esta cuarta sesión del ciclo de talleres, la Jefa de Oftalmología **defendió las campañas de detección precoz del glaucoma**, especialmente a partir de los 40 años. Además, explicó que los antecedentes familiares tienen un papel muy importante. “Siempre que diagnosticamos a una persona con glaucoma, le preguntamos si tiene hijos, para que ellos también se miren”, cuenta.

La prueba que se emplea para detectarlo en la tomografía computarizada y, como se ha incidido unas líneas atrás, es imprescindible su diagnóstico precoz, pues tiene cura. El tratamiento es escalonado, es decir, en un primer estado se pueden recetar

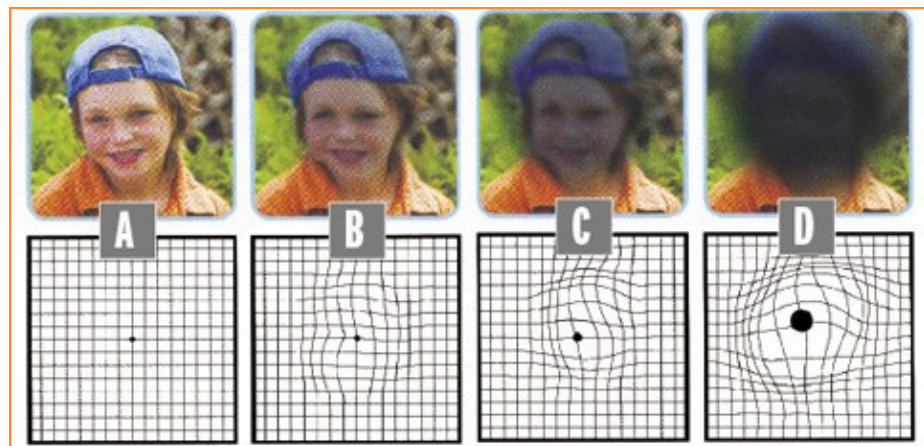
gotas (betabloqueantes, prostaglandinas, inhibidores de la anhidrasa carbónica, etc.) que sirven para drenar el humor del ojo y aliviar la presión. Más tarde, se pasaría a la cirugía láser y el

último tratamiento sería hacer una intervención como una esclerectomía profunda no perforante, una pequeña ventana en la parte superior de la esclera que hace que la resistencia a que salga el humor acuoso sea menor.

Existe otro escenario posible relacionado con el glaucoma, explica la Dra. Álvarez Barrio, y es cuando este es agudo. El paciente **experimenta mucho dolor debido a un aumento brusco de la presión intraocular** que requiere de una operación.

La degeneración macular progresa con la edad y disminuye la agudeza visual

La **causa más frecuente de pérdida de agudeza visual es la degeneración de macular**. Su principal factor de riesgo es la edad. “Por encima de los 90”, explica la Dra. Álvarez Barrio, “vemos a muchas pacientes, sobre todo mujeres, que han tenido una degeneración macular que ha avanzado progresivamente. Nos dicen que no ven bien y nos encontramos con una degeneración seca”. También, tiene un componente hereditario muy importante, el tabaco hay que prohibirlo en cuanto se detecta



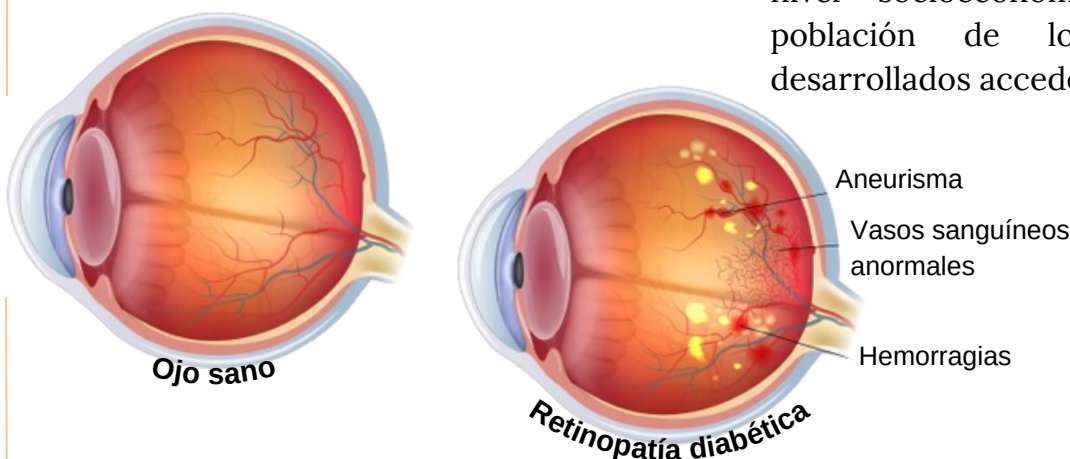
y los hábitos alimentarios hay que mejorarlos, eliminando las grasas.

El **problema de la degeneración macular reside en que no tiene cura**. Va disminuyendo la agudeza visual y

produce atrofia. No obstante, parece que **los suplementos de vitaminas disminuyen su progresión** y resultan favorables en su tratamiento, aunque, se insiste en que no tiene una recuperación.

La prevalencia de la diabetes hace que el seguimiento de la salud visual de los pacientes sea muy complicado para los sanitarios

La **diabetes mellitus es una enfermedad prevalente entre la población y es la principal causa de ceguera entre la población activa joven**, relataba la Dra. Álvarez Barrio durante su taller. Es una afección microvascular en la que el árbol vascular de la retina experimenta microaneurismas. El tratamiento consiste en **controlar de forma óptima la glucosa** de los pacientes, su tensión arterial y la función renal. Existe la opción de hacer un tratamiento de focal de forma no directa en la fovea.



La retinopatía diabética viene acompañada de la dificultad de hacer el seguimiento de los pacientes, pues estos son muy numerosos. La Dra. Álvarez

Barrio ha contado que en el Centro de Especialidades Los Ángeles de Getafe, una enfermera pasa consulta junto a dos oftalmólogos y hace un seguimiento a esos pacientes diabéticos estudiando su agudeza visual, la presión intraocular y tomando fotos del fondo del ojo. Más tarde, los oftalmólogos estudian los resultados y en caso de alguna anomalía se indican las pruebas médicas que haya que realizar.

La cooperación internacional no es suficiente para acabar con la desigualdad de recursos y tratamientos

Según el Informe Mundial sobre la Visión realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2020 sobre Ceguera y Discapacidad Visual, existen 2.200 millones de personas en el mundo con deterioro de la visión y **en 1.000 millones de ellas podría haberse evitado o no han recibido tratamiento alguno**. El bajo nivel socioeconómico impide a la población de los países menos desarrollados acceder a los recursos,

tecnología y tratamientos adecuados para enfermedades tan corrientes como las cataratas. “No solo se trata de un asunto de recursos,

sino también de formación de profesionales. Llegar a ser oftalmólogo requiere muchos años de especialización y de formación que en

esos países no puedes permitirte”, indica la oftalmóloga. La cooperación internacional es importante pero no es suficiente, añade, una vez has abandonado el país, mantener la situación es muy complicado.

A nivel internacional, **la OMS ha hecho 111 campañas para erradicar en países como Marruecos una enfermedad llamada tracoma** que se produce por la conjuntivitis no tratada. “Puede dejarte ciego porque provoca unas cicatrices muy profundas en los ojos que provoca incluso que las pestañas se metan hacia dentro del ojo”, apunta la Dra. Álvarez Barrio. En este sentido, añade, podrían mejorarse muchas cosas.

¿Sabemos cuidar de nuestros ojos?

Para la Dra. Álvarez Barrio el cuidado que hacemos de nuestros ojos es muy deficiente. “**¡No sé cómo llegamos a la edad adulta con los dos ojos útiles!**”, comenta. En general, existe un gran desconocimiento de cómo cuidar nuestro cuerpo y nuestros ojos, en particular. Por ejemplo, nos frotamos con fuerza los ojos cuando nos pican y es una de las principales causas de deformidad corneal grave, explica la Doctora. Esto hace que la córnea se debilite, se produce queratocono, una enfermedad que provoca un alto astigmatismo.



Dr. José Ángel Lorente Balanza

Jefe del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario de Getafe

El Dr. José Ángel Lorente es el Jefe del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario de Getafe y, ahora también, es Catedrático de Medicina Intensiva por la Universidad Europea. Dedicar su día a día a los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos y en la Unidad de Grandes Quemados del HUG y sacar tiempo, además, para la investigación.

Durante sus estudios de Medicina, empezó a sentir un gran interés por la fisiología, lo que le llevó a especializarse en una disciplina muy exigente en cuanto al nivel de trabajo, tal y como la define el Doctor, y que implica un alto estándar de docencia y de asistencia. Desde el año 1992 trabaja en el Hospital Universitario de Getafe donde está implicado enormemente en el cuidado de los enfermos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos y en la Unidad de Quemados.

DR. JOSÉ ÁNGEL LORENTE, JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HUG: “UN HOSPITAL SIN INVESTIGACIÓN ES UN HOSPITAL POBRE”

PREGUNTA: ¿Por qué escogiste la Medicina Intensiva y qué te aporta en tu día a día?

RESPUESTA: La medicina intensiva es una especialidad muy interesante por varias razones. Una es que se trata de una especialidad que tiene mucha relación con la fisiología y la fisiopatología, y cualquier médico al que le guste esta disciplina va a tener aquí una oportunidad de satisfacer esa inquietud.

Es **muy gratificante en el sentido de que el efecto de las intervenciones que se implementan es generalmente muy, muy rápido**. Suceden en días, horas o minutos. Y esta es una característica también interesante de la medicina intensiva, es muy dinámica. Los problemas que nos planteamos cada día son muy diferentes y eso hace que cada día sea muy distinto, no hay día igual al anterior. Al final, **todo depende de la evolución de los pacientes** y de los que lleguen nuevos. Pienso que es el sitio más interesante para trabajar, en general, y, dentro del hospital, también es la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), porque es muy cambiante, es muy dinámica. También, exige un estado de atención muy alto para identificar los problemas.

Otra peculiaridad es que **la especialidad se ha hecho muy compleja, quizá en las últimas dos décadas, por el uso de nuevos sistemas de monitorización.** Tenemos que conocer uso de técnicas de diagnósticas y de monitorización que exigen una formación especial y continuada, no solo en el manejo de las herramientas, pero también en manejo del enfermo crítico.

P: ¿En qué consiste el trabajo diario de un médico intensivista?

R: Nuestro trabajo diario consiste inicialmente en el **conocimiento detallado de la situación de cada enfermo de ese día**, eso lo hacemos en una sesión de la mañana. Esa sesión es muy importante porque se mencionan y se discuten cambios que ha habido en los pacientes el día anterior durante la noche con más detalle en los pacientes que han ingresado y se hace un plan con esos pacientes para ese. **Esto exige, pues, un examen detallado de la situación del paciente, el examen físico, los análisis de ese día.** La especialidad nuestra tiene la peculiaridad de que la situación del enfermo es muy cambiante. Por eso **hay que ver a los pacientes con detalle durante la jornada laboral y, a veces, hay que reexaminarlos durante la guardia.**

Nuestro trabajo tiene, también, la peculiaridad de que, debido a la característica de los pacientes, **con frecuencia requieren procedimientos que se hacen en la UCI**, como monitorización cardiovascular, canalización de vías para el tratamiento

y monitorización, monitorización de otros aspectos de la disfunción de órganos, de la función cerebral, etcétera. A menudo, hay que acompañar al paciente a hacer pruebas de imagen, al servicio de Radiología y algunos requieren de intervenciones quirúrgicas. **El enfermo es muy dinámico y requiere de mucha atención y de una toma de decisiones frecuente y rápida.** Otra peculiaridad es que esto sucede durante las 24 horas del día, durante las horas de la jornada, pero también durante la tarde y la noche, en las guardias.

Por razones asistenciales y también formativas, tenemos otra sesión a las 13:00H en la que de forma más detallada que en la anterior, se discuten los problemas de los pacientes uno por uno. Y, después de esta reunión se terminan las tareas que estén pendientes.



El enfermo crítico es muy dinámico y requiere de mucha atención y de una toma de decisiones frecuente y rápida.

P: ¿Qué exigencias tiene el trabajo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)?

R: La UCI es una **unidad especial en el hospital que forma parte del Servicio de Medicina Intensiva.** El trabajo nuestro tiene vario aspectos, como en otras especialidades, de asistencia a la docencia y la investigación. Queremos desarrollar las tres de forma excelente. Lo principal es ver a los pacientes y atenderles bien siempre con las herramientas más actualizadas de que

dispongamos. Y de la mano de la asistencia va a la docencia y la investigación, no son cosas contrapuestas ni independientes, sino que están muy relacionadas y, de hecho pensamos que tener investigación también es excelente.

La asistencia en la UCI, en nuestro caso, incluye la de enfermos polivalentes. En una UCI general tenemos 18 camas y es una UCI de una complejidad elevada porque **somos referencian de diferentes especialidades para otras áreas de salud, cirugía de tórax, neurocirugía, cirugía vascular y muy particularmente para enfermos quemados.** Tenemos enfermos quemados de otras provincias del país que ingresan en una en una parte de la UCI que está físicamente separada, que es la Unidad de Grandes Quemados.

P: El Médico Intensivista no puede trabajar solo en la UCI. ¿Quiénes conforman el equipo que hace que esta unidad funcione?

R: La atención del enfermo crítico exige la colaboración íntima de otros profesionales. El médico hace su trabajo en **colaboración muy estrecha con el personal de enfermería, con los auxiliares de enfermería, TCAES, y celadores.** Los enfermeros y enfermeras de la UCI tienen una gran importancia ya que **la evolución del enfermo crítico depende del cuidado de ellos.** Son profesionales formados en la medicina intensiva y, en el caso del Hospital de Getafe, también, en grandes quemados.

Además, contamos con médicos y residentes en formación. Mantenemos una importante y estrecha colaboración con el servicio de farmacia para abordar el tratamiento farmacológico de los pacientes críticos.

P: La Unidad de Grandes Quemados del Hospital Universitario de Getafe es un centro de referencia para la asistencia e investigación de enfermos quemados. ¿Qué particularidades tiene?

R: La Unidad de Quemados en el contexto del servicio UCI implica retos especiales. Las características de nuestro trabajo que, ya suceden en la UCI, pues aquí son más importantes. **La colaboración con el personal de enfermería es esencial.** La evolución del enfermo depende de estos profesionales que están, además, especializados, en este caso especializadas porque son seis enfermeras, en el cuidado de las quemaduras. Por otro lado, también se colabora con otros especialistas como los cirujanos plásticos ya que el enfermo necesita repetidas intervenciones.



Los enfermos críticos son muy demandantes, pero **el paciente quemado lo es si quiere más, debido a que necesita estas intervenciones repetidas** que te mencionaba, y son más inestables, ya que pueden experimentar complicaciones infecciosas muy graves, con necesidades de cuidados diferentes. Por ejemplo, en muchos casos, se prescribe la sedación diaria y esto exige una gran dedicación de tiempo por parte de los médicos.

P: El Médico Intensivista necesita actualizarse continuamente, ¿en qué medida consideras que esta especialidad debe dedicarle tiempo a la investigación?

R: La investigación es una parte de la tarea del médico intensivista. Todos los puestos estamos implicados en ella y, a pesar de que con frecuencia es difícil encontrar ese tiempo, es muy importante hacerlo. **Es muy relevante para un hospital que se investigue, un hospital sin investigación es un hospital pobre**, donde la asistencia es peor porque la investigación está unida a la calidad de esta. Además, es necesaria para los médicos porque es un estímulo y una forma de mantener una práctica actualizada y de no estancarse.

La medicina basada en la evidencia exige un estudio continuo y requiere de mucho rigor en la práctica, eso necesita que haya mucha discusión. No queremos que la práctica esté basada en la opinión o en prácticas no contrastadas que no

estén demostradas, sino que queremos la mejor evidencia disponible para cada pregunta que nos hacemos, por eso necesitamos la investigación.

La homogeneidad de la práctica clínica es otro eje vertebral que queremos también que sea el sustento de la práctica, o sea, que el paciente, también por razones éticas, **reciba el mismo tratamiento, independientemente del médico**, concretamente, del equipo que atiende a ese paciente. Todos deben tener la misma oportunidad y de curarse independientemente del profesional que le atiende de forma inmediata. Creemos que esto es también un signo de calidad.

“**Es muy relevante para un hospital que se investigue, un hospital sin investigación es un hospital pobre.**”

P: Antes mencionaste que la Medicina Intensiva exige una formación continuada, ¿cómo se materializa esto en el trabajo en el Hospital de Getafe?

R: Lo cierto es que **el aspecto asistencial está muy, muy relacionado con el aspecto de formación.** La más inmediata y diaria es la formación de posgrado. Tenemos residentes, dos por año que formamos en la especialidad. Estos residentes rotan en diferentes servicios fuera de la UCI, pero en cierto momento en la residencia, están aquí prácticamente full time durante 3 años. Y esa actividad de formación es

continúa durante 34 horas durante la mañana, durante y durante la guardia.

De manera más especial, también está la formación de pregrado. Tenemos estudiantes que rotan con nosotros de la Facultad de Medicina de la Universidad Europea de Madrid. Rotar en tercero y **es muy interesante porque aquí ya tienen la oportunidad de adquirir formación sobre cómo valorar a un enfermo grave, a un enfermo crítico, cómo monitorizarle y cómo aplicar algo que ya en ese momento están aprendiendo en esos años precoces de la carrera, como es la fisiología.** Por otro lado, tenemos estudiantes de sexto de carrera de una asignatura optativa que es de Medicina Intensiva, que es original.

P: ¿Cómo se cuida al paciente crítico una vez ha salido de la UCI? ¿Se hace un seguimiento desde Medicina Intensiva?

R: Este es un tema que quizá no se ha resuelto. Cuando se da el alta de la Unidad de Grandes quemados, por ejemplo, va a la planta de cirugía plástica y nosotros no la seguimos. Son enfermos cuyos problemas médicos han mejorado claramente, **no tienen que estar en la UCI, pero requieren de mucha atención.** Quizás sí se podría, al menos por un tiempo seguir el manejo de estos pacientes en la planta, pero no lo hacemos y no lo hace nadie.

P: Estas mejoras que experimentan los

pacientes críticos en la UCI son esenciales, pero ¿cómo se recupera el paciente de las secuelas de la propia estancia en esta unidad?

R: Ahora nos hemos centrado mucho en la investigación científica de la especialidad, en lo que se llama **desenlaces a largo plazo.** ¿Por qué? Porque nos hemos dado cuenta de que, siendo desde luego muy importante el manejo agudo del enfermo durante la fase más crítica de la enfermedad, **los enfermos que sobreviven tienen luego una evolución que se caracteriza por lo que se llama la enfermedad crítica crónica.** Es la persistencia de un estado de gravedad, pero menos agudo, más prolongado en el tiempo, que tiene un correlato bioquímico y fisiopatológico que estamos conociendo mejor, que es la persistencia de un estado de inflamación más prolongado en el tiempo, pero menos marcado con cambios clínicos muy evidentes. Cambios como la debilidad crónica, a veces tetraparesia, debilidad muscular que tiene que ya empezamos a describir bien tiene un conveniente neuropático muy complejo. Por eso, se llama de una forma genérica debilidad adquirida en la UCI. Incluso se ha observado también un **deterioro cognitivo parecido a la enfermedad de Alzheimer después de la estancia en la UCI.**

Estamos viendo el impacto que tiene el tratamiento agudo, o sea, hemos demostrado ya que tiene un impacto en esos desenlaces a largo plazo que se

observan durante las semanas, meses y años después del ingreso en la UCI. Está relacionado con el tratamiento que reciben en la UCI y esto es un tema de investigación muy interesante en el cual también estamos nosotros implicados. En la fase aguda nos centramos en la supervivencia, que antes era nuestro objetivo único, ahora lo sigue siendo, pero también **queremos ver cómo sobrevive y cómo lo que hacemos tiene impacto en esa calidad de vida.**



Los enfermos que sobreviven en la UCI tienen luego una evolución que se caracteriza por lo que se llama la enfermedad crítica crónica.

P: ¿Esta situación de la que hablas está inducida únicamente por la inmovilización del paciente o hay otros factores que influyen?

R: Claro, está en relación con inmovilización y, además, con tratamientos que reciben nuestros pacientes, con el tipo de ventilación mecánica o con la posibilidad de desarrollar una infección más grave. Una de ellas es la inmovilización, por eso ahora **hemos intensificado la fisioterapia de los pacientes de UCI.** Desde el momento del ingreso, tanto en la UCI General como en la unidad de grandes quemados, el enfermo es valorado por el médico rehabilitador, con el que queremos tener una colaboración más estrecha. Cuando obviamente es posible, de acuerdo con la situación del enfermo,

no siempre se puede hacer en el primer momento del ingreso, pero sí, cuando se pueda se debe iniciar la fisioterapia gracias a **un esfuerzo grande del servicio de rehabilitación** y de los fisioterapeutas designados para la UCI. Esto es un avance reciente muy importante.



EL PROGRAMA AMI-TEA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE ADAPTA LA ATENCIÓN SANITARIA A LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES CON AUTISMO

El Hospital Universitario de Getafe ha implementado el **programa AMI-TEA para la mejora de la atención asistencial de las personas con trastornos del espectro autista (TEA)**. Desde su implantación en el mes de mayo de 2023, ha atendido a más de 90 pacientes y ha llevado a cabo más de 400 actuaciones médicas.

El proyecto depende del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Getafe y está coordinado por Ignacio Meléndez, psiquiatra del hospital, y por Laura Ramírez Estaban, enfermera especializada en salud mental. AMI-TEA se presenta como **una oportunidad para cubrir una necesidad que los familiares de estos pacientes y las asociaciones de usuarios llevaban pidiendo** desde hace años. Su objetivo es evaluar las necesidades médicas de los pacientes con TEA, **teniendo en cuenta las peculiaridades** que parten de esta patología, para que puedan recibir una

atención adaptada, igualitaria e integral por parte de los servicios de Atención Primaria y Salud Mental, creando un ecosistema en el que ambas áreas se coordinen en beneficio de estos pacientes.

El Dr. Meléndez, el psiquiatra que dirige este programa en el #HUG, ha explicado que con AMI-TEA **se cubre la parte de la salud física** ya que, en ocasiones, el sistema de salud público no atiende siempre a las particularidades de las personas con autismo, como las comorbilidades asociadas al trastorno o las del propio trastorno. Por ello, añadía este psiquiatra, se trata de **adaptar los espacios haciéndolos más accesibles**. Laura Ramírez, la enfermera que trabaja en este programa, hablaba de la **utilidad de los pictogramas**, que se han instalado en colaboración con la Fundación Orange, como un sistema aumentativo y alternativo de comunicación que sirve

de apoyo al lenguaje verbal, de forma que el paciente comprenda mejor el mensaje.



Las personas con TEA, normalmente, presentan dificultades que surgen de la comunicación social, relacionadas con la utilización del lenguaje, tanto verbal como no verbal. ¿Si estos pacientes se encuentran con esta barrera que se forma a la hora de comunicarse con otras personas y en cuanto al entendimiento de las relaciones sociales, cómo se puede llevar a cabo una consulta médica en la que el paciente haya comprendido todo lo que está ocurriendo?, se pregunta el Dr. Meléndez. Además, explica, **quienes tienen este diagnóstico experimentan un estrés elevado al acudir a las consultas**, se sale de su rutina, es un cambio en su entorno y en sus hábitos estables. Del mismo modo, los pacientes con TEA tienen una sensibilidad

superior y presentan alteraciones sensoriales que se pueden ver acrecentadas a la hora de acudir al médico. Todo ello, puede resultar muy abrumador para estos niños y adultos con TEA.

Con AMI-TEA, cuentan los responsables, **se quiere hacer un trabajo coordinado con otras especialidades como la Oftalmología, Traumatología o Pediatría** para que, por ejemplo, se reduzcan los tiempos de espera para estos pacientes, se adecúe la iluminación de las salas a sus sensibilidades o se adapte la cantidad de información que van a recibir. Otro de los servicios que ofrece el programa es el **acompañamiento de los pacientes a las citas médicas de otras áreas**, aconsejando a los profesionales que vayan a tratarles e indicándoles cuál es la aproximación más adecuada.

El programa AMI-TEA Getafe se sitúa en el marco del Plan Estratégico de Salud Mental 2022-2024 de la Consejería de Sanidad, implantado en el Hospital Universitario de Getafe tras el éxito en el Hospital General Gregorio Marañón. El verdadero triunfo de este programa, concluye el Dr. Meléndez, resultaría de su propia eliminación, es decir, que la implementación sea estructural y orgánica, de forma que el resto de los profesionales no lo necesiten y sea parte de su trabajo normal y diario. Y, por último, **que el autismo tenga una mejor comprensión por parte del sector sanitario, pero también por todo el conjunto de la sociedad.**

EL NUEVO PROGRAMA DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA A DOMICILIO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE HACE UN SEGUIMIENTO DE ESTOS PACIENTES DESDE SUS HOGARES

Un equipo conformado por una psiquiatra, Diana Batet, y por una enfermera especializada en Salud Mental, Teresa Ávila, ambas del Hospital Universitario de Getafe, ha puesto en marcha en este complejo el **nuevo programa de la Comunidad de Madrid de atención psiquiátrica a domicilio**.

De lunes a viernes y desde el pasado 8 de enero, esta psiquiatra y esta enfermera atienden a los pacientes hospitalizados en sus casas. Estos ingresos son de **personas que se encuentran en una fase de descompensación aguda o que tienen una primera crisis de salud mental**, como un episodio psicótico, maníaco o depresivo. No obstante, **no todos los pacientes pueden participar** ya que, si el riesgo autolítico es elevado, tienen riesgo de suicidio o están con un consumo activo de tóxicos que interfiera en la clínica del paciente, no están contemplados dentro de los posibles participantes de este programa.

Las ventajas de este nuevo programa son varias. En primer lugar, al estar en sus casas **“tienen un trato más familiar, más cómodo”**, explica Diana Batet, “hay ciertas incomodidades al estar en un



hospital, como compartir baño, que así se evitan”. Además, tanto los pacientes como las sanitarias pueden estar en contacto con su entorno y con las familias, que pueden intervenir. Del mismo modo, **el paciente tiene un papel más activo, “es más responsable a la hora de tomar la medicación** y, a la vez, continúa su día normalmente: hacen su comida, se duchan, las tareas de la casa, etc.”, añade la psiquiatra. Para el personal sanitario, este sistema es ventajoso porque se puede observar al paciente en su rutina diaria y apreciar más fácilmente **las dificultades a las que se enfrenta y que, incluso, pueden haber interferido en la crisis**. “Pueden ser barreras a la hora de acceder a la medicación o situaciones de estrés que tengan que ver con el propio manejo del paciente en el domicilio. Verlo in situ en el domicilio nos permite trabajar de forma más directa”, comenta Diana Batet.

Todos los cuidados que el paciente tendría en planta están cubiertos en su ingreso domiciliario. **“Se cubren todos los cuidados que tendría en planta, no solo la entrevista con psiquiatra o la valoración de la enfermera, sino también del tema somático, constantes en cada visita, analítica, etc.”**, relata Teresa Ávila.

Acceder a este recurso se hace **a través de las Urgencias del hospital, la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría o bien desde el centro de Salud Mental.** Con este programa, los pacientes integran su situación dentro de su día a día. No se contempla como una circunstancia abrupta, como lo es el ingreso hospitalario, y se evita el sentimiento de aislamiento.

Asimismo, **“el ingreso doméstico permite una continuidad de cuidados bastante buena”**, cuenta Teresa Ávila, y la red de cuidados se intensifica haciendo que estos pacientes se sientan más arropados y sujetos por esta forma de cuidados que incluso permite que se fidelicen en mayor grado con el sistema de salud.



8 DE MARZO

DÍA INTERNACIONAL DE LA MUJER



La Fundación para la Investigación Biomédica **se suma a la celebración del 8 de marzo, Día Internacional de la Mujer**, destacando la labor de las mujeres que trabajan e investigan en ella y poniendo en valor su trabajo y sus capacidades.

El 8M, breve historia

El día 8 de marzo resalta en el calendario desde hace más de 100 años como una fecha para celebrar los derechos conseguidos por las mujeres. Tras la Revolución Industrial a finales del siglo XIX, en un contexto de transformación económica y del trabajo, las mujeres se encuentran con una situación de explotación en el entorno laboral sin ninguna ley que las protegiese. **Con una huelga de trabajadoras del textil, garment workers**, en Nueva York el 8 de marzo de 1857 que concluyó con 120 mujeres asesinadas a manos de la policía, se podría decir que empezó toda la lucha de las mujeres por sus derechos y por mejorar su situación. En España, desde 1936 se conmemoraba, pero de forma discreta, y en 1978 se convocó la

primera manifestación autorizada por el Día de la Mujer, celebrado por la Naciones Unidas desde 1975.

Desigualdad en los estudios y en las carreras de investigación

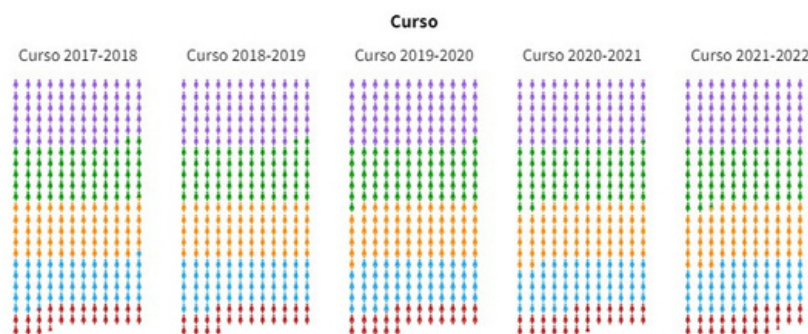
Ya lo contábamos en el Día Mundial de la Mujer y la Niña en la Ciencia. Las científicas, **según los datos de 2018 del Informe sobre Ciencia de la UNESCO suponían en todo el mundo tan solo el 33% del personal de investigación** con una reducción en la representación a medida que se avanzaba en la carrera investigadora mientras que la de los hombres crecía. Un fenómeno que recordamos se conoce como **la “tubería que gotea”**, producido por factores como la “inestabilidad, dedicación, movilidad, competitividad y dificultades para acceder a financiación” recogidos en el informe sobre la Situación de las Jóvenes Investigadoras en España. Además, **los roles de género sometían sus profesiones y trabajos STEM y el papel impuesto histórica y socialmente de cuidadoras**, tanto de hijos como de mayores a su cargo, limita la progresión y el crecimiento de sus carreras.

Del mismo modo, esta situación es aún más alarmante cuando observas que **las mujeres tienen una representación mayor que los hombres en las carreras universitarias** excepto en la de Ingeniería y Arquitectura. En la rama de Ciencias de la Salud, en el curso 2021-2022, eran el 71,8% del total de matriculados y, en Ciencias, eran más un poco más de la mitad de los alumnos, un 60,6%.

Evolución del porcentaje de alumnas matriculadas en estudios de grado y primer y segundo ciclo según rama de enseñanza. Cursos 2017-2018 a 2021-2022.

(Porcentaje de mujeres sobre el total del alumnado en cada rama de enseñanza)

■ Ciencias de la salud
 ■ Artes y humanidades
 ■ Ciencias sociales y jurídicas
 ■ Ciencias
 ■ Ingeniería y arquitectura



Fuente: Científicas en cifras 2023

Las científicas también se ven **discriminadas por razones de sexo y experimentan en sus entornos laborales acoso sexual**. Este acoso sexista puede ser por razón de sexo, por atención sexual no deseada y por coacción sexual. Estos son comportamientos que independiente de si se hacen en función del sexo de la persona o son de naturaleza sexual, el objetivo último es atentar contra la dignidad de la víctima ahogándola en un entorno intimidatorio, degradante y ofensivo.

Las **mujeres científicas tienen experiencias laborales más negativas que sus compañeros varones**, según el Estudio sobre la situación de las jóvenes investigadoras en España. Sufren discriminación de género, la derogación de este y sexismo. Además, **el acoso sexual está a la orden del día en la ciencia, medicina, ingeniería y tecnología**, con el mayor en aquellas mujeres que están racializadas y que pertenecen a colectivos LGTBI. De acuerdo con una encuesta realizada por la Unión Europea, las mujeres sufren en

mayores ocasiones acoso sexual verbal e insinuaciones sexuales amenazantes.

¿Cómo podemos dejar de favorecer entornos laborales hostiles para las mujeres? El clima organizacional es un factor importante que puede favorecer y, por tanto, acabar

con el acoso sexual y por razón de sexo. Por ejemplo, **se puede luchar por la paridad en las plantillas, dejando de lado las que están masculinizadas, pues se crea un ambiente más cómodo para ellas** y con personal igualmente competente y cualificado. También, imponer una política de tolerancia cero al acoso o humillaciones que no inviten a actuar ni protejan a los acosadores.

Sesgos de género en Medicina

En el año 1991, The New England Journal of Medicine publicó un artículo en el que se señalaba **una diferencia notable en el número de angiografías coronarias que se realizaban a los pacientes masculinos que, a las mujeres, siendo más elevado el de los primeros que el de las segundas**. A partir de ese momento, empezó a popularizarse el **concepto de sesgo de género en medicina** y en la atención sanitaria que se manifiesta cuando ante la misma necesidad sanitaria, se realiza un esfuerzo superior o diferente de diagnóstico o tratamiento para uno de los dos sexos, comúnmente,

para los hombres, agrandando las desigualdades en salud.

A medida que aumentaba la consciencia sobre este asunto, también lo hacía las evidencias de que ocurría. Otra revista, Nature Communications, reveló en el año 2019 que, **en al menos 700 enfermedades, las mujeres recibían un mayor retraso diagnóstico** que los hombres con los consecuentes errores en la estrategia terapéutica incidiendo en la morbilidad y mortalidad. En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) apunta que a pesar de que la esperanza de vida es mayor en ellas que en los hombres, la morbilidad es más elevada en las mujeres.

Estas desigualdades vienen de la mano de **una cultura y sociedad que está cortada por un patrón masculino** que, en temas de salud, las diferencias biológicas entre hombres y mujeres que conllevan cambios, por ejemplo, en la manifestación de síntomas de una misma enfermedad, sean desconocidos y nada divulgados. También, tienen que ver con que los roles y el contexto social son condicionantes que influyen la forma en la que enferman las mujeres y en la que piden ayuda. En ocasiones, se minimizan y desprecian los síntomas que padecen estas y se justifican con causas emocionales o psicosomáticas. Por otro lado, se ha denunciado también la poca presencia de mujeres en estudios clínicos.

Durante la III Jornada de actualización y Consenso para Ginecología y Atención Primaria que se celebró en febrero en el

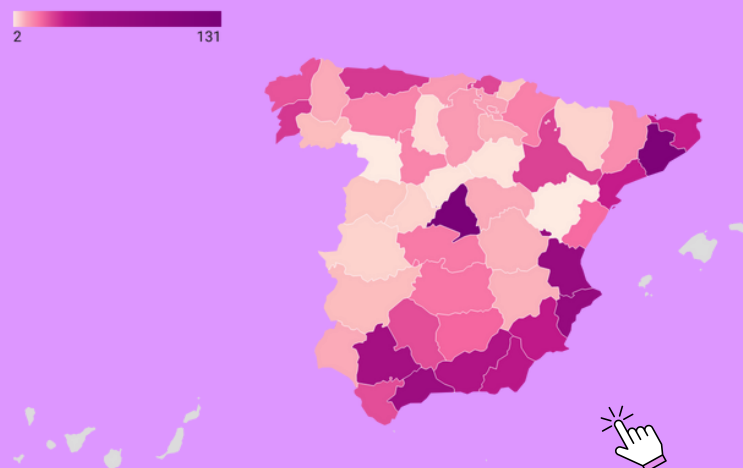
Hospital Universitario de Getafe, la Dra. Elena Polentinos, Médico de Familia de la Unidad de Investigación de Gerencia Asistencial de Atención Primaria, con la finalidad de luchar contra el sesgo de género en medicina, señaló la importancia de **considerar a la persona como sujeto activo en su proceso de salud y de devolverle la palabra**, especialmente a las mujeres a través de una escucha activa.

La violencia de género continúa siendo un problema estructural

En un día como el 8 de marzo, es necesario también poner atención en la violencia de género, un problema estructural que se materializa en **el asesinato de 1.245 mujeres en 20 años, desde 2003**, según los datos del Ministerio de Igualdad. En lo que llevamos de año 2024, el número de mujeres asesinadas es de 5 y el de niños huérfanos es de 6, 438 desde 2013.

Femicidios en España desde 2003

Cantidad de víctimas mortales acumulada en cada provincia desde el año 2003



Mapa: FIBHUG • Fuente: Ministerio de Igualdad • Creado con Datawrapper

V JORNADA DE ACTUALIZACIÓN DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

El Hospital Universitario de Getafe (HUG) y la Fundación para la Investigación Biomédica del HUG celebran la V Jornada de actualización sobre Insuficiencia Cardíaca (IC) organizada por la Sociedad Castellana de Cardiología. Este acto tendrá lugar el día **24 de abril en el Salón de Actos del Hospital**. Comenzará a las 8:45 horas de la mañana y tiene prevista su clausura a las 18:00 horas.

Los participantes deberán completar su inscripción antes del 17 de abril de 2024. Para hacerlo, tienen que enviar al correo secretaria@castellanacardio.es los siguientes datos:

- Nombre completo
- DNI
- MIR/FEA/DUE
- Especialidad
- Lugar de trabajo

Esta sesión está coordinada por Jesús Casado Cerrada, de Medicina Interna del HUG, por Jesús Perea Egido de Cardiología del HUG y por Marta Checa López de Geriatria del Hospital. Durante esta jornada, se hablará de la **utilidad de los biomarcadores en práctica clínica, se hará una actualización de las patologías frecuentes en insuficiencia cardíaca como la obesidad o ferropenia**. Además,

se hará un abordaje práctico para mostrar la forma más óptima de aplicar ciertos tratamientos.

Tras el descanso, se hará una aproximación de la insuficiencia cardíaca en pacientes geriátricos y de los cuidados desde enfermería a las personas con IC. Del mismo modo, se pondrá atención en **la actuación en Atención Primaria y la coordinación con el hospital**. También se abordará la situación de los pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada y unas orientaciones sobre cómo actuar. Para finalizar, antes de las conclusiones de la jornada, varios especialistas en Cardiología se centrarán en el manejo de miocardiopatías en IC.

Esta cita contará con **profesionales sanitarios del Hospital Universitario de Getafe** y con otros procedentes de diversos centros de salud y hospitales de la Comunidad de Madrid.

Patrocinan: Novartis, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Pfizer, Lilly, Novo Nordisk, Bristol Myers Squibb y Daiichi-Sankyo.

Descarga aquí el [Programa](#)



PREMIO 60 ANIVERSARIO FARMAINDUSTRIA JÓVENES INVESTIGADORES

Con motivo de su 60 aniversario, Farmaindustria ha convocado el **Premio 60 Aniversario Farmaindustria Jóvenes Investigadores** con el objetivo de reconocer y apoyar el trabajo de jóvenes investigadores **centrados en el campo de las ciencias de la salud humana y con experiencia y proyectos de investigación preclínica-traslacional, que impulsen o puedan impulsar el desarrollo de nuevos medicamentos** o que permitan avanzar en el conocimiento de medicamentos que sirvan para una mejora de la atención a los pacientes.

Candidaturas y requisitos

Los candidatos al Premio 60 Aniversario Farmaindustria Jóvenes Investigadores deben:

- Tener entre 18 y 40 años antes de la fecha límite de presentación de las candidaturas. En caso de tener hijos, se les aplicará un año extra por hijo tras adjuntar una fotocopia del libro de familia o certificado de nacimiento de los hijos. En caso de haber solicitado un permiso oficial de paternidad, se procederá del mismo modo.
- Tener nacionalidad española o residir legalmente en España. La actividad investigadora debe desarrollarse también en España.
- Tener proyectos de investigación en curso en el ámbito de las ciencias biomédicas, a nivel preclínico/traslacional, y que sirvan para la mejora del conocimiento y/o el desarrollo de medicamentos.

Las **candidaturas deben presentarse antes de las 15:00h del 15 de marzo de 2024** a través del formulario de este enlace. Los interesados deberán adjuntar los siguientes documentos:

- Currículum resumido en una página
- Listado de publicaciones como autor, grado de diseminación, repercusión o posterior desarrollo, patentes y acuerdos de transferencia y potencial impacto social de las mismas. También, se podrá indicar la participación a congresos, acreditación en premios y otros reconocimientos relacionados con la investigación
- Carta de apoyo redactada por responsables o personas relevantes de organizaciones e instituciones con prestigio en la que se reconozca el talento, las contribuciones más relevantes, el potencial desarrollo futuro y de impacto de las investigaciones del candidato

Los criterios que se tendrán en cuenta a la hora de evaluar a los candidatos serán los siguientes:

- Experiencia en proyectos de investigación originales y destacados
- Nivel de innovación de los proyectos y cómo destaquen ante otros similares
- Repercusión o influencia internacional
- Estado de desarrollo o avance del proyecto
- Potencial de desarrollo

- Fortaleza de las patentes
- Aplicabilidad o capacidad de contribución en el progreso de la investigación, desarrollo y conocimiento de medicamentos

El **4 de abril se hará público el fallo del Comité de Evaluación del Premio 60 Aniversario Farmaindustria Jóvenes Investigadores** y el premio, junto a un diploma, se entregarán en el acto de celebración del 60 aniversario de Farmaindustria, el 18 de abril de 2024.

El valor del premio es de 40.000€. Un 20% del total será directamente para el ganador y el resto se ingresará en la entidad a través de la que el investigador gestione su actividad para apoyar sus proyectos de investigación.

Consulta las [Bases de la Convocatoria](#)
Accede a la [Candidatura](#)



LA FUNDACIÓN L.A.I.R CONVOCA DOS PREMIOS A LA INVESTIGACIÓN EN EL CAMPO DE LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS DE BASE INMUNOLÓGICA



La Fundación L.A.I.R, dedicada a la investigación y a la formación de investigadores **en el campo de la respuesta inmune**, convoca el premio a la mejor tesis doctoral y el premio al mejor artículo científico.

VIII Convocatoria de Premios a la Mejor Tesis Doctoral “Dra. Menéndez”

La Fundación L.A.I.R otorga el premio “Dra. Menéndez” a la Mejor Tesis Doctoral en el ámbito de las enfermedades sistémicas de base inmunológica. Así, se pretende recompensar el esfuerzo y el compromiso puestos a la hora de trabajar en una tesis doctoral, reconociendo la implicación de los doctorandos y colaborando en la difusión de los resultados.

Las Tesis Doctorales que son aptas para participar en la convocatoria son aquellas que se hayan defendido en una institución española entre el 1 de Septiembre de 2022 a 31 de Julio de 2023, ambos incluidos. Tienen que estar relacionadas con el ámbito de las enfermedades sistémicas de base inmunológica.

El plazo para presentar la solicitud finaliza el 15 de abril de 2024. Los participantes deben enviar la documentación que se indica a continuación a través de <https://wetransfer.com/>

al correo electrónico convocatoriaslair@cilsp.com:

- Formulario de solicitud cumplimentado, en el que se facilitarán los datos de contacto y un breve resumen en el que el autor explique el contenido de la tesis y sus contribuciones más relevantes en el área de estudio.
- Copia del manuscrito de la tesis doctoral en formato PDF
- Copia de aquellas evidencias que indiquen de manera objetiva la calidad del trabajo presentado (artículos en revistas científicas, con el DOI; comunicaciones a congresos, distinciones...)
- Copia del DNI o pasaporte
- CV Normalizado Abreviado del autor
- Certificación del título de Doctor tras la lectura de la tesis doctoral

El **premio está valorado en 3.000€** y el ganador también recibirá un diploma acreditativo.

- **Para ver la convocatoria accede al siguiente enlace**
- **El formulario de solicitud puedes encontrarlo aquí**

XI Convocatoria de Premios a la Mejor Investigación “Profesor Durantez”

La Fundación L.A.I.R concede el premio “Profesor Durantez” al **mejor artículo original de investigación en el campo de las enfermedades sistémicas de base inmunológica.**

Los artículos propuestos deben haber sido **publicados en una revista indexada durante el año 2023**. Deben centrarse en una **investigación (básica o clínica)** del ámbito de las enfermedades sistémicas de base inmunológica. Los candidatos deben ser investigadores que desarrollen su actividad **en centros de investigación españoles**. Para ser aptos a esta convocatoria, cada participante solo puede enviar **un solo trabajo** y debe ser el **primer firmante de un artículo científico original** relacionado con la materia que se ha especificado anteriormente, indexado en Medline, y con fecha de publicación electrónica del año 2023.

Al igual que con el premio a la mejor tesis doctoral, **el plazo de presentación de solicitudes finaliza el 15 de abril de 2024**. Los participantes deben enviar la documentación que se indica a continuación a través de <https://wetransfer.com/> al correo electrónico

convocatoriaslair@cilsp.com:

- Formulario solicitud cumplimentado
- Copia del DNI/pasaporte del solicitante.
- Artículo científico en formato PDF.
- CV normalizado abreviado (MEC, ISCII o similar) del primer firmante del trabajo en formato PDF.

El valor del premio es el mismo que en el que se otorga en la categoría de Tesis Doctoral, **3.000€**, además de un **diploma acreditativo a todos los firmantes del artículo**.

- **Para ver la convocatoria accede al siguiente [enlace](#)**

- **El formulario de solicitud puedes encontrarlo [aquí](#)**

Criterios de evaluación de sendas convocatorias

Las solicitudes son tenidas en cuenta por el Consejo Rector de la Fundación, órgano que las aprueba y que escoge a un único ganador por categoría según unos criterios de calidad y relevancia de los trabajos. En el caso de la convocatoria “Profesor Durantez”, se excluirán los artículos de revisión, cartas, notas clínicas, imágenes y editoriales. Esta decisión es inapelable y el fallo se notificará al premiado mediante una comunicación electrónica antes del día 15 de mayo de 2024. También, se publicará en la web de la Fundación L.A.I.R.

La entrega del premio se hará durante la celebración de la Sesión Científica anual de la Fundación L.A.I.R. El ganador debe presentar su trabajo durante este acto.

Las efemérides relacionadas con la investigación recordadas en el mes de marzo de 2024

Tal día como hoy, 5 de marzo, pero de 1885, nacía Louise Pierce en Winchester, Estados Unidos. En el año 1907, se graduó de fisiología e histología en la Universidad de Stanford. Fue a la Universidad de Boston de 1907 a 1909 y fue admitida en la Escuela de Medicina de la Universidad Johns Hopkins, donde obtuvo el doctorado como tercera de su clase. En 1913, se convirtió en la primera mujer en obtener una posición de investigadora en el Instituto Rockefeller. Allí trabajó como patóloga durante el resto de su carrera.

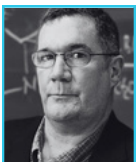
La **enfermedad del sueño, tripanosomiasis, era en ese tiempo una grave epidemia en África ecuatorial.** Una patología sobre la que no se sabía nada, ni su transmisión ni su mecanismo. Sin embargo, para que esta situación cambiase, se organizó un grupo de investigación en el Instituto Rockefeller para testar diferentes compuestos de arsénico, ya que algunos parecían ser un tratamiento eficaz. A partir de un medicamento con composición similar destinado para la sífilis, el químico Walter A. Jacobs y el inmunólogo Michael Heidelberger sintetizaron 243 posibles componentes arsénicos. En este momento, la figura de Louise Pierce toma importancia. Ella, junto a su



compañero de laboratorio, fue la encargada de testar los tratamientos en ratones, ratas y conejos, con la finalidad de probar su efectividad y llegar a entender la enfermedad del sueño.

Gracias a este trabajo se pudo desarrollar un fármaco que tenía grandes posibilidades de éxito: la triparsamida. Louise Pierce fue enviada a la actual República Democrática del Congo para testarlo, consiguiendo un gran éxito porque la mayoría de los pacientes se curaban. Este tratamiento es de referencia para el tratamiento de esta enfermedad hasta los años 60.

Su papel en la investigación científica fue de gran relevancia y, por ello, el Calendario Escolar Científico del CSIC incluye su nombre junto al de otras personalidades de referencia en la lista de efemérides del mes de marzo.



Gregory Hillhouse

Nace el 1 de marzo de 1955. Fue un químico estadounidense especializado en química orgánica. Investigó los compuestos organometálicos con metales de transición y demostró, por ejemplo, que el níquel creaba enlaces con elementos como el nitrógeno.



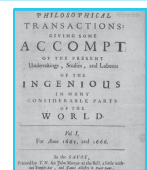
Ruth Hubbard

Nace en Viena el 3 de marzo de 1924. Fue una bióloga especializada en bioquímica que se centró en la fotoquímica. Mostró un gran interés por este campo y contribuyó al estudio de los procesos que producen la visión en los vertebrados e invertebrados.



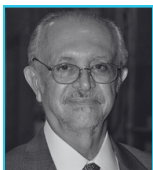
Louise Pierce

Nace el 5 de marzo de 1885. Fue una médica y patóloga, la primera mujer en conseguir una posición de investigadora en el Instituto Rockefeller. Contribuyó al desarrollo de un medicamento para tratar la enfermedad del sueño (tripanosomiasis africana), el medicamento de referencia de esta patología hasta los años 60.



Philosophical Transactions of the Royal Society

Se publica el 6 de marzo de 1665 el primer número de Philosophical Transactions of the Royal Society. Es considerada la primera revista científica del mundo. Su actividad continúa en la actualidad.



Mario Molina

Nace el 19 de marzo de 1943. Fue un ingeniero bioquímico chileno y premio Nobel de Química. Contribuyó al descubrimiento de las causas del agujero de la capa de ozono en la Antártida.



Marguerite Vogt

Nace el 13 de enero de 1913. Fue una viróloga alemana que estudió el virus de la polio. Consiguió encontrar un modo de cuantificar los virus, descubrimiento que sirvió a otros investigadores para identificar y aislar cepas y desarrollar vacunas, en concreto la vacuna oral de la polio. También, trabajó sobre otros virus, como los que eran responsables de convertir células sanas en cancerígenas al modificar su ADN.



Egil Robert Orskow

Nace el 24 de marzo de 1934. Fue un granjero e investigador muy relevante por sus estudios en el campo del metabolismo energético y proteico en el ganado rumiante.



Raissa L'vovna Berg

Nace el 27 de marzo de 1914. Fue una genetista y bióloga evolutiva rusa que estudió los caracteres hereditarios en *Drosophila melanogaster* y la genética de poblaciones de enfermedades hereditarias.

CONVOCATORIAS, AYUDAS Y PREMIOS A LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

NACIONALES		
Entidad Financiera	Convocatoria	Plazo Presentación
Instituto de Salud Carlos III	Joint Programming Initiative on Antimicrobial Resistance (JPIAMR) Call 2024	Hasta el 14/03/2024
Instituto de Salud Carlos III	Proyectos I+D+I en Salud	Hasta el 19/03/2024
Instituto de Salud Carlos III	Contratos predoctorales de formación (P-FIS)	Hasta el 20/03/2024
Instituto de Salud Carlos III	THCS-Joint Transnational Call for Proposals 2024	Hasta el 16/04/2024
Centro para el Desarrollo Tecnológico y la Innovación	Octava convocatoria entre Egipto y España en el sector de las TIC 2024	Hasta el 18/04/2024
Instituto de Salud Carlos III	Ayudas para la movilidad del personal investigador (M-AES)	Hasta el 20/04/2024
Instituto de Salud Carlos III	Ayudas para la movilidad del personal investigador (M-BAE)	Hasta el 20/04/2024

PRIVADAS		
Entidad Financiera	Convocatoria	Plazo Presentación
Fundación Asia	Convocatorias de Ayudas a la Investigación 2024	Hasta el 12/03/2024
Michael J. Fox Foundation for Parkinson's Research	Clinical Therapeutics Pipeline Program 2024-2	Hasta el 14/03/2024
The Brain Tumour Charity	Expanding Theories Awards 2024	Hasta el 14/03/2024
Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)	Ayudas para la realización de Tesis Doctorales Isabel Fernández 2024	Hasta el 18/03/2024
European Foundation for the Study of Diabetes	Future Leaders Award Programme 2024	Hasta el 18/03/2024
Thrasher Research Fund	Early Career Awards 2024-1	Hasta el 19/03/2024
Fundación BBVA	Becas Leonardo	Hasta el 20/03/2024
Gilead Sciences, S.L.U	Nova RFP 2024	Hasta el 22/03/2024
Royal National Institute for Deaf People	Discovery Research Grant 2024	Hasta el 25/03/2024
VIU, Fundación ASISA y Proyecto HUCI VIU	Ayudas a la Investigación 2024 de la Cátedra sobre Humanización de la Asistencia Sanitaria	Hasta el 30/03/2024

Grifols, S.A.	<u>Aspire: Award For Scientific Porgress in Immunodeficiency Research 2024</u>	Hasta el 31/03/2024
VIU, Fundación Asia y Proyecto HUCI	<u>Ayudas a la Investigación 2024 de la Cátedra sobre Humanización de la Asistencia Sanitatie</u>	Hasta el 31/03/2024
NOVO NORDISK A/S	<u>Access to Insight Iniciative: Clinical Research Grant 2024</u>	Hasta el 01/04/2024
NOVO NORDISK A/S	<u>Access to Insight Iniciative: Basic Research Grant 2024</u>	Hasta el 01/04/2024
Fundación Pzifer	<u>Premios de Innovación Científica para Jóvenes Investigadores</u>	Hasta el 15/04/2024
Fundación Leucemia y Linfoma	<u>III Beca "ASUN ALMAJANO"</u>	Hasta el 30/04/2024