DOSIER MEDIOS ANUAL

AÑO 2025

UNIDAD DE COMUNICACIÓN

Hospital Universitario de La Princesa

Madrid, 2025

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN 3
ENERO 4
FEBRERO 105
MARZO 254
ABRIL 409
MAYO 544
JUNIO 661
JULIO 790
AGOSTO 925
SEPTIEMBRE 1017
OCTUBRE 1065
NOVIEMBRE 1213
DICIEMBRE 1356

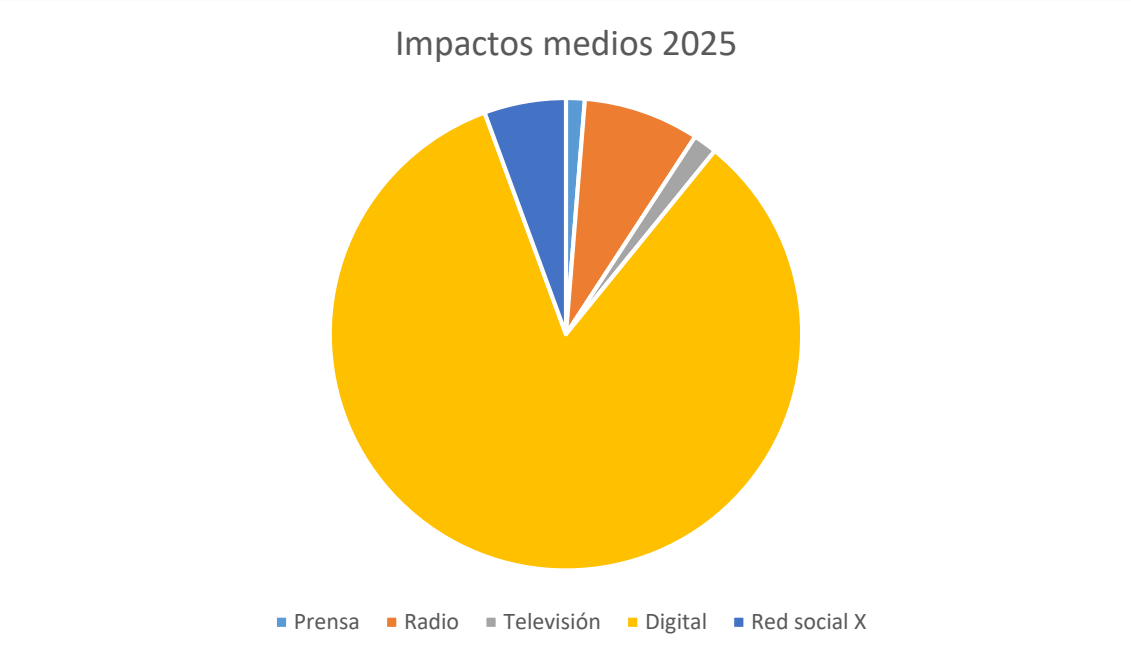
INTRODUCCIÓN

En el año 2025, La Unidad de Comunicación del Hospital Universitario de La Princesa formalizó la aparición del centro y/o de sus profesionales en medios de comunicación **un total de 887 veces.**

En prensa en papel se contabilizaron 11 artículos distintos en los que se hacía mención. Asimismo, las apariciones en medios digitales llegaron a las 716 apariciones.

En cuanto a de medios audiovisuales, se gestionó un total de 82 incursiones en audiovisual, con 14 apariciones en televisión y 68 en radio.

La estrategia última de difusión de contenidos del Hospital se enmarca en la publicación de 48 *tweets* a través de la red social X referenciando los anteriormente mencionados artículos y apariciones en televisión/radio además de dar a conocer al público masivo otros datos de interés del Hospital de La Princesa.



ENERO

CATEGORIAS

- Agencias
- Medios nacionales
- Medios locales
- Medios especializados
- Medios radiofónicos
- Medios audiovisuales
- Medios institucionales
- Otros medios

Medios especializados



Redacción

Las terapias cuádruples con bismuto son muy efectivas para erradicar la infección por *Helicobacter pylori*, en especial las que se prescriben junto a metronidazol-tetraciclina en cápsula única, según revela un nuevo estudio del ***Registro europeo sobre el manejo de la infección por Helicobacter pylori***.El artículo, publicado en la revista *GUT*, ha sido liderado por **Llum Olmedo** médica de familia del ABS Manresa 3 y por los investigadores del Ciber del área de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (Ciberehd) Xavier Calvet y Emili Gené, del Hospital Universitario Parc Taulí. Junto con Javier P. Gisbert y Olga P. Nyssen, investigador principal y directora científica del Hp-EuReg, respectivamente, pertenecientes también al Ciberehd y al Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-Princesa) del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid.*Las terapias cuádruples con bisumuto se han mostrado especialmente eficaces cuando se prescriben con metronidazol-tetraciclina en cápsula única*

Aproximadamente la mitad de la población mundial está infectada por *Helicobacter pylori*, la principal causante de gastritis, úlcera péptica y cáncer gástrico. El presente estudio tuvo como objetivo **evaluar la evolución del uso, efectividad y seguridad de las terapias cuádruples con bismuto** para erradicar la infección por *Helicobacter pylori*. Se extrajeron los datos del Hp-EuReg, un proyecto multicéntrico europeo y prospectivo de la práctica clínica de los gastroenterólogos.

La investigación **incluyó 15.582 pacientes procedentes de 29 países europeos** que recibieron un tratamiento empírico cuádruple con bismuto entre junio 2013 y diciembre 2021. Se observó que los tratamientos cuádruples con bismuto más frecuentes fueron los que se combinaban con metronidazol-tetraciclina, incluyendo su formato en cápsula única (Pylera) y su formato tradicional que administra los fármacos por separado, claritromicina-amoxicilina, y levofloxacino-amoxicilina.

El estudio incluyó casi 15.600 pacientes de 29 países europeos que recibieron un tratamiento empírico cuádruple con bismuto entre junio 2013 y diciembre 2021

Según los autores, tras la comercialización de la cápsula única con bismuto en Europa, se ha producido un **aumento en el número de prescripciones de terapias cuádruples con bismuto**, alcanzando su punto

máximo de prescripciones en 2018, y representando el 40% del total de las prescripciones empíricas en Europa en el periodo 2019-2021.

La mayor parte de las terapias cuádruples con bismuto fueron prescritas como tratamientos de primera línea (72%). En el análisis global de primeras líneas, los esquemas de tratamiento que obtuvieron una **tasa de erradicación óptima, superior al 90%**, fueron los que combinaban bismuto junto con metronidazol-tetraciclina (incluyendo su formato en cápsula única y su formato tradicional), claritromicina-amoxicilina, y metronidazol-amoxicilina.

Independientemente de la línea de tratamiento, al analizar las terapias cuádruples con bismuto en función de la duración, se observó que las combinaciones que alcanzaron una efectividad óptima fueron las **prescritas durante 10 días junto a metronidazol-tetraciclina** (exclusivamente en su formato en cápsula única) y las administradas **durante 14 días junto a claritromicina-amoxicilina y metronidazol-amoxicilina**.

El 72% de las terapias cuádruples con bismuto se prescribieron como tratamientos de primera línea y estos esquemas de tratamiento consiguieron una tasa de erradicación superior al 90%

También se analizaron las terapias cuádruples con bismuto en función de la dosis de inhibidor de la bomba de protones (IBP) y se observó que con dosis estándar/altas (40 mg y 80 mg de omeprazol equivalente dos veces al día, respectivamente) se obtuvo una **tasa de erradicación óptima con la cápsula única**, y con las combinaciones con claritromicina-amoxicilina, y metronidazol-amoxicilina.

En el caso de la cuádruple terapia con bismuto-metronidazol-tetraciclina en su formato tradicional, solo se obtuvo una tasa de erradicación óptima al usar dosis altas de IBP. Ninguna terapia alcanzó el 90% de curación cuando se usaron dosis bajas de IBP (20 mg de omeprazol equivalente dos veces al día).

La adherencia al tratamiento en estas terapias fue superior al 95%

El equipo de investigación constató que *"la adherencia al tratamiento en las terapias cuádruples con bismuto fue superior al 95%, observándose **al menos un efecto adverso en el 40% de pacientes**, y que un 10% de estos tuvieron que cesar el tratamiento debido a los efectos adversos"*.

Así, concluyen que *"**las terapias cuádruples con bismuto son muy efectivas**, en especial las que se prescriben junto a metronidazol-tetraciclina en cápsula única"*, por lo que y sugieren que *"la accesibilidad de esta terapia en aquellos países donde aún no está disponible podría suponer una mejora en la efectividad del tratamiento erradicador Helicobacter pylori"*.

Medios locales

elCorreo

BANDAS LATINAS

Dos pandilleros apuñalan a un chico de 14 años en el metro de Madrid

Las víctimas conocían a sus atacantes, relacionados con la banda de los Trinitarios



Miembros del Samur atendiendo a un joven con heridas de arma blanca en Madrid / EMERGENCIAS MADRID



Luis Rendueles

Madrid 03 ENE 2025 7:09

Estaban en el andén esperando para subirse al metro en la estación de Pueblo Nuevo, en Madrid. **Dos chavales de 14 y 15 años** esperaban la llegada del vagón de la línea 7 cuando otros dos jóvenes les han atacado con armas blancas. El más joven recibió **dos puñaladas en el brazo izquierdo**, con el que trataba de protegerse. Los dos agresores, que huyeron hacia la calle, están relacionados con la **banda latina de los Trinitarios,** según ha sabido CASO ABIERTO, canal de investigación y sucesos de Prensa Ibérica.

Por su parte, las dos víctimas podrían estar vinculadas con el **entorno de los** DDP, la banda rival de los Trinitarios, lo que avala la hipótesis de que se trate de un episodio de la guerra entre Trinitarios y Dominican Don´t Play (DDP) que se vive en algunos barrios de Madrid. **El chico de 14 años está ingresado** en el hospital de La Princesa (Madrid). Todo indica que el encuentro entre los cuatro jóvenes fue casual y no se debió a **una "caída"**, como llaman los miembros de bandas latinas a sus salidas en busca de víctimas para atacarlas.

Las peleas y ajustes de cuentas entre Trinitarios y DDP por el control de **algunos parques, canchas de deportes** y hasta barrios de Madrid se han incrementado en los últimos días. La noche del 16 de enero, cuatro jóvenes encapuchados y vestidos de negro, supuestamente integrantes de la banda de los Trinitarios, atacaron salvajemente con machetes a dos jóvenes de 19 y 20 años en la plaza de los Sufragistas, en el barrio de Villaverde.

LA RAZÓN
ATU SALUD

Cuenta atrás para la llegada en 2025 de la insulina semanal

Esta dosificación aumentará la adherencia al tratamiento y tiene una ventaja clave: si el paciente olvida pincharse, tiene cuatro días para ponérsela sin riesgo, afirma el presidente de la Sociedad Española de Diabetes

- Descubren cuáles son las consecuencias de dormir poco desde el embarazo hasta los dos o siete años después del parto
- Desarrollan las primeras gotas contra la degeneración macular seca relacionada con la edad



▲Esta administración quiere mejorar la adherencia al tratamiento DREAMSTIME / LA RAZÓN

LA RAZON
BELÉN TOBALINA
Madrid Creada: 05.01.2025 03:00
Última actualización: 05.01.2025 03:00

En la búsqueda de la mejora de la calidad de vida del paciente y del mejor control, las nuevas insulinas semanales de acción ultralenta se espera que supongan toda una revolución. Y una de ellas, icodec de Novo Nordisk, aprobada en mayo de 2024 por la Comisión Europea como tratamiento para la diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 en adultos, podría llegar a España a lo largo de este año que acaba de comenzar.

No hay un fecha cerrada, pero **«la previsión** es que se lance en el primer trimestre en Italia y **en el último trimestre empiece a comercializarse en nuestro país»**, explica

Francisco Javier Ampudia-Blasco, presidente de la Sociedad Española de Diabetes (SED), jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico Universitario de Valencia y profesor de la Universidad de Valencia.

Desde Novo Nordisk se muestran precavidos y prefieren no dar una fecha concreta, pero reconocen que «existen varios países en los que se encuentra en procesos de comercialización y nuestro compromiso es que esta insulina semanal esté disponible en Europa cuanto antes, lo que incluye España».

De hecho, «ya **se comercializa en Canadá, Alemania y China**», y «**está aprobada también en Japón, Australia, Suiza y UE**», añade la compañía farmacéutica. De ahí que, como afirma Ampudia-Blasco, cada vez más pacientes le consulten cuándo va a llegar.

Una de sus principales ventajas es que los pacientes cumplirán con mayor probabilidad el tratamiento prescrito por el médico y eso supone también menos riesgos y menos costes sanitarios. «La falta de adherencia en pacientes con diabetes supone **tener entre 0,4 y 0,6 unidades porcentuales más alta la hemoglobina glicosilada»,** precisa el presidente de la SED.

Es decir, tener «un peor control metabólico, ya que **lo normal es estar por debajo de 7%**, no 7,4% ni 7,6%», precisa. Además, una peor adherencia al tratamiento se traduce en más ingresos hospitalarios y más días en el hospital que los pacientes que siguen el tratamiento», añade.

«Y las consecuencias de esta falta de adherencia no solo se ven en el presente, sino que el peor control de ajuste de insulina y glucemia va a repercutir en el paciente años después, hasta 10 años después en concreto», incide la doctora Alicia Justel, especialista de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario La Princesa y miembro del equipo de trabajo de la doctora Mónica Marazuela, académica de número de Endocrinología y Nutrición de la Real Academia Nacional de Medicina Española (Ranme).

Y no es un asunto precisamente baladí, ya que «en general, los pacientes con enfermedades crónicas tienen en un 50% falta de adherencia al tratamiento según la Organización Mundial de la Salud (OMS)», añade la doctora Justel.

Otra ventaja es que mejora la calidad de vida del paciente al inyectarse una vez a la semana. Es decir, se pinchará 313 veces menos al año. Y es un tratamiento que podrá tener gran utilidad en el caso de las personas mayores, ya que lo puede administrar el familiar o el cuidador y estar seguro de que se administra la insulina que el paciente necesita durante toda la semana», destaca Ampudia-Blasco.

Otra ventaja de que sea semanal es que, según Justel, «puede reducir los olvidos de dosis». Y también lo contrario, así, consultado sobre qué sucede si un paciente se inyecta más dosis, el presidente de la SED explica que «esta situación se ha dado en ensayos, y se ha comprobado que pincharse dos días consecutivos la dosis semanal en vez de una vez a la semana y realmente no pasa nada, ya que es un fármaco de acción muy lenta. Para haber un problema tendría realmente que pincharse varias dosis semanales varias semanas seguidas».

Medios radiofónicos



Fórmula Salud 04.01.2025

PODCAST

57:00

04 de enero de 2025 - 10:02 (Actualizado: 04 de enero de 2025 - 10:02)

Redacción

Inauguramos el nuevo año haciendo un balance de 2024 y repasando los deseos para 2025 con amigos y colaboradores de *Fórmula Salud* que, además, nos cuentan qué han pedido en su carta a los **Reyes Magos.**

Están con nosotros el doctor **Tomás Chivato**, alergólogo y catedrático decano de la Facultad de Medicina de la Universidad CEU San Pablo; **Antonio San José**, periodista y partner de Kreab; el doctor **Julio Ancochea Bermúdez**, jefe de Servicio de Neumología del Hospital Universitario de la Princesa y presidente de Asomega (Asociación de Médicos Gallegos); **Jesús Aguilar,** presidente del Consejo General de Farmacéuticos; y cerraremos con **Ana Dávila-Ponce de León Municio**, consejera de Familia, Juventud y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

Increíble: Calculadora muestra el valor de su casa al instante (Echa un vistazo)

Lo más visto | Vídeos más vistos

MADRID TRABAJA
Ofertas de empleo en la Comunidad de Madrid del 7 de enero de 2025

TRANSPORTE
Los autobuses de EMT Madrid volverán a ser gratuitos este miércoles y jueves tras la vuelta al cole

ALCALÁ DE HENARES
Un incendio afecta a dos viviendas del casco histórico de Alcalá de Henares

FUENLABRADA
Cuatro personas atendidas por intoxicación en el incendio de vivienda en Fuenlabrada

https://www.telemadrid.es/programas/formula-salud/Formula-Salud-04012025-9-2740015982--20250103100200.html

Medios especializados





Más de 30 profesionales han elaborado un documento de posicionamiento sobre el abordaje de las disfunciones de suelo pélvico

Y es que, como señala, el **Dr. Luis López-Fando**, del servicio de Urología del **Hospital Universitario de La Princesa** y coordinador de la iniciativa, *«a día de hoy, la evidencia más reciente publicada ya demuestra que **una aproximación multidisciplinar en el tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico puede reducir la necesidad de procedimientos quirúrgicos**, optimizar la elección de tratamiento, mejorar la satisfacción de los pacientes y fomentar su adherencia, y contribuir a un manejo más eficaz de la patología».*

Ante una problemática que afecta a millones de personas a nivel mundial, esta iniciativa nacional, respaldada por la compañía de tecnología, servicios y soluciones médicas **Medtronic**, busca sentar las bases para una **atención holística y de calidad** mediante la colaboración entre diversas especialidades. Se espera que el proyecto establezca un **modelo de referencia que permita mejorar el manejo clínico de los pacientes con disfunciones del suelo pélvico**, reduciendo la carga de estas patologías y asegurando un acceso equitativo a una atención coordinada y efectiva.

Las disfunciones del suelo pélvico constituyen un conjunto de alteraciones anatómicas y funcionales relacionados con el funcionamiento habitual de la musculatura del suelo pélvico. Estas disfunciones, que incluyen problemas como:

- incontinencia urinaria y fecal
- vejiga hiperactiva
- dolor pélvico
- disfunciones crónicas miccionales y defecatorias

Estas patologías afectan a una proporción alarmante de la población, con una prevalencia que puede llegar hasta un **12-14% de la población adulta** para la vejiga hiperactiva y del 5-11% para la incontinencia fecal, e impactan significativamente en la calidad de vida de quienes las padecen.

Aunque el abordaje multidisciplinar ya es estándar en otras patologías, no lo es así para las disfunciones de suelo pélvico. En los últimos 20 años, el manejo de estas afecciones ha evolucionado de una visión meramente anatómica a un **enfoque integral que correlaciona anatomía y función**, permitiendo entender al suelo pélvico como una estructura integrada. Sin embargo, el tratamiento sigue enfrentando múltiples desafíos debido a **itinerarios asistenciales fragmentados y la falta de un enfoque coordinado.**

A menudo, los pacientes experimentan largos itinerarios asistenciales, pasando por distintos especialistas sin recibir una aproximación integral. A este respecto, el **Dr. Rodolfo Romero Pareja**, Director de Continuidad Asistencial en el **Hospital General Universitario Gregorio Marañón**, advierte que «*tradicionalmente, los síntomas de* ***las disfunciones de suelo pélvico se han tratado de forma aislada*** *por cada especialista, lo cual ha demostrado ser inefectivo e ineficiente, ya que ofrece soluciones parciales a problemas complejos que suelen afectar a distintos órganos de más de una especialidad*». Esta fragmentación del cuidado puede resultar en **diagnósticos tardíos, tratamientos subóptimos, y una falta de seguimiento** adecuado, lo que aumenta la carga de la enfermedad y puede provocar un mayor avance de la sintomatología.

Medios especializados



Como cada año, el Ministerio de Sanidad ha designado al tribunal encargado de calificar el examen de acceso a la convocatoria de Formación Sanitaria Especializada de 2025. Y lo ha hecho con cambios, tanto en su presidencia y vicepresidencia como en la secretaría y en el representante de los residentes de la titulación de Medicina (MIR). Además, la cartera de Mónica García también "ratifica" la fecha de la prueba -25 de enero-, y anuncia que, al igual que en 2024, el llamamiento comenzará a partir de las 15:15h. (14:15h. en Canarias) en el centro de examen asignado a cada uno de los 32.074 aspirantes admitidos este año.

Así, en Medicina, la que fuese subdirectora general de Formación y Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Pilar Carbajo Arias, cede su puesto de presidenta -que había ocupado tanto en 2024 como en 2023 y 2021- a Tania Cedeño Benavides, quien viene desempeñando este mismo cargo de segunda de Celia Gómez dentro del organismo público desde agosto del año pasado. A su vez, María Jiménez Buedo, vocal asesora del Gabinete Técnico de la Secretaría General de Universidades del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, sustituye como vicepresidenta a María del Valle Pérez Barbachano, subdirectora general de Títulos y Coordinación de la Directiva Europea de Reconocimiento de Cualificaciones y de Ordenación de Enseñanzas Universitarias y Profesorado de este mismo ministerio, quien llevaba dos años seguidos ocupando dicho cargo en la Comisión Calificadora del MIR de 2025.

También cambia la secretaría (Claudia Geraldine Rita, médico titular de la Subdirección General de Formación y Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, por Ana María Calvo de Mora Álvarez, inspectora médica de la Subdirección General de Formación y Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad) y el vocal de los médicos residentes: Alfonso Gotor Rivera, R1 de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venerología en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid después de obtener el segundo mejor número de orden en la convocatoria del año pasado, suple a Miguel Ángel Martín Arena en el cargo.

"La Comisión Calificadora podrá requerir el asesoramiento de personas expertas o debidamente cualificadas"

Sí que se mantienen los dos vocales restantes: José Pablo Lara Muñoz, presidente de la Conferencia Nacional de Decanos de las Facultades de Medicina, como representante de formación, y Carmen Suárez Fernández, jefa del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid, como representante de los médicos especialistas. Ambos llevaban desempeñando estas funciones desde los últimos cuatro años.

Sus funciones, como marca el Real Decreto 589/2022, de 19 de julio, por el que se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación en especialidades de Ciencias de la Salud, serán, el mismo día en el que se celebran las pruebas, aprobar el cuestionario propuesto e invalidar las preguntas que consideren improcedentes, aprobando así la plantilla provisional de respuestas correctas. Es por ello que, junto a las 200 preguntas que componen el examen, Sanidad se reserva otras diez de reserva por si esto sucede.

Después, una vez terminado el examen, deberán resolver las reclamaciones que se produzcan contra estas preguntas, y aprobar la plantilla definitiva de respuestas correctas. Para ello, indica el Ministerio, las citadas comisiones calificadoras podrán requerir el asesoramiento de personas "expertas" o "debidamente cualificadas". De igual manera, estas deberán asesorar al propio Ministerio de Sanidad "en aquellos supuestos en los que proceda la suspensión o aplazamiento del ejercicio por causa justificada, proponiendo en su caso las medidas que estimen oportunas".

LA PREGUNTA DE LA DISCORDIA... Y OTRAS CRÍTICAS

El año pasado, la Comisión Calificadora del MIR tuvo trabajo. Se anularon, como ya mostramos en un artículo publicado en su momento, cinco preguntas (la 64, la 68, la 113, la 180 y la 206), cifra más alta desde la convocatoria de 2019 (en 2012 y 2014 llegaron a ser incluso ocho). Pero es que la cosa no se quedó ahí: una de las 210 preguntas, que no fue invalidada por la Comisión Calificadora ni antes ni después del examen, sembró la polémica tanto por parte de los aspirantes como, sobre todo, del colectivo médico que ya ejerce como especialista.

La pregunta número 84 planteaba el caso de un médico de 50 años que "con frecuencia acumula un retraso de dos horas en la consulta, creando algún conflicto, aunque es el que tiene menor cupo de pacientes": "Empieza su jornada laboral antes de la hora para planificar y adelantar su trabajo, pero siempre es el último en salir". Después, daba cuatro posibles respuestas como "orientación diagnóstica": "Trastorno esquizoide de la personalidad; trastorno narcisista de la personalidad; trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad; o trastorno de la personalidad no especificado".

"Tanto estudio para quedar en manos del ego y la excentricidad de los 'examinadores'. Esta enerva la sangre"

Como era de esperar, las redes sociales no tardaron en explotar para denunciar la pregunta, catalogándola de "sobrediagnóstico", "falta de respeto" o "culpabilizar a un trabajador por la precariedad de las condiciones laborales". "Tanto estudio para quedar en manos del ego y la excentricidad de los 'examinadores'. Esta enerva la sangre", indicaba en X Juan Toral Sánchez, médico de Urgencias. Tal fue el revuelo que incluso Javier Padilla, secretario de Estado de Sanidad, salió a reconocer el error. "Esta pregunta es lamentable y una falta de respeto a todos los profesionales de Atención Primaria que siempre son 'los últimos en salir', con unas consultas infinitas y un compromiso más infinito aún con sus pacientes", reconoció.

Posteriormente, Padilla pasó a explicar cómo funciona el proceso de elaboración de las preguntas del examen: "Las preguntas las elabora un Comité de Expertos, con profesionales de diversa trayectoria y procedencia en cada categoría de examen, y en el que no participa ninguna persona del Ministerio de Sanidad. Ese Comité selecciona las preguntas con unas indicaciones sobre las proporciones en relación al grado de dificultad y materias (equilibrio). Insisto, sin que participe nadie del Ministerio de Sanidad".

“Una vez se entregan, van directamente a la empresa adjudicataria de la impresión. La Comisión Calificadora conoce el examen al mismo tiempo que las personas que se examinan ese día. La independencia de los exámenes de Formación Sanitaria Especializada radica, entre otras cosas, en separar la función de elaboración del examen de la de calificación/organización”, recordó el ‘segundo’ de Mónica García. “Dicho esto, me parece una pregunta lamentable”, insistió.

Más allá de esto, el examen recibió otras críticas por lo que Jorge Ruiz, ginecólogo, consideraba preguntas dirigidas a un “especialista de hospital de nivel 5”. “Dificultad alta y demasiadas preguntas muy de especialista. No me ha gustado nada, y no es novedad, el enfoque del Ministerio”, lamentaba también en X Rubén Blanco, médico de familia, quien señalaba como “único punto positivo” que habían introducido “menos preguntas ambiguas”.

Medios especializados



Aproximadamente la mitad de la población mundial está infectada por Helicobacter pylori (H. pylori), la principal causante de gastritis, úlcera péptica y cáncer gástrico.

Un nuevo estudio ha determinado que las terapias cuádruples con bismuto para erradicar la infección por Helicobacter pylori son muy efectivas, en especial las que se prescriben junto a metronidazol-tetraciclina en cápsula única.

El estudio es obra de un equipo integrado, entre otros, por Llum Olmedo, de la Universidad Internacional de Cataluña, y por los investigadores del Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD) Xavier Calvet y Emili Gené, que trabajan en el Hospital Universitario Parc Taulí en Sabadell, Barcelona, junto con Javier P. Gisbert y Olga P. Nyssen, investigador principal y directora científica del Hp-EuReg, respectivamente, pertenecientes también al CIBEREHD y al Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-Princesa) del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid, en España. Además, la publicación ha contado con la participación de muy diversas instituciones de toda la geografía europea, incluyendo una amplia gama de pacientes.

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la evolución del uso, efectividad y seguridad de las terapias cuádruples con bismuto para erradicar la infección por Helicobacter pylori. Se extrajeron los datos del "Registro europeo sobre el manejo de la infección por Helicobacter pylori" (Hp-EuReg), un proyecto multicéntrico europeo y prospectivo de la práctica clínica de los gastroenterólogos.

Se incluyeron 15.582 pacientes procedentes de 29 países europeos que recibieron un tratamiento empírico cuádruple con bismuto entre junio 2013 y diciembre 2021. Se observó que los tratamientos cuádruples con bismuto más frecuentes fueron los que se combinaban con: metronidazol-tetraciclina (incluyendo su formato en cápsula única (Pylera®) y su formato tradicional que administra los

fármacos por separado), claritromicina-amoxicilina, y levofloxacino-amoxicilina. Tras la comercialización de la cápsula única con bismuto en Europa, se ha producido un aumento en la cantidad de prescripciones de terapias cuádruples con bismuto, alcanzando su punto máximo de prescripciones en 2018, y representando el 40% del total de las prescripciones empíricas en Europa en el periodo 2019-2021.

La mayor parte de las terapias cuádruples con bismuto fueron prescritas como tratamientos de primera línea (72%).

En el análisis global de primeras líneas, los esquemas de tratamiento que obtuvieron una tasa de erradicación óptima, superior al 90%, fueron los que combinaban bismuto junto con metronidazol-tetraciclina (incluyendo su formato en cápsula única y su formato tradicional), claritromicina-amoxicilina, y metronidazol-amoxicilina.

Independientemente de la línea de tratamiento, al analizar las terapias cuádruples con bismuto en función de la duración, se observó que las combinaciones que alcanzaron una efectividad óptima fueron las prescritas durante 10 días junto a metronidazol-tetraciclina (exclusivamente en su formato en cápsula única) y las administradas durante 14 días junto a claritromicina-amoxicilina y metronidazol-amoxicilina.



De izquierda a derecha: Javier P. Gisbert, Olga P. Nyssen, Llum Olmedo, Emili Gené y Xavier Calvet. (Fotos: CIBER)

También se analizaron las terapias cuádruples con bismuto en función de la dosis de inhibidor de la bomba de protones (IBP) y se observó que con dosis estándar/altas (40 mg y 80 mg de omeprazol equivalente dos veces al día, respectivamente) se obtuvo una tasa de erradicación óptima con la cápsula única, y con las combinaciones con claritromicina-amoxicilina, y metronidazol-amoxicilina.

En el caso de la terapia cuádruple con bismuto-metronidazol-tetraciclina en su formato tradicional, solo se obtuvo una tasa de erradicación óptima al usar dosis altas de IBP.

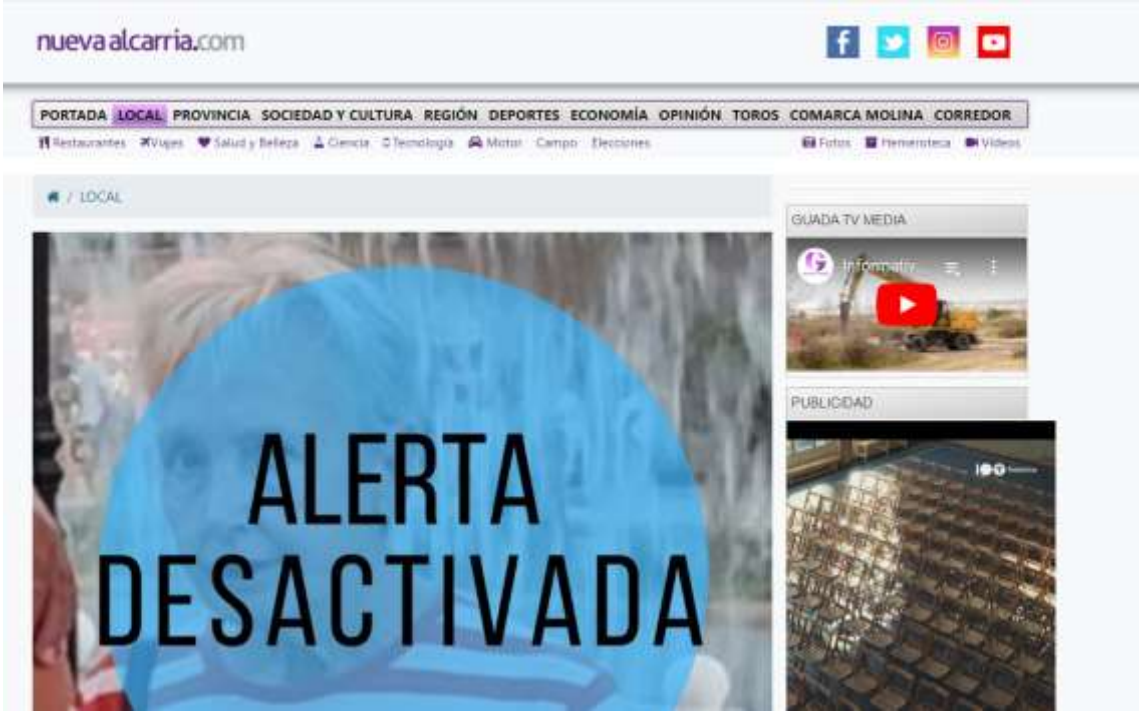
Ninguna terapia alcanzó el 90% de curación cuando se usaron dosis bajas de IBP (20 mg de omeprazol equivalente dos veces al día).

El equipo de investigación constató que "la adherencia al tratamiento en las terapias cuádruples con bismuto fue superior al 95%, observándose al menos un efecto adverso en el 40% de pacientes, y que un 10% de estos tuvieron que cesar el tratamiento debido a los efectos adversos".

La conclusión del equipo es que las terapias cuádruples con bismuto son muy efectivas, en especial las que se prescriben junto a metronidazol-tetraciclina en cápsula única y sugieren que la accesibilidad de esta terapia en aquellos países donde aún no está disponible podría suponer una mejora en la efectividad del tratamiento erradicador de Helicobacter pylori.

El estudio se titula “Evolution of the use, effectiveness and safety of bismuth-containing quadruple therapy for Helicobacter pylori infection between 2013 and 2021: results from the European registry on H. pylori management (Hp-EuReg)”. Y se ha publicado en la revista académica Gut. (Fuente: CIBER)

Medios locales



Localizan con vida a la mujer desaparecida el día de Reyes

09/01/2025 - 13:04J. P.

Tras tres días de intensa angustia, la familia de Mª Carmen Moreno López por fin respira aliviada. Esta madrugada, a las 03.00 horas, la Policía localizaba a la mujer en Diego de León, Madrid, con visibles signo de desnutrición y desorientada.

Según indica su hija, Carmen Salinas, fue trasladada al Hospital de La Princesa, donde también le diagnosticaron un principio de neumonía. Desde allí ha vuelto a Guadalajara.

"No sabemos cómo ha pasado estos días. La psiquiatra del Hospital Princesa ha intentado hablar con ella, pero no sabemos cómo ha llegado allí", explica Salina, quien reconoce el miedo que ha pasado la familia desde que produjo la desaparición de su madre, el Día de Reyes. "Estos tres días hemos mantenido el tipo como hemos podido, porque según pasaban los días aumentaba la angustia. Así que ahora estamos aliviados".

De lo que no se olvida es de la intensa movilización ciudadana que se ha producido para ayudarles a encontrar a su madre. "Muchas gracias a todo el mundo que nos ha ayudado. La gente se ha volcado muchísimo".

El día de Reyes, Mª Carmen Moreno López, residente en el sanatorio de Alcohete (Yebes) y de 73 años, pasaba la tarde en familia en un domicilio de Guadalajara capital. En un descuido, la mujer, que padece una esquizofrenia paranoide, se marchó de la vivienda. Desde entonces hasta esta misma madrugada, su familia la ha estado buscando desesperadamente.

Medios locales



El pasado **seis de enero**, la residente del centro de Alcohete en Yebes estaba pasando fechas navideñas con su familia y **un descuido facilitó que se fuera**. En ese momento la familia puso la pertinente denuncia ante la Policía Nacional y desde ese día comenzó la búsqueda por medio de los agentes y solicitando la colaboración ciudadana.

Una de las sospechas es que se hubiera ido a Madrid, donde residía anteriormente, y es lo que realmente ha pasado, **se le ha encontrado esta madrugada en Madrid algo desorientada y con síntomas de neumonía** por el frío de estos días. María del Carmen **se encuentra bien,** ha sido **trasladada al Hospital de La Princesa** donde está pasando una revisión sanitaria y se espera que en el día de hoy vuelva al centro de Alcohete en los próximos días.

Agencias



No es el estrés, como se creyó durante mucho tiempo, el que provoca la úlcera de estómago o la gastritis. La responsable es una bacteria denominada *Helicobacter pylori,* que solo afecta a los humanos y está presente en el estómago de más de la mitad de la población mundial.

Su descubrimiento en 1979 y posterior aislamiento, valió el Nobel en 2005 a los australianos **Robin Warren y Barry Marshall**, el primero en observar bacterias asociadas a biopsias de estómago de pacientes con gastritis crónica, y a su discípulo, experto en medicina clínica, que la identificó.

Marshall, para demostrar que *H. Pylori* era la causante **gastritis y úlceras**, y por tanto podría curarse con antibióticos, ingirió la bacteria procedente de un paciente. Desarrolló gastritis y posteriormente se curó con antibióticos, echando por tierra la hipótesis del estrés. Gracias a esto muchas personas pusieron fin a sus dolencias gástricas, que hasta ese momento tenían había cura.

“

Es curioso que aún no sepamos con certeza cómo se produce el contagio

Javier Gisbert, del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario La Princesa

”

En la actualidad, en España una de cada dos personas podría estar infectado por H. pylori, "Tal vez algo menos, un 40 %, porque los datos del 50 % son de hace diez años" y se supone que habrá bajado por la detección y tratamiento, matiza **Javier Gisbert**, del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario La Princesa y del Centro de Investigación biomédica en red de enfermedades hepáticas y digestivas (CIBERehd).
En cualquier caso, se trata de la infección más frecuente del planeta, junto con la caries dental, apunta Gisbert que participó como coordinador de Tratamiento en la última edición de la **Guía de consenso sobre H. Pylori de Maastricht/Florencia** publicada en 2022 en GUT, revista internacional líder en gastroenterología.

Una intensa investigación

Desde el descubrimiento de H. pylori la investigación ha sido intensa y los detalles sobre los mecanismos patogénicos de esta bacteria se están actualizando continuamente. De ahí la importancia de las guías de consenso sobre el manejo de esta infección y del **Registro Europeo del Manejo de Helicobacter pylori**, que a todos los efectos es mundial, del que Gisbert es también uno de los coordinadores. "Incluye casi 80.000 pacientes y cada año se añaden en torno a 10.000", añade.

Además, existen consensos específicos para cada país, "con matices en función de las tasas de resistencia antibióticas o diferente disponibilidad de fármacos. El español se publicó hace un par de años".
Estos registros tienen una "rentabilidad tremenda para los pacientes porque generan una cantidad de información, fundamental para guiar el manejo de la infección y generar conocimiento sobre la bacteria", destaca Gisbert.

"Es curioso que aún no sepamos con certeza cómo se produce el contagio", señala Gisbert. Todo apunta a una doble vía. E**n los países con peores condiciones higiénicas** probablemente la transmisión sea **fecal-oral,** a través de las **heces** y **aguas contaminadas**.

> *No se contagia ni por saliva ni por besos; sino por vía gastro-oral*
>
> Javier Gisbert

En **los países desarrollados** predomina la vía **oral-oral. "**Por aclararlo, **no se contagia ni por saliva ni por besos; sino por vía gastro-oral** (vómitos o regurgitaciones del contenido del estómago). Los niños, que vomitan con frecuencia, si están infectados pueden transmitirla de este modo a los adultos", explica.

Doble defensa

Aunque afecta a unos **3.500 millones de personas en todo el mundo**, "**la mayoría de los infectados (el 90 %) no se va a enterar que tienen H. pylori**, explica el doctor **Blas Gómez Rodríguez**, coordinador andaluz del Registro Europeo de H. pylori y médico especialista del servicio de aparato digestivo del Hospital Universitario Virgen de Macarena, de Sevilla.

Antes de su descubrimiento se pensaba que el estómago era un órgano estéril, debido al ácido clorhídrico que liberan las glándulas de la pared gástrica para ayuda a digerir los alimentos, y que se suponía que impedía el crecimiento de patógenos.

Sin embargo, H. Pylori se ha adaptado a ese ambiente hostil, refugiándose en la capa de moco que recubre las paredes del estómago para defenderle del ácido clorhídrico. "**Una enzima llamada ureasa** permite a la bacteria sobrevivir**"** neutralizando localmente la acidez del estómago**,** aclara Gómez Rodríguez.

Detección y tratamiento

Ante la presencia continuada de molestias estomacales o **malas digestiones (dispepsia)**, se utilizan dos pruebas no invasivas para detectar a la bacteria: la prueba de aliento y el test de antígenos en heces.
Confirmada la presencia, se erradica con **una mezcla de antibióticos (para esquivar la resistencia que está aumentando) junto con una alta dosis de inhibidores de la bomba de protones** (**omeprazol o derivados)**, con una duración entre 10 y 14 días. Los inhibidores de la bomba de protones son una parte fundamental del tratamiento, porque al disminuir la acidez del estómago **hace más vulnerable a la bacteria.** Se utilizan 3 antibióticos más omeprazol, o, como alternativa, dos antibióticos más omeprazol y bismuto, que tiene propiedades antibacterianas y no genera resistencia.
Según los consensos clínicos sobre *H. pylori*, se considera que una terapia es óptima cuando alcanza una tasa de erradicación del 90%. Ninguna supera esa tasa por aumento de las resistencias de *H. pylori* a los antibióticos.

El factor que más influye en la eficacia del tratamiento es precisamente su cumplimiento, por ello Gisbert

recomienda invertir tiempo en explicar muy bien al paciente los efectos secundarios del tratamiento

El factor que más influye en la eficacia del tratamiento es precisamente su cumplimiento, por ello Gisbert recomienda invertir tiempo en explicar muy bien al paciente los efectos secundarios del tratamiento, que los hay, y enfatizar, "que debe tener paciencia y resistir porque después desaparecen".
Un mes después de concluido el tratamiento, hay que repetir el test para confirmar que la infección ha desaparecido. Pero superar la infección no confiere inmunidad, advierte el Dr. Gómez: "Si hay un foco de infección cercano te vuelves a contagiar".

El genoma de *Helicobacter pylori*

Gisbert participa en un **proyecto multicéntrico** en el que se han recogido muestras de tejido gástrico en más de 50 países para obtener tener la trazabilidad de la bacteria: "Aunque convive con nosotros más de 100.000 años y está distribuida por todo el mundo, desconocemos de dónde proviene, cuáles son sus ancestros y cómo se han ido infectando las distintas poblaciones", apunta.
El estudio del genoma es fundamental porque permite esta trazabilidad genómica. Además, la patogenicidad de *Helicobacter* varía: algunas cepas son más virulentas que otras. Incluso el mismo Helicobacter en unos casos puede producir lesiones más más importantes y en otros puede ser un colonizador pacífico del estómago.
En cualquier caso, advierten los expertos, **no existe el estado de portador sano**. La gastritis se produce siempre por la presencia de Helicobacter, que pueden derivar en lesiones más importantes, como una úlcera o en algunos casos cáncer gástrico, asociadas muy estrechamente a la infección por Helicobacter, en función **de la virulencia de la bacteria** y **de la genética** del paciente, que puede tener cierta **predisposición**.
+

Entre los últimos estudios, uno se centra en una de las variantes más agresivas de la Helicobacter, la cepa USU101, y abre nuevas vías para el estudio del cáncer gástrico.
Los investigadores aislaron dos **toxinas CagA y VacA.** Y vieron que la primera está involucrada en la inflamación y la progresión de la enfermedad, mientras VacA favorece la colonización de la mucosa gástrica, explica desde el grupo de investigación de Infecciones comunitarias del Instituto Park Taulí de Barcelona.

Medios nacionales



El **Hospital Universitario de La Princesa** de la Comunidad de Madrid, realizó durante el año pasado **31 trasplantes de córnea** a través de la Unidad de Trasplante de Córnea, perteneciente al Servicio de Oftalmología, liderada por la doctora Guadalupe Garrido Ceca. Estas cifras, señala el centro sanitario, superan los niveles de trasplantes registrados antes de la pandemia y "consolidan" al hospital como centro especializado **en la atención oftalmológica de alta complejidad.**

La córnea es un tejido trasparente que permite **el paso de la luz** hacia el interior del ojo. Si la córnea pierde su transparencia o se deforma (queratocono) tiene que ser sustituida **por un tejido sano** mediante un trasplante, cuando los tratamientos menos invasivos no son una opción.

Los 31 trasplantes de córnea realizados en La Princesa en 2024, suponen un aumento de 22 más respecto a un año antes. De ellos, más del 95% se llevaron a cabo mediante técnicas **de trasplante endotelial** -un dispositivo óptico que se inserta en una córnea de un donante- para casos de enfermedades como la **distrofia endotelial de Fuchs** (afecta a la capa delgada de células que recubre la parte posterior de la córnea) o **edema corneal** (inflamación de la córnea).

Procedimientos avanzados

Estos procedimientos avanzados, explica el hospital, se distinguen por reducir las complicaciones postoperatorias y proporcionar mejores resultados visuales a los pacientes que padecen enfermedades del endotelio corneal. Además, estas técnicas

permiten **una recuperación más rápida** y segura del paciente, pudiéndose reincorporar antes a sus actividades diarias y reduciendo la dependencia de ayudas visuales.

Los tejidos extraídos se envían al Banco de Ojos del Hospital Clínico San Carlos donde se validan, se conservan y distribuyen

Todo esto es posible, prosigue el centro, gracias "a la estrecha colaboración" con la Unidad de Coordinación de Trasplantes del hospital, cuya responsable es **la doctora Nieves García Vázquez**. Esta Unidad realiza la búsqueda de posibles donantes, así como su seguimiento. A continuación, los tejidos extraídos se envían al **Banco de Ojos del Hospital Clínico San Carlos** donde se validan, se establece su viabilidad, se conservan, preparan y distribuyen.

Más de 6.000 implantes

Las enfermedades de la córnea **son la segunda causa de ceguera a nivel mundial.** Se calcula que alrededor de 12 millones de personas en el mundo **sufren ceguera** por una enfermedad corneal que puede ser tratada con un trasplante de este tipo. Concretamente, en España se realizaron 6.291 implantes de tejido ocular en 2023, según datos de la **Organización Nacional de Trasplantes** (ONT).

La Unidad de Trasplantes de Córnea del Hospital Universitario de La Princesa pertenece **al Servicio de Oftalmología**, liderado por el doctor **Juan Jacobo González Guijarro.** Está compuesta por un equipo multidisciplinar que, además de oftalmólogos especializados, incluye intensivistas, **anestesistas y personal de enfermería** especialmente formado.

El equipo "reafirma su compromiso con la donación, la innovación y la mejora continua en los tratamientos quirúrgicos, elevando **los estándares de atención médica** y ofreciendo soluciones más seguras y efectivas para los pacientes con enfermedades corneales", subraya el hospital.

Cifras récord

Esta misma semana, la Comunidad de Madrid ha sacado pecho de su actividad trasplantadora. En 2024 ha conseguido un récord histórico de trasplantes de órganos, con 1.023, un 13,7% más que en 2023, y un 18,6% con respecto a hace dos años, ha resaltado la consejera de Sanidad, **Fátima Matute,** en un encuentro con los medios. Además, la máxima responsable de la sanidad regional ha destacado que uno de cada cinco receptores, **más de 200, han sido pacientes de otras comunidades.**

Medios Institucionales



16 enero 2025

Los 31 trasplantes de córnea realizados en 2024, suponen un aumento de 22 trasplantes más respecto a 2023. De ellos, más del 95% se llevaron a cabo mediante técnicas de trasplante endotelial para casos de enfermedades como la distrofia endotelial de Fuchs (afecta a la capa delgada de células que recubre la parte posterior de la córnea) o edema corneal (inflamación de la córnea). Estos procedimientos avanzados se distinguen por reducir las complicaciones postoperatorias y proporcionar mejores resultados visuales a los pacientes que padecen enfermedades del endotelio corneal. Además, estas técnicas permiten una recuperación más rápida y segura del paciente, pudiéndose reincorporar antes a sus actividades diarias y reduciendo la dependencia de ayudas visuales.

Todo esto es posible gracias a la estrecha colaboración con la Unidad de Coordinación de Trasplantes del hospital, cuya responsable es la Dra. Nieves García Vázquez. Esta Unidad realiza la búsqueda de posibles donantes así como su seguimiento. A continuación, los tejidos extraídos se envían al Banco de Ojos del Hospital Clínico San Carlos donde se validan, se establece su viabilidad, se conserva, prepara y distribuye.

Más de 6.000 implantes de tejido ocular en España

Las enfermedades de la córnea son la segunda causa de ceguera a nivel mundial. Se calcula que alrededor de 12 millones de personas en el mundo sufren ceguera por una enfermedad corneal que puede ser tratada con un trasplante de córnea. Concretamente, en España se realizaron 6.291 implantes de tejido ocular en 2023, según datos de la Organización Nacional de Trasplantes.

La córnea es un tejido trasparente que permite el paso de la luz hacia el interior del ojo. Si la córnea pierde su transparencia o se deforma (queratocono) tiene que ser sustituida por un tejido sano mediante un trasplante de córnea, cuando los tratamientos menos invasivos no son una opción.

Innovación y mejora continua en los tratamientos quirúrgicos

La Unidad de Trasplantes de Córnea del Hospital Universitario de La Princesa pertenece al Servicio de Oftalmología, liderado por el Dr.
Juan Jacobo González Guijarro. Está compuesta por un equipo multidisciplinar que, además de oftalmólogos especializados, incluye intensivistas, anestesistas y personal de enfermería especialmente formado.

Este equipo reafirma su compromiso con la donación, la innovación y la mejora continua en los tratamientos quirúrgicos, elevando los estándares de atención médica y ofreciendo soluciones más seguras y efectivas para los pacientes con enfermedades corneales.

Medios locales



En el transcurso de 2024, el Hospital Universitario de La Princesa ha experimentado un notable incremento en el número de trasplantes de córnea realizados, alcanzando un total de 31 intervenciones. Este aumento de 22 trasplantes adicionales comparado con 2023 subraya un avance significativo en la capacidad de tratamiento para los pacientes con enfermedades corneales. Un factor clave en este logro es la utilización de técnicas avanzadas de trasplante endotelial, aplicadas en más del 95% de los casos, especialmente para patologías como la distrofia endotelial de Fuchs y el edema corneal.

Estas técnicas prometedoras no sólo ofrecen mejores resultados visuales y reducen las complicaciones posoperatorias, sino que además permiten una recuperación más rápida y segura para los pacientes, facilitando su pronta reincorporación a las actividades diarias. De esta forma, se disminuye la dependencia de ayudas visuales, mejorando la calidad de vida de quienes padecen enfermedades del endotelio corneal.

El avance en la realización de estos procedimientos ha sido posible gracias a la estrecha colaboración con la Unidad de Coordinación de Trasplantes del hospital, liderada por la Dra. Nieves García Vázquez. Esta unidad es responsable de la identificación y seguimiento de posibles donantes. Los tejidos extraídos se envían al Banco de Ojos del Hospital Clínico San Carlos, donde se validan, conservan, preparan y distribuyen para su uso en los trasplantes.

A nivel nacional, las enfermedades corneales representan un desafío significativo, siendo la segunda causa de ceguera en el mundo. Con cerca de 12 millones de personas afectadas globalmente y más de 6.000 implantes de tejido ocular realizados en España en 2023, la

demanda de tratamientos efectivos es crucial. La córnea, al ser un tejido transparente que controla el paso de la luz al ojo, debe ser reemplazada en casos de pérdida de transparencia o deformación, como el queratocono, cuando las opciones menos invasivas no son viables.

La Unidad de Trasplantes de Córnea del Hospital Universitario de La Princesa, parte del Servicio de Oftalmología dirigido por el Dr. Juan Jacobo González Guijarro, está compuesta por un equipo multidisciplinar que incluye oftalmólogos, intensivistas, anestesistas y personal de enfermería especializado. Este equipo ha consolidado su compromiso con la innovación y la mejora continua en tratamientos quirúrgicos, estableciendo altos estándares de atención para los pacientes con enfermedades corneales y fortaleciendo la cultura de la donación.

En resumen, el auge en los trasplantes de córnea refleja un progreso significativo en la atención oftalmológica, destacando la importancia de los avances quirúrgicos y la colaboración interinstitucional para enfrentar el desafío global de la ceguera corneal.

Agencias

El Hospital de La Princesa realiza 31 trasplantes de córnea en 2024, 22 más que el año previo



Medios Institucionales



17 enero 2025

La consejera de Sanidad, Fátima Matute, ha informado sobre este incremento en el Hospital Infantil público Universitario Niño Jesús de la capital que acumula cinco acreditaciones CSUR tras obtener tres en la última convocatoria el pasado mes de diciembre la de Trastornos hereditarios de la queratinización, Enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica y Trastornos de conducta de alimentación de la primera infancia con dispositivos de soporte artificial.

Matute ha destacado “su espíritu innovador y de vanguardia, donde se une la excelencia de nuestros profesionales con la solidaridad de la sanidad pública madrileña, ya que prestan servicio a pacientes de toda España que necesitan cuidados o procedimientos de un alto nivel de especialización”. “Sólo en 2023 los CSUR madrileños atendieron 39.611 solicitudes de asistencia procedentes de otras autonomías”, ha apuntado.

La Paz es el centro que lidera en la región los CSUR con 36, tras añadir 3 (Cardiopatías congénitas en adultos, Hepatopatías complejas pediátricas y Extracción de electrodos en adultos). La segunda posición corresponde al Gregorio Marañón, con 19, que ha conseguido el mismo número de designaciones (Atresia de esófago compleja y Enfermedad vascular hepática compleja en el adulto). El tercer lugar lo ocupa el Ramón y Cajal, con 14, y que ha sumado otros dos (Enfermedad vascular hepática compleja en el

adulto, y Drenaje guiado por endoscopia de la obstrucción bilio-pancreática compleja).

El 12 de Octubre, tras conseguir un CSUR adicional (Atresia de esófago compleja), llega a 13, mientras que el Clínico San Carlos dispone de 9, al haber logrado otra credencial más (Cirugía preservadora de la válvula aórtica en adultos); y La Princesa, con cuatro, tiene una nueva acreditación (Tratamiento endoscópico avanzado mediante POEM en acalasia primaria tipo III del adulto).

Ya fuera de la capital, el Puerta de Hierro Majadahonda ha aumentado su nómina de CSUR en 3 (Tratamiento endoscópico avanzado mediante POEM en acalasia primaria tipo III del adulto, Cirugía preservadora de la válvula aórtica en adultos y Extracción de electrodos en adultos), hasta un total de 8. Por su parte, el Hospital público Universitario de Getafe se mantiene con uno, adjudicado en 2008 al tratamiento de grandes quemados.

Madrid, única en dos patologías

La designación de nuevos CSUR se realiza periódicamente por Orden del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Actualmente hay 358 en toda España, acreditados en 51 centros sanitarios para la atención de 77 patologías o procedimientos. Las últimas acreditaciones que suma la sanidad pública madrileña obedecen a sendas órdenes ministeriales de diciembre de 2024 y enero del presente año.

En dos de ellos, la Comunidad de Madrid es la única región española con CSUR: Trasplante de intestino infantil y adulto (La Paz y 12 de Octubre) y Trastornos complejos del sistema nervioso autónomo (La Paz).

Agencias

El Hospital público de La Princesa realizó más de una treintena de trasplantes de córnea durante 2024

- 16/01/2025

El Hospital Universitario de La Princesa, centro público de la Comunidad de Madrid, realizó durante el año pasado 31 trasplantes de córnea a través de la Unidad de Trasplante de Córnea, perteneciente al Servicio de Oftalmología, liderada por la doctora Guadalupe Garrido Ceca. Estas cifras superan los niveles de trasplantes registrados antes de la pandemia y consolidan al hospital como centro especializado en la atención oftalmológica de alta complejidad.

Los 31 trasplantes de córnea realizados en 2024, suponen un aumento de 22 trasplantes más respecto a 2023. De ellos, más del 95% se llevaron a cabo mediante técnicas de trasplante endotelial para casos de enfermedades como la distrofia endotelial de Fuchs (afecta a la capa delgada de células que recubre la parte posterior de la córnea) o edema corneal (inflamación de la córnea). Estos procedimientos avanzados se distinguen por reducir las complicaciones postoperatorias y proporcionar mejores resultados visuales a los pacientes que padecen enfermedades del endotelio corneal. Además, estas técnicas permiten una recuperación más rápida y segura del paciente, pudiéndose reincorporar antes a sus actividades diarias y reduciendo la dependencia de ayudas visuales.

Todo esto es posible gracias a la estrecha colaboración con la Unidad de Coordinación de Trasplantes del hospital, cuya responsable es la Dra. Nieves García Vázquez. Esta Unidad realiza la búsqueda de posibles donantes así como su seguimiento. A continuación, los tejidos extraídos se envían al Banco de Ojos del Hospital Clínico San Carlos donde se validan, se establece su viabilidad, se conserva, prepara y distribuye.

Más de 6.000 implantes de tejido ocular en España

Las enfermedades de la córnea son la segunda causa de ceguera a nivel mundial. Se calcula que alrededor de 12 millones de personas en el mundo sufren ceguera por una enfermedad corneal que puede ser tratada con un trasplante de córnea. Concretamente, en España se realizaron 6.291 implantes de tejido ocular en 2023, según datos de la Organización Nacional de Trasplantes.

La córnea es un tejido trasparente que permite el paso de la luz hacia el interior del ojo. Si la córnea pierde su transparencia o se deforma (queratocono) tiene que ser sustituida por un tejido sano mediante un trasplante de córnea, cuando los tratamientos menos invasivos no son una opción.

Innovación y mejora continua en los tratamientos quirúrgicos

La Unidad de Trasplantes de Córnea del Hospital Universitario de La Princesa pertenece al Servicio de Oftalmología, liderado por el Dr. Juan Jacobo González Guijarro. Está compuesta por un equipo multidisciplinar que, además de oftalmólogos especializados, incluye intensivistas, anestesistas y personal de enfermería especialmente formado.

Este equipo reafirma su compromiso con la donación, la innovación y la mejora continua en los tratamientos quirúrgicos, elevando los estándares de atención médica y ofreciendo soluciones más seguras y efectivas para los pacientes con enfermedades corneales.

Medios locales



PRNoticias

PARA TRATAR ENFERMEDADES COMPLEJAS

La sanidad pública madrileña aumenta un 17% sus Centros de Referencia Nacional

LA CONSEJERA DE SANIDAD HA DESTACADO QUE, CON LOS 16 NUEVOS CENTROS, SUMAN UN TOTAL DE 109

Noticias recientes

Abascal en la investidura de Trump: "Se vienen buenos tiempos para la libertad"

Marc Murtra será el nuevo presidente ejecutivo de Telefónica

"Los focus group se afianzan como táctica para obtener información de los clientes"

Juan Luis Galiacho hace caja en Mediaset como "multicolaborador"

La **Comunidad de Madrid** ha incrementado un **17% el número de Centros, Servicios y Unidades de Referencia** (CSUR) en el último año, alcanzando un total de 109. Estos centros están distribuidos en nueve hospitales públicos de la región, representando cerca de una tercera parte (30,4%) de todos los recursos sanitarios de este tipo en España. La consejera de Sanidad, Fátima Matute, anunció este aumento durante una rueda de prensa en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, que recientemente obtuvo tres nuevas acreditaciones CSUR.

Matute destacó la **innovación y vanguardia** de los CSUR madrileños, que combinan la excelencia profesional con la solidaridad de la sanidad pública. Estos centros no solo atienden a pacientes de la Comunidad de Madrid, sino también a personas de otras regiones de España. En 2023, los CSUR madrileños recibieron 39.611 solicitudes de asistencia procedentes de otras autonomías, subrayando la importancia de estos servicios especializados a nivel nacional.

En términos de liderazgo, el **Hospital La Paz** es el centro madrileño con más CSUR, con un total de 36. Este hospital ha añadido tres nuevas acreditaciones: cardiopatías congénitas en adultos, hepatopatías complejas pediátricas y extracción de electrodos en adultos. El segundo centro con más acreditaciones es el Hospital Gregorio Marañón, con 19, y el tercero es el Ramón y Cajal, que cuenta con 14 CSUR.

El Hospital **12 de Octubre** ha alcanzado un total de 13 CSUR, tras añadir uno más para el tratamiento de atresia de esófago compleja. El Clínico San Carlos también ha logrado una nueva acreditación, alcanzando las 9 acreditaciones. Por su parte, el Hospital La Princesa ha obtenido una nueva acreditación en el tratamiento endoscópico avanzado para acalasia primaria tipo III, con un total de cuatro CSUR.

Fuera de la capital, el Hospital **Puerta de Hierro Majadahonda** ha aumentado sus acreditaciones en tres, alcanzando un total de ocho CSUR. El Hospital Universitario de Getafe se mantiene con una acreditación, la cual se obtuvo en 2008 para el tratamiento de grandes quemados. Esto demuestra el crecimiento de la red de centros especializados en la Comunidad de Madrid, tanto dentro como fuera de la capital.

Además, la **Comunidad de Madrid** es única en España en la acreditación de dos patologías: el trasplante de intestino infantil y adulto, y los trastornos complejos del sistema nervioso autónomo. Estos CSUR se encuentran en los hospitales La Paz y 12 de Octubre, consolidando a la región como un referente en el tratamiento de enfermedades complejas a nivel nacional.

Medios especializados



"Tratar precozmente la enfermedad renal diabética da al paciente unos 20 años más de vida libre de diálisis"

Borja Quiroga, médico especialista en Nefrología del Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, interviene en La Ventana de EMI, sección de EL MÉDICO INTERACTIVO



El Médico Interactivo 20 de enero 2025. 1:13 pm

"Tratar precozmente la enfermedad renal diabética da al paciente unos 20 años más de vida libre de diálisis". Son palabras de Borja Quiroga, médico especialista en Nefrología del Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, en esta entrevista concedida a Leonor Rodríguez, directora de EL MEDICO...

Medios especializados

ConSalud.es

Publicidad

Madrid alcanza los 109 Centros de Referencia Nacional para tratar enfermedades complejas

Fátima Matute ha presentado el balance de los Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud (CSUR), que en 2023 atendieron cerca de 40.000 solicitudes de asistencia a pacientes de otras CC.AA.



La consejera de Sanidad, Fátima Matute, en su visita al Hospital Niño Jesús. (ConSalud.es)



JAVIER LEUNDA
17 ENERO 2025 | 11:40 H

Archivado en:
COMUNIDAD DE MADRID

La consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Fátima Matute, ha presentado este viernes el balance de los **Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud (CSUR)** de la red pública hospitalaria de la región. En el acto celebrado en el Hospital público Universitario Infantil Niño Jesús, la responsable sanitaria ha destacado que los 16 nuevos centros de referencia suman un total de 109 en la región, un aumento del 17% en el último año, y el 30% de todos los recursos de este tipo en España.

En el evento, Matute ha destacado "su espíritu innovador y de vanguardia, donde se une la **excelencia de nuestros profesionales** con la solidaridad de la sanidad pública madrileña, ya que prestan servicio a pacientes de toda España que necesitan cuidados o procedimientos de un alto nivel de especialización". "Sólo en 2023 los CSUR madrileños atendieron **39.611 solicitudes** de asistencia procedentes de otras autonomías", ha apuntado.

El Hospital de La Paz es el centro que lidera en la región los CSUR con 36, tras añadir 3 (Cardiopatías congénitas en adultos, Hepatopatías complejas pediátricas y Extracción de electrodos en adultos)

La consejera se ha mostrado "orgullosa de la labor de todos los profesionales que hacen posible estos logros", aclarando que su departamento va a **"seguir apostando por tener mas y mejores CSUR"**. "Vamos a seguir trabajando para lograr que llegue la mejor salud a todos, con los tratamientos más avanzados. Queremos hacer una región pionera en el cuidado de las personas, con las tecnologías más avanzadas y la inteligencia artificial".

En el caso del Hospital Infantil público Universitario Niño Jesús, el centro acumula hasta **cinco acreditaciones** CSUR tras obtener tres en la última convocatoria el pasado mes de diciembre la de Trastornos hereditarios de la queratinización, Enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica y Trastornos

de conducta de alimentación de la primera infancia con dispositivos de soporte artificial.

El 12 de Octubre, tras conseguir un CSUR adicional (Atresia de esófago compleja), llega a 13, mientras que el Clínico San Carlos dispone de 9, al haber logrado otra credencial más

El Hospital de La Paz es el centro que **lidera en la región los CSUR** con 36, tras añadir 3 (Cardiopatías congénitas en adultos, Hepatopatías complejas pediátricas y Extracción de electrodos en adultos). La segunda posición corresponde al Gregorio Marañón, con 19, que ha conseguido el mismo número de designaciones (Atresia de esófago compleja y Enfermedad vascular hepática compleja en el adulto). El tercer lugar lo ocupa el Ramón y Cajal, con 14, y que ha sumado otros dos (Enfermedad vascular hepática compleja en el adulto, y Drenaje guiado por endoscopia de la obstrucción bilio-pancreática compleja).

El 12 de Octubre, tras conseguir **un CSUR adicional** (Atresia de esófago compleja), llega a 13, mientras que el Clínico San Carlos dispone de 9, al haber logrado otra credencial más (Cirugía preservadora de la válvula aórtica en adultos); y La Princesa, con cuatro, tiene una nueva acreditación (Tratamiento endoscópico avanzado mediante POEM en acalasia primaria tipo III del adulto).

El Hospital público Universitario de Getafe se mantiene con uno, adjudicado en 2008 al tratamiento de grandes quemados

Ya fuera de la capital, el Puerta de Hierro Majadahonda ha aumentado su nómina de CSUR en 3 (Tratamiento endoscópico avanzado mediante POEM en acalasia primaria tipo III del adulto, Cirugía preservadora de la válvula aórtica en adultos y Extracción de electrodos en adultos), hasta un total de 8. Por su parte, el **Hospital público Universitario de Getafe** se mantiene con uno, adjudicado en 2008 al tratamiento de grandes quemados.

MADRID, ÚNICA CON CSUR EN DOS PATOLOGÍAS

La designación de nuevos CSUR se realiza periódicamente por Orden del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Actualmente hay 358 en toda España, acreditados en 51 centros sanitarios para la atención de 77 patologías o procedimientos. Las últimas acreditaciones que suma la sanidad pública madrileña obedecen a sendas órdenes ministeriales de diciembre de 2024 y enero del presente año. En dos de ellos, la Comunidad de Madrid es la **única región española** con CSUR: Trasplante de intestino infantil y adulto (La Paz y 12 de Octubre) y Trastornos complejos del sistema nervioso autónomo (La Paz).

Los contenidos de ConSalud están elaborados por periodistas especializados en salud y avalados por un comité de expertos de primer nivel. No obstante, recomendamos al lector que cualquier duda relacionada con la salud sea consultada con un profesional del ámbito sanitario.

Publicidad

Medios nacionales



La Comunidad ha incrementado en un 17 % sus Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR)

La sanidad de Madrid sigue apostando por aumentar sus centros de referencia para tratar enfermedades complejas. Con este objetivo la Comunidad de Madrid ha incrementado, en el último, año un 17% sus Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR). Un crecimiento que ha hecho posible que lleguen a un total de 109. Estos están distribuidos en nueve hospitales públicos madrileños, y suponen casi una tercera parte (30,4%) de todos los recursos sanitarios de este tipo en España.

La consejera de Sanidad, Fátima Matute, ha informado sobre este incremento en el Hospital Infantil público Universitario Niño Jesús. Este acumula cinco acreditaciones CSUR, tras obtener tres en diciembre. Trastornos hereditarios de la queratinización; Enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica; y Trastornos de conducta de alimentación de la primera infancia con dispositivos de soporte artificial.

Matute ha destacado *"su espíritu innovador y de vanguardia, donde se une la excelencia de nuestros profesionales con la solidaridad de la sanidad pública madrileña. Ya que prestan servicio a pacientes de toda España que necesitan cuidados o procedimientos de un alto nivel de especialización". "Sólo en 2023 los CSUR madrileños atendieron 39.611 solicitudes de asistencia procedentes de otras autonomías",* ha apuntado.

Distribución de los CSUR de enfermedades complejas en hospitales de Madrid

La Paz es el centro que lidera en la región los CSUR. Dispone de 36, tras añadir 3 (Cardiopatías congénitas en adultos, Hepatopatías complejas pediátricas y Extracción de electrodos en adultos).

La segunda posición corresponde al Gregorio Marañón, con 19. Ha conseguido el mismo número de designaciones (Atresia de esófago compleja y Enfermedad vascular hepática compleja en el adulto).

El tercer lugar lo ocupa el Ramón y Cajal, con 14, y que ha sumado otros dos (Enfermedad vascular hepática compleja en el adulto, y Drenaje guiado por endoscopia de la obstrucción bilio-pancreática compleja).

El 12 de Octubre, tras conseguir un CSUR adicional (Atresia de esófago compleja), llega a 13. Mientras que el Clínico San Carlos dispone de 9, al haber logrado otra credencial más (Cirugía preservadora de la válvula aórtica en adultos). Por su parte, La Princesa, con cuatro, tiene una nueva acreditación (Tratamiento endoscópico avanzado mediante POEM en acalasia primaria tipo III del adulto).

CSUR en el Hospital Puerta de Hierro

En la zona noroeste, Puerta de Hierro Majadahonda ha aumentado su nómina de CSUR en 3. Con Tratamiento endoscópico avanzado mediante POEM en acalasia primaria tipo III del adulto, Cirugía preservadora de la válvula aórtica en adultos y Extracción de electrodos en adultos. Llegando a un toral de 8. P

Por su parte, el Hospital público Universitario de Getafe se mantiene con uno, adjudicado en 2008 al tratamiento de grandes quemados.

Madrid, única en CSUR en dos patologías

La designación de nuevos CSUR se realiza periódicamente por Orden del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Actualmente hay 358 en toda España, acreditados en 51 centros sanitarios para la atención de 77 patologías o procedimientos. Las últimas acreditaciones que suma la sanidad pública madrileña obedecen a sendas órdenes ministeriales de diciembre de 2024 y enero del presente año.

En dos de ellos, la Comunidad de Madrid es la única región española con CSUR: Trasplante de intestino infantil y adulto (La Paz y 12 de Octubre) y Trastornos complejos del sistema nervioso autónomo (La Paz).

Medios locales

EL DIARIO DE MADRID,

ACTUALIDAD

Sanidad

La Comunidad incrementa un 17% sus Centros de Referencia Nacional para enfermedades complejas

La Comunidad de Madrid ha ampliado un 17% su red de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) para el tratamiento de enfermedades complejas, alcanzando un total de 109



Comunidad de Madrid

REDACCIÓN

17/ene/25 - 15:03

Este número representa más del **30% de los CSUR en España**, consolidando a la región como un referente en sanidad pública especializada.

Distribución y nuevas acreditaciones

Los **CSUR están distribuidos en nueve hospitales públicos madrileños**. El **Hospital La Paz**, con **36 CSUR**, lidera en acreditaciones y ha incorporado especialidades como **Cardiopatías congénitas en adultos**, **Hepatopatías complejas pediátricas** y **Extracción de electrodos en adultos**. Le sigue el **Gregorio Marañón**, con **19 CSUR**, que recientemente sumó áreas como **Atresia de esófago compleja** y **Enfermedad vascular hepática compleja en adultos**.

El **Ramón y Cajal**, con **14 CSUR**, agregó **Enfermedad vascular hepática compleja en adultos** y **Drenaje guiado por endoscopia de la obstrucción bilio-pancreática compleja**. Por su parte, el **12 de Octubre**, que cuenta con **13 CSUR**, añadió **Atresia de esófago compleja**.

El **Clínico San Carlos**, con **9 CSUR**, incorporó la **Cirugía preservadora de la válvula aórtica en adultos**, mientras que el **Puerta de Hierro Majadahonda**, con **8 CSUR**, agregó tres especialidades: **POEM en acalasia primaria tipo III**, **Cirugía preservadora de la válvula aórtica en adultos** y **Extracción de electrodos en adultos**.

con soporte artificial. Finalmente, el **Hospital de La Princesa**, con 4 **CSUR**, y el **Hospital de Getafe**, con 1 **CSUR**, completan la lista.

Atención a pacientes de toda España

En **2023**, los **CSUR madrileños atendieron 39.611 solicitudes** de pacientes procedentes de otras comunidades autónomas. La consejera de Sanidad, **Fátima Matute**, resaltó el papel innovador de estos centros y la combinación de **excelencia profesional** con la **solidaridad de la sanidad pública madrileña**, que garantiza cuidados de alta especialización.

Madrid, única en dos patologías

La Comunidad de Madrid es **la única región en España** con CSUR en **Trasplante de intestino infantil y adulto**, a través de los hospitales **La Paz** y **12 de Octubre**, y en **Trastornos complejos del sistema nervioso autónomo**, que se gestionan en **La Paz.**

Liderazgo nacional

Actualmente, España cuenta con **358 CSUR acreditados** en **51 centros sanitarios** para el tratamiento de 77 **patologías o procedimientos complejos**. Con el incremento reciente, Madrid reafirma su liderazgo nacional en sanidad especializada, fortaleciendo su capacidad para atender a pacientes de toda España.

REDACCIÓN

PUBLICIDAD

Medios nacionales

SANIDAD

Madrid suma 16 nuevas unidades para tratar las enfermedades complejas

S. MEDIALDEA MADRID

Hay ocasiones en que la salud nos da la espalda. Y, para colmo, la lotería de la vida nos regala una dolencia poco común o difícil de diagnosticar, una de esas llamadas técnicamente 'enfermedades complejas'. Para esos casos, en los que las visitas a médicos se eternizan hasta dar con la clave, existen los centros, servicios y unidades de referencia, espacios muy especializados en su diagnóstico y tratamiento. Son unidades especiales, 'magníficas', de las que los hospitales públicos de Madrid cuentan actualmente con 109, más del 30 por ciento de todas las que existen en España.

Acaban de sumarse 16 centros a esta lista, según informó ayer la consejera de Sanidad, Fátima Matute. Del total, 36 están en La Paz, 19 en el Gregorio Marañón, 14 en el Ramón y Cajal, 13 en el 12 de Octubre, 9 en el Clínico, 8 en el Puerta de Hierro, 5 en el Niño Jesús, 4 en La Princesa y 1 en el Hospital de Getafe.

De otras regiones

En ellos se atiende cada año a miles de personas, y en muchas ocasiones, son referentes también para pacientes de otras regiones, que vienen a los hospitales madrileños a ser tratados: 40.000 solicitudes en este sentido se atendieron en el año 2023.

El Hospital Niño Jesús, por ejemplo, acumula cinco acreditaciones, las últimas de las cuales son la dedicada a trastornos hereditarios de la queratinización, la dedicada a la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica y la de trastornos de conducta de alimentación de la primera infancia con dispositivos de soporte artificial.

Matute ha destacado el «espíritu innovador y de vanguardia» de estos centros. En dos de ellos, la Comunidad de Madrid es la única región española que ofrece tratamiento: el trasplante de intestino infantil y adulto (que se trata en los hospitales de La Paz y 12 de Octubre) y trastornos complejos del sistema nervioso autónomo (únicamente en La Paz).

Buscamos
CHÓFER DE ALTA DIRECCIÓN
con plena disponibilidad horaria y para desplazamientos. Experiencia demostrable.
Carnet de conducir mínimo C. Alta remuneración



Tomás Merina, en el centro de la imagen, con parte de su equipo en una foto de la campaña electoral // ICOMEM PARA TODOS

Merina recurre la suspensión de su candidatura al Colegio de Médicos

▸ Pide que se mantenga su toma de posesión, que el presidente anterior ha cancelado

SARA MEDIALDEA
MADRID

Sigue adelante el quilombo en el Colegio Oficial de Médicos de Madrid, que celebró elecciones hace ahora un mes pero ha visto cómo esta semana la comisión de recursos suspendía una de las candidaturas, la del ganador de los comicios, el doctor Tomás Merina, mientras el expresidente de la entidad (aún en funciones), Manuel Martínez-Sellés, anunciaba la próxima repetición de las elecciones. Ayer, Merina presentó un recurso contencioso-administrativo pidiendo que se suspenda la resolución de la comisión de recursos y planteando medidas cautelarísimas, exigiendo que la junta electoral siga adelante con el proceso y realice su toma de posesión como estaba previsto.

Desde el Colegio se informaba ayer de que la toma de posesión administrativa del nuevo presidente de la institución, prevista para el lunes, se suspendía, así como también quedaba cancelado el acto oficial de toma de posesión de la nueva junta directiva, presidida por Tomás Merina, que se iba a producir el miércoles en el Gran Anfiteatro del Colegio, con la ministra de Sanidad, Mónica García, y la presidenta regional, Isabel Díaz Ayuso, como fuentes de la candidatura de Tomás Merina, Martínez-Sellés comunicó la suspensión del acto ceremonial de toma de posesión del 22 de enero «mediante un mensaje enviado desde el Colegio de Médicos que recibieron todas las personas invitadas, una decisión para la que el actual presidente en funciones y saliente no tiene capacidad ni competencia». Como tampoco la tiene, recuerdan, para convocar nuevas elecciones. Le acusan de querer «atrincherarse en el Colegio de Médicos».

Repetición

Merina ganó las elecciones con un amplio margen de votos, que superaron el 44 por ciento, doblando prácticamente a cada uno de los otros dos candidatos. Fue designado ganador por la junta electoral del Colegio, un órgano independiente formado por un secretario que es letrado, el presidente del comité deontológico del Colegio y otros cuatro miembros médicos elegidos por sorteo.

Sin embargo, antes de la votación, la candidatura de Martínez-Sellés había presentado un recurso ante la comisión de recursos del colegio, otro órgano independiente, aunque la candidatura de Merina incluye en su denuncia que «su secretario es comprometido de una candidatura competidora», la de Martínez-Sellés. El recurso de éste ante la comisión consideraba que Merina no cumplía los requisitos para ser candidato, que exigen que sea un médico en activo. La resolución de la comisión sobre este recurso, conocida el jueves, fue suspender la candidatura de Merina por no cumplir con los requisitos.

Ante el contencioso-administrativo, la candidatura ganadora ha pedido medidas

Por esta razón, Martínez-Sellés anunció que se repetirían las elecciones cuando la junta electoral lo determine. Esta aún no se ha pronunciado sobre el asunto, pero Merina ya la aludió el jueves, tras asegurar que cumple con todos los requisitos para ser candidato, como quedó acreditado por la propia junta electoral –recordó– cuando presentó su lista. En el recurso presentado ayer, Merina incluye documentación que le acredita como mutualista desde el 1 de febrero de 2023, y un certificado firmado por el vicesecretario del Icomem que acredita que está inscrito como colegiado «desde el 12 de noviembre de 1979 hasta el 23 de julio de 2009 en que causa baja por cese de ejercicio, reincorporado el 8 de marzo de 2018, continuando en esta situación en el día de la fecha, encontrándose al corriente de pago de las cuotas del Colegio».

Merina y su candidatura, Icomem para todos, están apoyados por el sindicato Amyts, que promovió la gran huelga de médicos y pediatras de Atención Primaria. Desde este sindicato, manifestaban este viernes su apoyo «máximo» a la candidatura de Merina, y criticaban lo que consideran un patronello pral organizado por el pre-

Medios locales



El pasado mes de noviembre tuvo lugar en Madrid el **Hackathon de Salud Junior**, primer maratón de programación de videojuegos educativos en salud mental organizado por adolescentes.

Esta iniciativa contó con la participación de alumnos de ESO, Bachillerato y ciclos formativos. Un evento que busca concienciar sobre salud mental, combatir la desinformación y promover el uso de fuentes fiables. Esta actividad fue organizada por el Instituto #SaludsinBulos, la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y el Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario de La Princesa, dentro del marco de la **Semana de la Ciencia y la Innovación de Madrid.**

El Hackathon destacó la importancia de la educación digital para evitar la propagación de bulos, especialmente en redes sociales. Según manifestaron desde el Instituto #SaludsinBulos, es esencial educar en el uso responsable de estas plataformas, ya que la desinformación afecta directamente la salud mental. Plataformas como Instagram, TikTok y Twitter son percibidas como las más peligrosas para la salud mental, especialmente por adolescentes mayo.

Otros medios



Europa Press
Publicado: **22 de enero de 2025, 11:32**

El **Teatro Real** y la **Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid** han presentado este martes el programa **El Real en hospitales**, una iniciativa que permitirá acercar a los pacientes ingresados en los hospitales madrileños la inspiración de la lírica, la música y la danza.

El acto ha tenido lugar en el Hospital de la Princesa y en él han participado Fátima Matute, Consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid; Ignacio García-Belenguer, director general del Teatro Real; José Julián Díaz Melguizo, director gerente del Hospital de la Princesa, y Celia García Menéndez, directora general de Humanización, Atención y Seguridad del paciente del mencionado hospital.

La idea, según ambas entidades, surge de la necesidad de humanizar los espacios hospitalarios y generar bienestar emocional a través de las artes, de los espacios, abriendo una ventana a nuevas experiencias que permitan el desarrollo de emociones positivas y destierren la sensación de aislamiento del exterior.

Con este compromiso, solidario y de futuro, el Teatro Real quiere utilizar sus posibilidades tecnológicas y artísticas para contribuir a la construcción de un entorno social amable, positivo y cargado de nuevas posibilidades de conocimiento, gracias al apoyo de instituciones como la Comunidad de Madrid.

Los títulos seleccionados para la presente temporada son las óperas **El barbero de Sevilla** (Gioachino Rossini) y **Pagliacci** (Ruggero Leoncavallo), los espectáculos de danza del New York City Ballet (con el programa dedicado a George Balanchine y Justin Peck) y la **Compañía de Antonio Gades** (Carmen), la **Séptima Sinfonía de Beethoven** (interpretada por la Orquesta Titular del Teatro Real dirigida por Pablo Heras-Casado) y el documental **El corazón del Teatro Real** (dirigido por José Luis López Linares y producido por Telecinco Cinema) para conocer en profundidad la historia y el funcionamiento de la que es la primera institución de las artes escénicas en España.

La proyección de la emblemática coreografía de Antonio Gades, Carmen, ha inaugurado el programa en el salón de actos con la presencia de pacientes y familiares junto a los responsables de las instituciones.

La colaboración del Teatro Real con los hospitales se inicia en el año 2015 con las primeras proyecciones de títulos infantiles del Real Junior en el auditorio del Hospital La Paz de Madrid. En el año 2016 prosiguen las emisiones destinadas a los pequeños en hospitales de la Comunidad de Madrid, como el Hospital Universitario de Móstoles, el Hospital Infantil Niño Jesús o el Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

En 2019, el Real firmó un convenio con el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid para la promoción y divulgación de la música, el arte y la cultura, tanto para pacientes adultos como pediátricos, con programas de ópera y música clásica que han venido realizándose hasta hoy, llegando incluso a inaugurar el nuevo auditorio del hospital, y del que también han podido beneficiarse familiares y profesionales del centro.

Medios locales



20minutos MADRID

DIRECTO Sigue el partido de semifinales de Badosa ante Sabalenka en el Open de Australia

Los hospitales de Madrid emiten ópera y danza para ayudar a la recuperación de los pacientes

L. M. G. M. | NOTICIA | 21.01.2025 - 19:46H

- El Real en Hospitales incluirá seis obras del teatro en los centros de la Comunidad de Madrid a lo largo de 2025.
- La ayuda para las gafas graduadas a menores en Madrid se mantendrá más allá de este año.

La consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Fátima Matute, y el director general del Teatro Real, Ignacio García-Belenguer, en el Hospital La Princesa. / COMUNIDAD DE MADRID

Los hospitales de la Comunidad de Madrid están implementando la iniciativa *El Real en Hospitales* para **retransmitir obras del Teatro Real** para mejorar la recuperación de los pacientes ingresados que no pueden salir del centro. Durante este año se podrán visionar seis actuaciones, entre las que se incluyen piezas de ópera, música y danza. El programa ha sido seleccionado "cuidadosamente para que el arte sea un valioso instrumento terapéutico", según han detallado desde la Consejería de Sanidad.

Ofrecer actividades lúdicas en los hospitales para que los pacientes puedan distraerse durante su estancia y, a su vez, **mejorar su recuperación con un recurso terapéutico cultural.** Estos son los objetivos del proyecto. "Se trata de una medida ilusionante que contribuirá, sin duda, a profundizar aún más en la humanización de la asistencia sanitaria en la que viene trabajando desde hace años la Comunidad de Madrid como uno de los pilares de su sanidad pública", ha señalado la consejera de Sanidad, Fátima Matute, este martes desde el Hospital La Princesa.

Los pacientes pueden **disfrutar de estas retransmisiones desde su propia habitación** o disfrutarlas con sus familiares y allegados desde los salones comunes del centro. De esta manera, han detallado, "se facilita la participación de aquellos usuarios que, por circunstancias clínicas o de movilidad, no puedan desplazarse fuera de ellas". Entre las obras, además de la famosa ópera de Georges Bizet, *Carmen*, se sumarán, a lo largo de este año, *El Corazón del Real; New York City Ballet*; *La Séptima Sinfonía de Beethoven*; Pagliacci, y *el Barbero de Sevilla*.

"El arte, más allá de permitir que durante un buen rato los enfermos no estén pensando en el motivo de su estancia hospitalaria, tiene **efectos beneficiosos para la salud** avalados por la evidencia científica", ha explicado antes de la proyección de Carmen, con el ballet de Antonio Gades, la primera de las seis obras que el Teatro Real ofrecerá en 2025 en este y otros complejos del Servicio Madrileño de Salud.

Medios locales

EL DIARIO DE MADRID,

MADRID · OPINIÓN CULTURA · ECONOMÍA BREVERÍAS SE CUENTA POR MADRID... PLANES POR MADRID DEPORTES BIENESTAR

La Comunidad mejora la recuperación de los pacientes con arte

La Comunidad de Madrid ha implementado un programa que mejora la recuperación y calidad de vida de los pacientes ingresados en hospitales públicos



El Real en Hospitales, una iniciativa que lleva retransmisiones de ópera, música y danza del **Teatro Real** a los centros de salud, se ha diseñado como un recurso terapéutico para beneficiar a los enfermos.

Primera proyección en el Hospital de La Princesa

La consejera de Sanidad, **Fátima Matute**, asistió en el **Hospital público de La Princesa** a la proyección de *Carmen*, con el ballet de **Antonio Gades**, marcando el inicio de este proyecto. Esta es la primera de las seis obras que el Teatro Real ofrecerá durante 2025 en distintos hospitales del Servicio Madrileño de Salud (**SERMAS**).

Un enfoque humanizador en la asistencia sanitaria

Matute destacó que esta iniciativa "contribuye a profundizar en la humanización de la asistencia sanitaria". Además, subrayó que el arte tiene efectos beneficiosos avalados por la evidencia científica, ayudando a los pacientes a reducir el estrés y mejorar su bienestar.

Retransmisiones para todos los pacientes

Las retransmisiones estarán disponibles en los **salones de actos** de los hospitales y, para quienes no puedan desplazarse, en sus **habitaciones** mediante un circuito interno. Los pacientes podrán disfrutar de estas actividades en compañía de sus familiares o allegados, promoviendo así una experiencia más inclusiva.

Programa cultural para 2025

A lo largo del año, se proyectarán otras obras destacadas como **El Corazón del Real**, **New York City Ballet**, la **Séptima Sinfonía de Beethoven**, **Pagliacci** y **El Barbero de Sevilla**.

Parte del II Plan de Humanización

Estas actividades forman parte del **II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria** de la Comunidad de Madrid, que busca facilitar el acceso a la cultura y el arte como un recurso terapéutico no farmacológico y como herramienta de prevención para el bienestar emocional de pacientes y profesionales sanitarios.

Medios locales



- *El Real en Hospitales* es un recurso terapéutico que beneficia la calidad de vida de los enfermos.
- Podrán disfrutar de las proyecciones, también con sus familiares, en los salones de actos de los centros y las propias habitaciones.

La **Comunidad de Madrid** mejora la recuperación y la calidad de vida de los pacientes ingresados en sus hospitales públicos con El Real en Hospitales, iniciativa que lleva hasta estos centros retransmisiones de ópera, música y danza del Teatro Real, con un programa cuidadosamente seleccionado para que el arte sea un valioso instrumento terapéutico.

La consejera de Sanidad, **Fátima Matute**, ha asistido hoy en el **Hospital público de La Princesa** de la capital a la proyección de Carmen, con el ballet de **Antonio Gades**, la primera de las seis obras que el **Teatro Real** ofrecerá en 2025 en éste y otros complejos del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

“Se trata de una medida ilusionante que contribuirá, sin duda, a profundizar aún más en la humanización de la asistencia sanitaria en la que viene trabajando desde hace años la Comunidad de Madrid como uno de los pilares de su sanidad pública”, ha señalado Matute, que ha recordado que “el arte, más allá de permitir que durante un buen rato los enfermos no estén pensando en el motivo de su estancia hospitalaria, tiene efectos beneficiosos para la salud avalados por la evidencia científica”.

Los pacientes pueden disfrutar, en compañía de familiares o allegados, de estas retransmisiones del Real en Hospitales en los salones de actos de los centros sanitarios donde están ingresados, o en sus propias habitaciones, mediante circuito interno. De esta manera, se facilita la participación de aquellos usuarios que, por circunstancias clínicas o de movilidad, no puedan desplazarse fuera de ellas.

A la famosa opera de Georges Bizet, se sumarán, a lo largo de este año El Corazón del Real; New York City ballet; la Séptima sinfonía de Beethoven; Pagliacci, y el Barbero de Sevilla.

Las actividades de esta naturaleza están recogidas en el II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid, cuyo objetivo es facilitar el acceso al beneficio en la salud de la cultura y el arte, no sólo como recurso terapéutico no farmacológico, sino también como una herramienta de prevención, para mejorar el bienestar emocional de los pacientes y los profesionales que les cuidan y atienden.

Medios Institucionales



17 enero 2025

La consejera de Sanidad, Fátima Matute, ha informado sobre este incremento en el Hospital Infantil público Universitario Niño Jesús de la capital que acumula cinco acreditaciones CSUR tras obtener tres en la última convocatoria el pasado mes de diciembre la de Trastornos hereditarios de la queratinización, Enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica y Trastornos de conducta de alimentación de la primera infancia con dispositivos de soporte artificial.

Matute ha destacado "su espíritu innovador y de vanguardia, donde se une la excelencia de nuestros profesionales con la solidaridad de la sanidad pública madrileña, ya que prestan servicio a pacientes de toda España que necesitan cuidados o procedimientos de un alto nivel de especialización". "Sólo en 2023 los CSUR madrileños atendieron 39.611 solicitudes de asistencia procedentes de otras autonomías", ha apuntado.

La Paz es el centro que lidera en la región los CSUR con 36, tras añadir 3 (Cardiopatías congénitas en adultos, Hepatopatías complejas pediátricas y Extracción de electrodos en adultos). La segunda posición corresponde al Gregorio Marañón, con 19, que ha conseguido el mismo número de designaciones (Atresia de esófago compleja y Enfermedad vascular hepática compleja en el adulto). El tercer lugar lo ocupa el Ramón y Cajal, con 14, y que ha sumado otros dos (Enfermedad vascular hepática compleja en el adulto, y Drenaje guiado por endoscopia de la obstrucción bilio-pancreática compleja).

El 12 de Octubre, tras conseguir un CSUR adicional (Atresia de esófago compleja), llega a 13, mientras que el Clínico San Carlos dispone de 9, al haber logrado otra credencial más (Cirugía preservadora de la válvula aórtica en adultos); y La Princesa, con cuatro, tiene una nueva acreditación (Tratamiento endoscópico avanzado mediante POEM en acalasia primaria tipo III del adulto).

Ya fuera de la capital, el Puerta de Hierro Majadahonda ha aumentado su nómina de CSUR en 3 (Tratamiento endoscópico avanzado mediante POEM en acalasia primaria tipo III del adulto, Cirugía preservadora de la válvula aórtica en adultos y Extracción de electrodos en adultos), hasta un total de 8. Por su parte, el Hospital público Universitario de Getafe se mantiene con uno, adjudicado en 2008 al tratamiento de grandes quemados.

Madrid, única en dos patologías

La designación de nuevos CSUR se realiza periódicamente por Orden del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Actualmente hay 358 en toda España, acreditados en 51 centros sanitarios para la atención de 77 patologías o procedimientos. Las últimas

acreditaciones que suma la sanidad pública madrileña obedecen a sendas órdenes ministeriales de diciembre de 2024 y enero del presente año.

En dos de ellos, la Comunidad de Madrid es la única región española con CSUR: Trasplante de intestino infantil y adulto (La Paz y 12 de Octubre) y Trastornos complejos del sistema nervioso autónomo (La Paz).

medios especializados

somos pacientes

23 ENERO 2025

¿Qué es la farmacogenética y cómo consigue reducir el riesgo de efectos adversos en la administración de fármacos?



La **farmacogenética** es una ciencia que intenta relacionar las características genéticas de cada persona con su modo de responder a los fármacos, tanto en cuanto a eficacia como a toxicidad. El genoma de una persona se diferencia un 0,1% de otras personas y estas pequeñas variaciones en los genes hacen que unos tengan los ojos azules y otros marrones; igualmente, estos genes pueden hacer que un paciente responda bien a un fármaco y otro paciente no. El objetivo de la farmacogenética es identificar estas variaciones en los genes, que llamamos biomarcadores, para conseguir una **medicina individualizada**, es decir, **administrar el fármaco más eficaz, con el menor riesgo de efectos adversos** y desde el primer momento, de lo que se deduce que tiene una aplicación clínica directa.

La utilización de estos biomarcadores farmacogenéticos está revolucionando la forma de hacer medicina porque permite seleccionar el fármaco más adecuado para cada paciente. En la práctica clínica habitual cuando a un paciente le diagnosticamos de una enfermedad le administramos el tratamiento de primera elección y si no funciona correctamente se prueba con otro, hasta que se encuentra el fármaco más adecuado. Con la farmacogenética esto puede cambiar porque **los biomarcadores nos pueden indicar cual es el fármaco más adecuado y podemos administrarlo desde el principio**. Así, ya hay bastantes fármacos, especialmente en oncología, que van dirigidos contra dianas concretas y solo se administran a los pacientes que tiene estas dianas y que sabemos que van a responder a ellos.

Aunque está bien demostrado que los medicamentos aportan un gran beneficio a los pacientes, no debemos olvidar que, **en algunos casos, pueden producir reacciones adversas graves**. En un estudio reciente realizado en el Hospital de La Princesa, el 8,4% de los ingresos se deben a reacciones adversas. Aplicando la farmacogenética, podemos evitar estas reacciones adversas graves. Por ejemplo, antes de administrar abacavir, un fármaco para la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), se analiza el gen *HLA-B* y si el paciente es portador del biomarcador *HLA-B*5701* no se administra el fármaco por el alto riesgo de hipersensibilidad. O cuando un paciente va a recibir fluorouracilo o capecitabina para el tratamiento del cáncer de colon o mama, se analiza el gen *DPYD* y si es portador de mutaciones se reduce la dosis para evitar toxicidad grave.

Hay algunos fármacos que no son activos por sí mismos y se llaman profármacos porque necesitan metabolizarse para convertirse en el compuesto que produce el efecto. Por ejemplo, la codeína es un profármaco que tiene que convertirse en morfina para producir el efecto analgésico. En condiciones normales solo el 10% de la codeína se convierte en morfina gracias al metabolismo de la enzima CYP2D6. El gen que codifica para esta enzima es muy polimórfico, es decir, presenta mucha variabilidad, de tal forma que alrededor del 7% de las personas de nuestro país son metabolizadores lentos y no son capaces de convertir la codeína en morfina por lo que no consiguen ningún efecto analgésico. Por el contrario, otro 7% de los pacientes son metabolizadores ultrarrápidos, es decir, tienen muchas copias de la enzima y convierten mucha codeína en morfina por lo que consiguen un gran efecto analgésico cuando les damos codeína, pero presentan el inconveniente de que sufren muchos efectos secundarios típicos de los fármacos opiáceos, como somnolencia, estreñimiento o incluso depresión respiratoria. Por este motivo, no sería recomendable administrar codeína en metabolizadores lentos ni en ultrarrápidos, es decir, más del 10% de la población. En definitiva, el conocer el polimorfismo de *CYP2D6* antes de pautar un tratamiento analgésico nos puede servir para decidir si es candidato a recibir tratamiento con codeína.

No obstante, **la respuesta a los fármacos depende de muchos factores** como el diagnóstico (un diagnóstico más preciso nos va a llevar a un tratamiento más específico con el que conseguiremos una mejor respuesta), la dosis (a mayor dosis mayor eficacia, pero también mayor riesgo de reacciones adversas), y las interacciones con otros medicamentos u otras enfermedades que padece el paciente o incluso factores ambientales que pueden modificar el efecto de los fármacos. **Solo una parte de esta variabilidad en la respuesta depende de la idiosincrasia del sujeto, es decir, de su dotación genética**. Y es esta parte la que estudia la farmacogenética. Por lo tanto, la farmacogenética ayudará a predecir la respuesta, pero no se debe considerar de forma aislada, sino que habrá que tener en cuenta otras características del sujeto como la edad, el sexo, las enfermedades que padece y los medicamentos que toma. A este nivel, los especialistas en Farmacología Clínica se encargan de proporcionar las recomendaciones más adecuadas para cada paciente, considerando todos los factores, no solo los genéticos.

Hay hospitales que llevan aplicando la farmacogenética para el cuidado de los pacientes desde hace más de 15 años, como el Hospital Universitario de la Princesa o el Hospital La Paz de Madrid. No obstante, en los últimos años se están produciendo grandes avances porque el Ministerio de Sanidad ha incluido varias pruebas farmacogenéticas en la Cartera de Servicios de Sistema Nacional de Salud y las autoridades reguladoras cada vez incluyen más marcadores farmacogenéticos en las fichas técnicas de los medicamentos. Alrededor del 50% de estas fichas técnicas contienen información sobre biomarcadores farmacogenéticos, pero en la mayor parte de los casos es simplemente informativa. No obstante, **en cerca de un 5% es obligatorio analizar ese biomarcador antes de administrar el medicamento**.

Podemos concluir que la farmacogenética puede ayudar a seleccionar el fármaco más adecuado y la dosis correcta para cada paciente concreto y ya ha llegado a la práctica clínica

para ayudar en la prescripción de algunos medicamentos. No obstante, como la predicción de la respuesta depende de un gran número de factores genéticos y no genéticos, **se debe seguir investigando para buscar biomarcadores adecuados y demostrar su utilidad en la práctica clínica diaria**. Como el avance en este campo es muy rápido, es necesaria una formación continuada de los profesionales sanitarios para que apliquen los nuevos descubrimientos al cuidado de los pacientes.

Francisco Abad Santos

Servicio de Farmacología Clínica, Hospital Universitario de La Princesa.

Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid

Medios nacionales



La Comunidad de Madrid mejora la recuperación y la calidad de vida de los pacientes ingresados en sus hospitales públicos con El Real en Hospitales, iniciativa que lleva hasta estos centros retransmisiones de ópera, música y danza del Teatro Real, con un programa cuidadosamente seleccionado para que el arte sea un valioso instrumento terapéutico.

La consejera de Sanidad, Fátima Matute, ha asistido hoy en el Hospital público de La Princesa de la capital a la proyección de Carmen, con el ballet de Antonio Gades, la primera de las seis obras que el Teatro Real ofrecerá en 2025 en éste y otros complejos del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

“Se trata de una medida ilusionante que contribuirá, sin duda, a profundizar aún más en la humanización de la asistencia sanitaria en la que viene trabajando desde hace años la Comunidad de Madrid como uno de los pilares de su sanidad pública”, ha señalado Matute, que ha recordado que “el arte, más allá de permitir que durante un buen rato los

enfermos no estén pensando en el motivo de su estancia hospitalaria, tiene efectos beneficiosos para la salud avalados por la evidencia científica".

Los pacientes pueden disfrutar, en compañía de familiares o allegados, de estas retransmisiones del Real en Hospitales en los salones de actos de los centros sanitarios donde están ingresados, o en sus propias habitaciones, mediante circuito interno.

De esta manera, se facilita la participación de aquellos usuarios que, por circunstancias clínicas o de movilidad, no puedan desplazarse fuera de ellas.

A la famosa opera de Georges Bizet, se sumarán, a lo largo de este año El Corazón del Real; New York City ballet; la Séptima sinfonía de Beethoven; Pagliacci, y el Barbero de Sevilla.

Las actividades de esta naturaleza están recogidas en el II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid, cuyo objetivo es facilitar el acceso al beneficio en la salud de la cultura y el arte, no sólo como recurso terapéutico no farmacológico, sino también como una herramienta de prevención, para mejorar el bienestar emocional de los pacientes y los profesionales que les cuidan y atienden.

Medios locales



22 ENERO 2025

En una innovadora iniciativa para mejorar el bienestar de los pacientes ingresados, la Comunidad de Madrid ha lanzado el programa «El Real en Hospitales», que lleva las mejores obras del Teatro Real a los hospitales públicos de la región. Este programa no solo tiene como objetivo ofrecer distracción a los pacientes, sino también contribuir a su recuperación y bienestar emocional a través de la música, la ópera y la danza.

El **Teatro Real**, en colaboración con el **Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)**, ha comenzado a retransmitir a los hospitales obras seleccionadas con un enfoque terapéutico. El pasado 22 de enero, la consejera de Sanidad, **Fátima Matute**, asistió a la proyección de la ópera **Carmen**, de Georges Bizet, interpretada por el ballet de **Antonio Gades**, en el **Hospital de La Princesa** en Madrid, como parte de esta iniciativa. Esta obra fue la primera de las seis programadas para 2025, que se ofrecerán en diferentes centros de la región.

Matute expresó su satisfacción con el programa, destacando que no solo proporciona una pausa en la rutina hospitalaria de los pacientes, sino que también tiene beneficios **científicamente comprobados** para la salud mental y emocional. *"Estas actividades profundizan en la **humanización de la asistencia sanitaria**, un pilar fundamental de la sanidad pública en Madrid"*, subrayó la consejera.

Un programa que llega a todos los pacientes

El programa «El Real en Hospitales» está diseñado para ser accesible tanto para los pacientes que pueden acudir a los salones de actos de los hospitales como para aquellos que, por razones de salud o movilidad, deben permanecer en sus habitaciones. Las retransmisiones se emiten mediante circuitos internos, asegurando que todos los pacientes, sin importar su situación, puedan disfrutar de las obras seleccionadas.

A lo largo de este año, los pacientes podrán disfrutar de una variada oferta artística, que incluirá **El Corazón del Real**, **New York City Ballet**, la **Séptima Sinfonía de Beethoven**, **Pagliacci** y **El Barbero de Sevilla**, entre otras producciones de renombre internacional. Esta amplia programación está pensada para crear un ambiente relajante y estimular la recuperación, ayudando a los pacientes a desconectarse temporalmente de su enfermedad.

El arte en la sanidad pública: una política con futuro

La puesta en marcha de «El Real en Hospitales» forma parte del **II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria** de la Comunidad de Madrid. Este plan tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes, promoviendo el acceso a la cultura y el arte no solo como herramientas terapéuticas, sino también como elementos de prevención. Según los expertos, la participación en actividades culturales tiene un impacto positivo en el **bienestar emocional** tanto de los pacientes como de los profesionales sanitarios, mejorando el ambiente en los hospitales y contribuyendo a una atención de mayor calidad.

La **humanización de la sanidad** es una prioridad para el Gobierno de la Comunidad de Madrid, que ha venido implementando medidas innovadoras para hacer que la experiencia hospitalaria sea más cómoda y emocionalmente enriquecedora para los pacientes. **El arte**, en este sentido, se está consolidando como una de las claves para lograr estos objetivos, pues más allá de la recuperación física, juega un papel crucial en la sanación del alma.

Beneficios respaldados por la ciencia

Los efectos positivos del arte en la salud de los pacientes están avalados por diversos estudios científicos. La música y la danza, por ejemplo, han demostrado ser herramientas eficaces para **reducir el estrés**, **mejorar el ánimo** y hasta acelerar la recuperación en ciertos casos. Además, el arte favorece la creación de un entorno más **cálido y acogedor**, lo que facilita el proceso de curación.

Medios Nacionales


EL IMPARCIAL

cultura

Viernes, 24 de enero de 2025

OPINIÓN | ESPAÑA | INTERNACIONAL | CULTURA | ECONOMÍA | SOCIEDAD | DEPORTES | COMUNICACIÓN | GENTE | MOTOR | BUSCAR

COMUNIDAD DE MADRID

El Teatro Real divulgará las artes escénicas y musicales en los hospitales madrileños

Ampliar

EL IMPARCIAL

Martes 21 de enero de 2025, 23:06h

CaixaBank

Infórmate

Semana del Deporte HASTA -50%

AZNAR PONE A ETA EN SU SITIO

Luis María Anson

Presidente de EL IMPARCIAL

El **Teatro Real** y la **Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid** han presentado hoy el programa **El Real en hospitales,** una iniciativa que permitirá acercar a los pacientes ingresados en los hospitales madrileños la belleza e inspiración de la lírica, la música y la danza, proporcionando un instante de evasión y crecimiento personal a quienes se encuentran en un difícil momento de sus vidas, a través del programa.

El acto ha tenido lugar en el **Hospital de la Princesa** y en él han participado **Fátima Matute**, Consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid; **Ignacio García-Belenguer**, director general del Teatro Real; **José Julián Díaz Melguizo**, director gerente del Hospital de la Princesa, y **Celia García Menéndez**, directora general de Humanización, Atención y Seguridad del paciente del mencionado hospital.

La idea surge de la necesidad de humanizar los espacios hospitalarios y generar bienestar emocional a través de las artes, de los espacios, abriendo una ventana a nuevas experiencias que permitan el desarrollo de emociones positivas y destierren la sensación de aislamiento del exterior-especialmente en los pacientes de larga duración- ya que, según los últimos estudios publicados por la Organización Mundial de la Salud, los centros en los que se llevan a cabo este tipo de acciones generan una mayor tolerancia a los tratamientos.

Con este compromiso, solidario y de futuro, el Teatro Real quiere utilizar sus posibilidades tecnológicas y artísticas para contribuir a la construcción de un entorno social amable, positivo y cargado de nuevas posibilidades de conocimiento, gracias al apoyo de instituciones como la Comunidad de Madrid.

Los títulos seleccionados para la presente temporada son las óperas ***El barbero de Sevilla*** (Gioachino Rossini) y ***Pagliacci*** (Ruggero Leoncavallo), los espectáculos de danza del **New York City Ballet** (con el programa dedicado a George Balanchine y Justin Peck) y

la **Compañía de Antonio Gades** (***Carmen***), la ***Séptima Sinfonía de Beethoven*** (interpretada por la Orquesta Titular del Teatro Real dirigida por Pablo Heras-Casado) y el documental ***El corazón del Teatro Real*** (dirigido por José Luis López Linares y producido por Telecinco Cinema) para conocer en profundidad la historia y el funcionamiento de la que es la primera institución de las artes escénicas en España.

La proyección de la emblemática coreografía de Antonio Gades, ***Carmen***, ha inaugurado el programa en el salón de actos con la presencia de pacientes y familiares junto a los responsables de las instituciones.

La colaboración del Teatro Real con los hospitales se inicia en el año 2015 con las primeras proyecciones de títulos infantiles del Real Junior en el auditorio del Hospital La Paz de Madrid. En el año 2016 prosiguen las emisiones destinadas a los pequeños en hospitales de la Comunidad de Madrid, como el Hospital Universitario de Móstoles, el Hospital Infantil Niño Jesús o el Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

En 2019, el Teatro Real firma un convenio con el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid para la promoción y divulgación de la música, el arte y la cultura, tanto para pacientes adultos como pediátricos, con programas de ópera y música clásica que han venido realizándose hasta hoy, llegando incluso a inaugurar el nuevo auditorio del hospital, y del que también han podido beneficiarse familiares y profesionales del centro.

La Semana de la Ópera, uno de los proyectos más emblemáticos con los que el Teatro Real acerca la ópera a la calle, también ha contado con la participación de hospitales como el Hospital Universitario Virgen de la Nieves de Granada o los Hospitales Quirón Salud de Madrid.

Medios especializados



ConSalud.es

El Hospital de la Princesa consigue un CSUR para el tratamiento endoscópico avanzado en acalasia

El hospital madrileño La Princesa realiza el tratamiento endoscópico avanzado mediante POEM en acalasia con muy buenos resultados desde 2019

REDACCIÓN CONSALUD

El Hospital Universitario de La Princesa, centro público de la Comunidad de Madrid, ha obtenido una nueva acreditación como Centro de Referencia (CSUR) nacional para el tratamiento endoscópico avanzado mediante POEM en acalasia primaria tipo III del adulto. Esta designación, otorgada por el Ministerio de Sanidad, se suma a las otras tres que tiene el centro en el tratamiento de epilepsia refractaria o fármacoresistente en adultos, neuromodulación cerebral del dolor neuropático refractario, y cirugía de los trastornos del movimiento.

La acalasia es una patología compleja que afecta al funcionamiento normal del esófago: los músculos tienen dificultad para pasar los alimentos, por lo que se acumulan provocando muchas molestias. Los síntomas de esta enfermedad que tiene diferentes grados de afectación, y que no tiene cura, se pueden tratar con endoscopias, procedimientos mínimamente invasivos o cirugía, depende de la situación de cada paciente.

La Miotomía Endoscópica Peroral (POEM) es un procedimiento endoscópico que actúa sobre los músculos del esófago facilitando el paso de los alimentos al estómago

El Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de La Princesa, liderado por el Dr. Cecilio Santander, lleva años siendo un servicio experto en el diagnóstico y el tratamiento de este problema digestivo. Desde 2019, de manera pionera, realiza a los pacientes con acalasia la técnica denominada Miotomía Endoscópica Peroral (POEM), procedimiento endoscópico que actúa sobre los músculos del esófago facilitando el paso de los alimentos al estómago. La experiencia de los profesionales de este servicio en la realización de esta técnica, como es el caso de los Dres. Cecilio Santander y Pablo Miranda, ha facilitado la obtención del nombramiento como centro de referencia CSUR.

Asimismo, el Servicio de Aparato Digestivo de este centro desarrolla una intensa actividad en todas sus facetas, asistencial, docente e investigadora manteniendo siempre una clara

orientación hacia el paciente; prueba de ello es la realización de jornadas de puertas abiertas sobre patologías como la enfermedad inflamatoria intestinal o la celiaquía entre otras.

En cuanto a reconocimientos, durante tres años consecutivos: 2020, 2021 y 2022, obtuvo el Premio Best in Class como Mejor Servicio de Digestivo de España. También cuenta con diversas acreditaciones y certificaciones externas de calidad; a destacar la que acredita al servicio completo UNE EN 9001:2015 o la Acreditación de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria intestinal por GETECCU (primera unidad acreditada en España), entre otras.

La designación de nuevos CSUR se realiza periódicamente por Orden del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Actualmente hay 358 en toda España, acreditados en 51 centros sanitarios para la atención de 77 patologías o procedimientos. En la Comunidad de Madrid hay designados actualmente 109 Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) distribuidos en nueve hospitales públicos, entre ellos La Princesa.

Medios locales



El centro madrileño realiza esta técnica con muy buenos resultados clínicos desde 2019

El Hospital Universitario de La Princesa, centro público de la Comunidad de Madrid, ha obtenido una nueva acreditación como Centro de Referencia (CSUR) nacional para el tratamiento endoscópico avanzado mediante POEM en acalasia primaria tipo III del adulto. Esta designación, otorgada por el Ministerio de Sanidad, se suma a las otras tres que el centro tiene en el tratamiento de epilepsia refractaria o fármacoresistente en adultos, neuromodulación cerebral del dolor neuropático refractario, y cirugía de los trastornos del movimiento.

La acalasia es una patología compleja que afecta al funcionamiento normal del esófago. En este caso los músculos del esófago tienen dificultad para pasar los alimentos, por lo que se acumulan provocando muchas molestias. Los síntomas de esta enfermedad que tiene diferentes grados de afectación, y que no tiene cura, se pueden tratar con endoscopias, procedimientos mínimamente invasivos o cirugía, depende de la situación de cada paciente.

El Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de La Princesa, liderado por el Dr. Cecilio Santander, lleva años siendo un servicio experto en el diagnóstico y el tratamiento de este problema digestivo. Desde 2019, de manera pionera, realiza a los pacientes con acalasia la técnica denominada Miotomía Endoscópica Peroral (POEM), procedimiento endoscópico que actúa sobre los músculos del esófago

facilitando el paso de los alimentos al estómago. La experiencia y expertía de los profesionales de este servicio en la realización de esta técnica, como es el caso de los Dres. Cecilio Santander y Pablo Miranda, ha facilitado la obtención del reciente nombramiento como centro de referencia CSUR.

Asimismo, el Servicio de Aparato Digestivo de este centro desarrolla una intensa actividad en todas sus facetas, asistencial, docente e investigadora manteniendo siempre una clara orientación hacia el paciente; prueba de ello es la realización de jornadas de puertas abiertas sobre patologías como la enfermedad inflamatoria intestinal o la celiaquía entre otras.

En cuanto a reconocimientos, durante tres años consecutivos:, 2020, 2021 y 2022, obtuvo el Premio Best in Class como Mejor Servicio de Digestivo de España. También cuenta con diversas acreditaciones y certificaciones externas de calidad; a destacar la que acredita al servicio completo UNE EN 9001:2015 o la Acreditación de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria intestinal por GETECCU (primera unidad acreditada en España), entre otras.

La designación de nuevos CSUR se realiza periódicamente por Orden del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Actualmente hay 358 en toda España, acreditados en 51 centros sanitarios para la atención de 77 patologías o procedimientos. En la Comunidad de Madrid hay designados actualmente 109 Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) distribuidos en nueve hospitales públicos, entre ellos La Princesa.

Medios Institucionales



23 enero 2025

La acalasia es una patología compleja que afecta al funcionamiento normal del esófago. En este caso los músculos del esófago tienen dificultad para pasar los alimentos, por lo que se acumulan provocando muchas molestias. Los síntomas de esta enfermedad que tiene diferentes grados de afectación, y que no tiene cura, se pueden tratar con endoscopias, procedimientos mínimamente invasivos o cirugía, depende de la situación de cada paciente.

El Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de La Princesa, liderado por el Dr. Cecilio Santander, lleva años siendo un servicio experto en el diagnóstico y el tratamiento de este problema digestivo. Desde 2019, de manera pionera, realiza a los pacientes con acalasia la técnica denominada Miotomía Endoscópica Peroral (POEM), procedimiento endoscópico que actúa sobre los músculos del esófago facilitando el paso de los alimentos al estómago. La experiencia y expertía de los profesionales de este servicio en la realización de esta técnica, como es el caso de los Dres. Cecilio Santander y Pablo Miranda, ha facilitado la obtención del reciente nombramiento como centro de referencia CSUR.

Asimismo, el Servicio de Aparato Digestivo de este centro desarrolla una intensa actividad en todas sus facetas, asistencial, docente e investigadora manteniendo siempre una clara orientación hacia el paciente; prueba de ello es la realización de jornadas de puertas abiertas sobre patologías como la enfermedad inflamatoria intestinal o la celiaquía entre otras.

En cuanto a reconocimientos, durante tres años consecutivos:, 2020, 2021 y 2022, obtuvo el Premio Best in Class como Mejor Servicio de Digestivo de España. También cuenta con diversas acreditaciones y certificaciones externas de calidad; a destacar la que acredita al servicio completo UNE EN 9001:2015 o la Acreditación de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria intestinal por GETECCU (primera unidad acreditada en España), entre otras.

La designación de nuevos CSUR se realiza periódicamente por Orden del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Actualmente hay 358 en toda España, acreditados en 51 centros sanitarios para la atención de 77 patologías o procedimientos. En la Comunidad de Madrid hay designados actualmente 109 Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) distribuidos en nueve hospitales públicos, entre ellos La Princesa.

Medios especializados



El Real en Hospitales es una iniciativa que busca acercar la belleza de la lírica, la música y la danza a los pacientes de los hospitales madrileños

Inauguración con "Carmen" de Antonio Gades
La emblemática coreografía **Carmen de Antonio Gades** inauguró el programa en el **Hospital de la Princesa**, con la presencia de pacientes, familiares y autoridades. Entre los asistentes se encontraban **Fátima Matute**, Consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid; **Ignacio García-Belenguer**, director general del Teatro Real; **José Julián Díaz Melguizo**, director gerente del Hospital de la Princesa; y **Celia García Menéndez**, directora general de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente.

A lo largo de la temporada, se ofrecerán diversas proyecciones y espectáculos, incluyendo:

- **Óperas**: **El barbero de Sevilla** de Gioachino Rossini y **Pagliacci** de Ruggero Leoncavallo.
- **Danza**: Espectáculos del **New York City Ballet** con coreografías de George Balanchine y Justin Peck, y la Compañía de Antonio Gades con **Carmen**.
- **Música Clásica**: La Séptima Sinfonía de Beethoven interpretada por la **Orquesta Titular del Teatro Real** bajo la dirección de Pablo Heras-Casado.
- **Documental**: **El corazón del Teatro Real**, dirigido por José Luis López Linares y producido por Telecinco Cinema.

Historia de la colaboración

El Real en Hospitales es producto de la colaboración entre el Teatro Real y los hospitales madrileños que comenzó en 2015 con proyecciones de títulos infantiles del Real Junior en el Hospital La Paz. En 2016, se extendieron las emisiones a otros hospitales como el Hospital Universitario de Móstoles, el Hospital Infantil Niño Jesús y el Hospital Universitario Príncipe de Asturias. En 2019, el Teatro Real firmó un convenio con el Hospital Universitario 12 de Octubre para la promoción de la música, el arte y la cultura. Así beneficiaba tanto a pacientes adultos como pediátricos. Este convenio ha permitido la realización de programas de ópera y música clásica, y la inauguración del nuevo auditorio del hospital.

La colaboración entre el Teatro Real y los hospitales madrileños comenzó en 2015

Según estudios de la Organización Mundial de la Salud, los centros que implementan este tipo de iniciativas generan una mayor tolerancia a los tratamientos. El programa **El Real en Hospitales** busca humanizar los espacios hospitalarios y generar bienestar emocional a través de las artes. Trata de abrir una ventana a nuevas experiencias y emociones positivas.

Con este compromiso solidario, el Teatro Real utiliza sus capacidades tecnológicas y artísticas para contribuir a la construcción de un entorno social más amable y positivo, gracias al apoyo de instituciones como la Comunidad de Madrid.

Medios locales

elCorreo

Es una enfermedad poco conocida pero cada vez más frecuente. La dificultad para tragar acaba repercutiendo sobre la salud mental: "En España casi toda la vida social gira alrededor de una mesa. Al final te vuelves una persona solitaria"



Carlos Solas, activista en salud y paciente crónico de esofagitis eosinofílica (EoE), en el Senado de España / CARLOS SOLAS



Ana Ordaz

Sevilla 26 ENE 2025 7:00

Una persona adulta realiza el acto de tragar, de media, unas 2.500 veces al día. Imagine que cada una de estas degluciones supusiera un problema; la sensación de que cada trago tiene que abrirse camino a medida que recorre su esófago, tratando con dificultad de llegar al estómago. Imagine que los obstáculos son tales que llega a atragantarse; que no puede tragar. Es la dura realidad de **más de 50.000 pacientes en España** que conviven con **esofagitis eosinofílica (EoE)**, una **enfermedad crónica** que cada vez afecta a más personas pero poco conocida.

Carlos Solas, de 34 años y natural de Aguadulce (Almería), es una de ellas. Hace 15 años le diagnosticaron EoE y, además de su batalla personal contra la enfermedad y sus efectos colaterales, desde hace siete se dedica a visibilizar y divulgar sobre este trastorno. A la pregunta de por qué decidió convertirse en activista, Solas no esconde su emoción: "**No quiero que nadie pase por lo que yo pasé**. Años de incomprensión, de decirme que era todo psicológico... y ahora tengo un problema mayor. No busco nada, **lo único que quiero es ayudar**".

¿Qué es la EoE y qué la causa?

La esofagitis eosinofílica es una enfermedad crónica inflamatoria del esófago cuya principal consecuencia es la dificultad para tragar. Sus causas, sin embargo, no son tan fáciles de identificar. **Sergio Casabona**, médico especialista en aparato digestivo y en EoE del Hospital de La Princesa, en Madrid, atiende a ***El Correo de Andalucía*** para arrojar luz sobre ello.

Una de las causas de la enfermedad es la **reacción del sistema inmune a un alérgeno, ya sea ambiental o alimentario**. "Cuando hablamos alergias a todo el mundo se le viene a la cabeza un shock anafiláctico por frutos secos. En este caso no es una alergia de este tipo, sino una respuesta mediada por vías celulares", explica Casabona. Por tanto, aclara el experto, "**no es una enfermedad autoinmune**, en la que el cuerpo ataque a sus propias células".

Una de las causas de la EoE es que el sistema inmune reacciona ante agentes externos. No es una enfermedad autoinmune, en la que el cuerpo ataque a sus propias células.
Sergio Casabona
— Médico especialista en EoE

Pero esta no es la única causa. "También es algo **ambiental**", añade Casabona. "Hay pacientes a los que se les han quitado los alimentos y han continuado con la inflamación". Es el caso de Solas, quien a pesar de haber seguido una **dieta de eliminación muy restrictiva** no logró controlar la inflamación. "Es una enfermedad que todavía tiene muchas líneas de investigación abiertas", reflexiona.

Apunta Casabona que son muchos los factores que intervienen, además de los alérgenos. "Por ejemplo, la **predisposición genética** o **factores ambientales que alteran la respuesta del sistema inmune** o del propio esófago", ahonda el experto.

Consecuencias sobre la salud mental

Esta enfermedad crónica afecta severamente a la **calidad de vida** de quienes la padecen. Por desgracia, Solas conoce muy bien esta realidad: "**En España casi toda la vida social gira alrededor de una mesa**. [Con esta enfermedad] **es imposible no tener miedo a comer, al final te vuelves una persona solitaria**", relata el activista. Habla de "**soledad no deseada** en enfermos crónicos", un aspecto que también subraya el doctor Casabona: "No solo comemos para alimentarnos, en España **es un acto social** y la mayoría de las celebraciones giran en torno a la comida".

En España, la vida social gira en torno a una mesa, por lo que nos volvemos personas solitarias.
Carlos Solas
— Activista en salud y paciente crónico de EoE

Todo ello acaba repercutiendo sobre la **salud mental**. Solas cuenta que lleva "cuatro años en tratamiento psicológico y he mejorado muchísimo, **estoy saliendo de una depresión**" que espera dejar definitivamente atrás pronto. "La otra noche estuve con un amigo en Madrid [donde acudió para una prueba médica] y él **me obligó a salir a dar una vuelta, y me comí mi pincho de tortilla**", celebra.

Para Solas, esto supone todo un logro, ya que otra de las consecuencias de su patología es que ha desarrollado **hodofobia**, miedo a viajar. Ante la perspectiva de un atragantamiento "[los pacientes de EoE] tenemos controlados todos los hospitales y centros de salud, por lo que pueda pasar".

Intento obligarme a salir porque, si no, te metes en un túnel sin salida.
Carlos Solas
— Activista en salud y paciente crónico de EoE

"Por lo menos salí, eso antes no lo hacía. Intento obligarme porque, si no, te metes en un túnel sin salida", relata el activista. Solas subraya la importancia de "trabajarlo psicológicamente", pero es muy consciente de que "no todo el mundo tiene los recursos económicos para hacerlo, porque **ya sabemos cómo está la psicología en la sanidad pública**", expone.



Carlos Solas, activista en salud y paciente crónico de esofagitis eosinofílica (EoE), en su domicilio / **CEDIDA**

Un abordaje multidisciplinar

Por todo lo anterior, Solas insiste en la necesidad de abordar la EoE desde una **perspectiva multidisciplinar**, un enfoque que comparte Casabona, médico digestivo especializado en esta enfermedad. "En el Hospital de la Princesa tenemos una unidad de EoE. No es una consulta monográfica de digestivo, sino que somos **varios especialistas** los que nos coordinamos", explica.

En su unidad trabajan conjuntamente **alergólogos** y **nutricionistas**, con apoyo también de **psicólogos** y **logopedas**. Debido a la dificultad para tragar que padecen los pacientes de EoE, desarrolla el Casabona, "muchas veces se necesita la colaboración de **dietistas** que adapten una dieta o que pongan una suplementación". Incluso de **dermatólogos**, ya que "es muy frecuente que estos pacientes tengan otras enfermedades, como dermatitis atópica; a lo mejor el fármaco que trata la dermatitis puede funcionar para la esofagia", explica el experto.



Sergio Casabona, médico especialista en aparato digestivo y en Esofagitis Eosinofílica del Hospital de La Princesa / **CEDIDA**

A la pregunta de si existen más unidades como la del hospital madrileño en otros puntos de España, Casabona responde que hay "centros de referencia y profesionales de referencia, como el doctor **Alfredo Lucendo**, que es un pionero en la esofagitis a nivel nacional y a nivel internacional, o el doctor **Javier Molina Infante**, pero no unidades como tal, hasta donde yo sé".

Una enfermedad cada vez más frecuente

La unidad del doctor Casabona fue creada en **2017** (coincidiendo con la publicación de la Guía Europea para el Tratamiento de la Esofagitis Eosinofílica, que supuso "un cambio radical" en el abordaje de esta enfermedad). Desde entonces **el número de pacientes "ha ido creciendo de forma exponencial"** (ya ha atendido "aproximadamente a unos 550 pacientes"), como también lo han hecho "la incidencia y la prevalencia de la enfermedad en los últimos años", asegura el experto. La última cifra de personas afectadas por EoE "es de 2020 o 2021, y ya estaba **por encima de 50.000 personas en España**", apunta.

Casabona aporta un dato inquietante: "El caso de España es particular. No sé por qué (si por el sistema sanitario que tenemos, porque estamos más concienciados con la enfermedad o por factores ambientales), pero **la incidencia y la prevalencia de la enfermedad en España dobla a las analizadas a nivel mundial**", según los últimos datos publicados en 2019, en un estudio de **Ángel Arias**.

Con una prevalencia de 110 casos por cada 100.000 habitantes, la EoE ya no se puede considerar una enfermedad rara.
Sergio Casabona
— Médico especialista en EoE

De acuerdo con este informe, en nuestro país la prevalencia de la EoE es de **110 casos por cada 100.000 habitantes**. "Con esa prevalencia **ya no se puede considerar una enfermedad rara**. Cuando están por encima de 50 por 100.000 habitantes ya no son raras, y desde hace un par de años la EoE ya no forma parte de este grupo", abunda el experto.

Diagnóstico, tratamiento e investigación

El **diagnóstico precoz** es fundamental. Algo que Carlos Solas no tuvo. Al activista le duele relatar cómo, durante años, los médicos achacaron sus síntomas a cuestiones psicológicas. "**Hubo un sesgo discriminatorio por ser una persona joven, deportista** (mi pasión era el tenis) y no se me prestó la atención suficiente". Como consecuencia, su cuadro médico se agravó, hasta el punto de que ha tenido que someterse a **tres dilataciones de esófago**, "por no haberme escuchado como se tenía que haber hecho". Por eso, Solas insiste en la importancia de la **"humanización en el sector sanitario"**.

La dilatación del esófago a través de una **endoscopia** es la última opción a la que recurrir cuando todas las demás no dan resultado. Según explica el especialista en EoE, el primer paso es establecer un **tratamiento antiinflamatorio**, que puede ser **farmacológico** o **dietético**. El primero es el más pautado, ya que son más cómodos para los pacientes y "tienen una eficacia aproximadamente del 50%"; el segundo, en cambio, es mucho más lento, ya que implica tratar de identificar qué alimento está causando la inflamación a través de una **dieta de eliminación**.

Además, Casabona insiste en recordar que se trata de una enfermedad crónica, lo que implica un **tratamiento de mantenimiento** y que "si se suspende el tratamiento, tarde o temprano los pacientes acaban recayendo. No sabemos si la recaída va a tardar un mes un mes o diez años, pero habrá recaída", asegura. Además, el experto apunta a la importancia de "hacer un **seguimiento clínico y endoscópico** para poder adelantarnor a una posible recaída, y que el paciente no aparezca un día en urgencias". Además, el médico subraya que **es necesaria la colaboración de los pacientes** para avanzar en la investigación.

Hace unos meses, Solas inició una campaña en la plataforma Change.org para exigir el libre acceso a Jorveza, el medicamento con el que parecen haber dado en la tecla para su caso. "No merecemos vivir sin un medicamento tan importante para nosotros", escribió Solas entonces. Según el activista, "en la parte clínica se ha demostrado la **eficacia hasta un 97% de remisión en pacientes**. Si todos tuvieran acceso sin ser medicamento visado, supondría un ahorro a las arcas de la Seguridad Social evitando muchas pruebas y urgencias". La campaña consiguió reunir **30.000 firmas**.

Mientras avanza la investigación médica, la especialización de los profesionales y el acceso a nuevos tratamientos, Solas está decidido a continuar su lucha en todos los frentes. Contra la EoE en sí misma, contra sus efectos sobre la salud mental, siendo "la cara visible" de esta enfermedad y peleando por llevarla al Congreso de los Diputados y al Senado, con el único objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes con esofagitis eosinofílica.

Medios especializados

somos pacientes

28 ENERO 2025

La Princesa obtiene la acreditación CSUR para tratar la acalasia primaria tipo III



El Hospital Universitario de La Princesa (Madrid) ha obtenido la acreditación como Centro de Referencia Nacional (CSUR) para el tratamiento endoscópico avanzado mediante Miotomía Endoscópica Peroral (POEM) en pacientes adultos con acalasia primaria tipo III. Se trata de una enfermedad crónica que genera espasmos en el esófago, dificultando el paso normal de alimentos al estómago.

Sus síntomas incluyen molestias severas debido a la acumulación de alimentos, y si bien no tiene cura, puede tratarse mediante diferentes métodos según el grado de afectación del paciente. Entre las opciones se encuentra la técnica POEM, un procedimiento mínimamente invasivo que actúa directamente sobre los músculos del esófago para facilitar el tránsito alimenticio.

En concreto, se trata de una prueba por la que el especialista accede al esófago mediante una gastroscopia. El objetivo: realizar una incisión (miotomía) en la capa muscular de la pared esofágica. De esta manera, los músculos se relajan y los síntomas desaparecen, posibilitando una alimentación normal, sin regurgitación ni dolores.

Colaboración con el paciente

Desde 2019, el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de La Princesa, bajo la dirección del Dr. Cecilio Santander, ha implementado esta técnica, que se añade a su actividad asistencial con un enfoque

integral hacia el paciente. De hecho, el servicio organiza jornadas de puertas abiertas sobre patologías como la celiaquía y la enfermedad inflamatoria intestinal, facilitando información y apoyo a los pacientes y sus familias. Esta orientación participativa se refuerza con una intensa actividad investigadora y docente que permite mantener al servicio en la vanguardia de la medicina digestiva.

Toda esta labor se ha convertido en diversos reconocimientos, como esta designación como CSUR, su premio Best in Class como Mejor Servicio de Digestivo en España y la acreditación de su Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal por parte del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (Geteccu), siendo la primera en España en obtener este reconocimiento.

La designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) en España se realiza a través de un riguroso proceso gestionado por el Ministerio de Sanidad y acordado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Actualmente, existen 358 CSUR distribuidos en 51 centros sanitarios para 77 patologías específicas.

Medios nacionales

EL MUNDO

SUCESOS

Tres heridos en un choque entre un todoterreno y un SUV que ha acabado subido en un parterre de la calle Goya en Madrid

En uno de los coches viajaba un bebé que ha resultado ileso

12 comentarios



Tres personas han resultado heridas en un choque frontolateral entre dos vehículos, uno de los cuales ha terminado encajado en un parterre, en la calle de **Goya con Velázquez** del distrito madrileño de Salamanca.

Por causas que investiga la **Policía Judicial de Madrid,** los dos coches han colisionado sobre las 10.00 horas en la intersección entre las dos vías, según ha informado una portavoz de Emergencias Madrid.

El copiloto de uno de los vehículos ha sido trasladado al **Hospital Gregorio Marañón** con un posible trauma torácico tras ser estabilizado por facultativos de Samur-Protección Civil, mientras que el conductor ha sido atendido con contusiones leves y evacuado posteriormente al Hospital de La Princesa.

La conductora del otro vehículo, que viajaba con su hija, un bebé que ha resultado ileso, ha recibido atención médica por un corte en la ceja. Ambas han sido trasladadas al Hospital Gregorio Marañón.

Por su parte, **el turismo que ha quedado atrapado en un parterre** ha sido retirado por una grúa del cuerpo de Bomberos de Madrid, que también ha realizado labores de prevención.

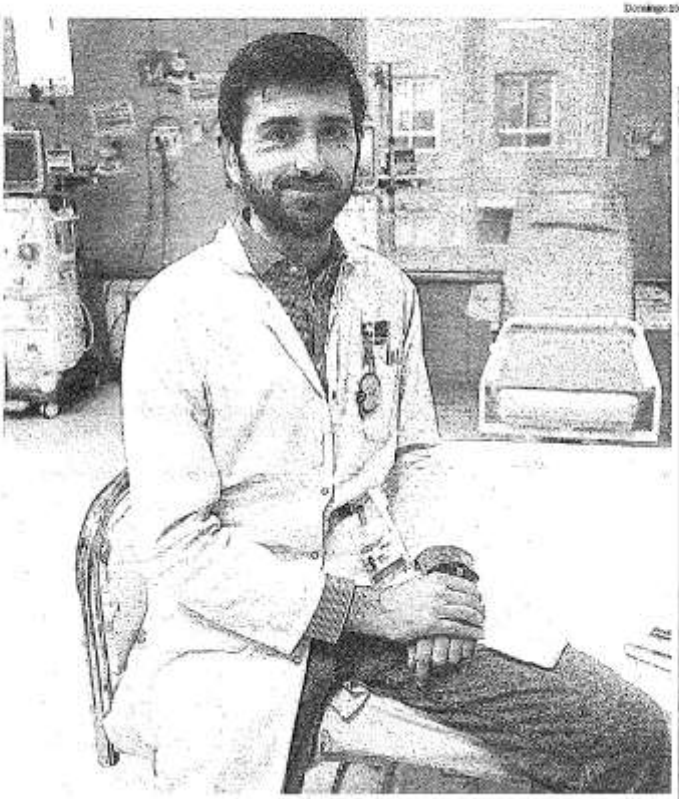
Tanto la **Policía Municipal como los agentes de Movilidad** están regulando el tráfico en la zona, que ha tenido que ser cortada en algún carril mientras terminaban las labores de saneamiento.

Medios nacionales

EL MUNDO

El mundo. Revista dominical

26 enero 2025



"LOS RIÑONES SON MÁS QUE FILTROS O DEPURADORAS: ESCONDEN LA LLAVE DE LA INMORTALIDAD"

Salud renal. El nefrólogo Borja Quiroga señala funciones clave de estos órganos y cómo los protagonistas de la dieta dejan huella. "Son el espejo de nuestra alimentación"

Por Sonia Moreno. Fotografía de Bernardo Díaz

Más de seis millones de personas en España tienen una enfermedad renal; la mitad no lo saben». Con esta cita se abre *Por mis riñones que hoy nevo libre* (el. Rosamed ed.), un libro divulgativo sobre el riñón y sus funciones, adornado con consejos culinarios, técnicas y recetas que buscan preservar y mejorar la salud renal.

El nefrólogo Borja Quiroga es el corazón de este órgano, «el más complejo de todos», y quiere consigue, a través de estas páginas, que dejemos de ignorarlo y que nos entren ganas de cuidarlo mucho. Para ello, nada mejor que las propuestas del chef con estrella Michelin Miguel Cobo. El libro se ha gestado a partir de las conversaciones entre estos dos profesionales en las cocinas del restaurante Bangra desde Cobo puso en marcha su propuesta basada en la evolución humana y en cómo esta ha impactado en lo que hoy consumimos y los riñones cultivados.

Pero, además, Quiroga, miembro de la junta directiva de la Sociedad Española de Nefrología (SEN), especialista en el Hospital Universitario de la Princesa de Madrid y profesor en la Universidad CEU San Pablo, consigue filtrar la ansiedad sobre un preocupante aspecto sanitario, que no se tiene suficientemente en cuenta, porque «todo el mundo sabe que el exceso de colesterol puede provocar un infarto, pero nadie pregunta cuántas proteínas se pierden en orina».

—Alejado el periodo de festines, ¿se puede decir que la Navidad perjudica seriamente nuestra salud renal?

—Diría que sí, al menos, de un tiempo a esta parte. Me refiero a que en las comidas de las fiestas navideñas cada vez es más habitual recurrir a los ultraprocesados, alimentos que compras y que te duran una día fuera de la nevera, algo que jamás pasaría con lo natural. Ilusa comidas propensas cordiales es, a mi juicio, los grandes enemigos del riñón: la sal y el fósforo, y es lo que hace probable incurrir que estos días seamos perjudiciales para la salud renal.

Quiroga defiende que, sin embargo, las comidas propensas de forma natural, «las que hacían nuestros abuelos», en principio no tienen por qué impactar tanto. Aunque lo normal es que estos días todos nos hayamos excedido con la comida». Por eso ahora, aprovecha por esos propósitos de enmienda que buscan «centrarnos en nuestra salud y, específicamente, en los riñones».

En su libro recoge una manifestación que alude a popular dicho relacionándolo: «El ojo es el espejo del alma, el riñón es el espejo de la alimentación».

El nefrólogo explica que cuando un paciente viene a la consulta «no se puede creer que con el análisis de su orina sea capaz de saber lo que ha comido con tanta exactitud». Muchas veces replican que no han comido nada fuera de lo habitual y «entonces les pido que lo escriban todo, y con esa la gracia definitiva, siempre sale el ultraprocesado que les ha alterado». Quiroga asegura que es «muy fácil acertar porque el fósforo, el potasio, el sodio o el ácido úrico en orina son el reflejo de lo que se ha comido en las últimas 24 o 48 horas aproximadamente». Lo mismo sucede con los pacientes en diálisis, que tienen que controlar los líquidos. «Quiere beber como siempre, pero se pasan con la fruta o con las ensaladas: el pepino, por ejemplo, tiene un 98% de agua».

Y aquí, tocamos un tema sobre el que giran miles de teorías: ¿cuánta hay que beber? Sonríe cuando comenta.

"Todo el mundo sabe que el exceso de colesterol puede provocar un infarto, pero nadie pregunta cuántas proteínas se pierden en orina"

«Es la pregunta típica, y también es frecuente escuchar que el agua limpia el riñón. ¡Como si el riñón estuviera sucio!». Pero, admite que es una de las funciones más famosas: eliminar desechos. En cuanto a la cantidad de agua, Quiroga asegura habría que beber al menos entre cuatro y seis vasos de agua al día, esto es cuatro litros, detalla el experto. «Igual que por lo mal que se orina más concentrado porque hemos pasado varias horas sin beber. Pero una orina más diluida no es una medida de salud, no hay ningún estudio que haya demostrado que beber más agua de la necesaria preserve la función renal», sentencia.

Uno de los momentos difíciles en las consultas llega con la prescripción de dietas y las limitaciones. A pocos les gusta la pérdida del sabor natural propiciada en ocasiones por el glutamato monosódico. Quiroga reconoce que los médicos están «sobreprotegidos y prohíben. «A mí me ha costado años darme cuenta», apunta. «Creo que nos vienen de las prohibiciones del tabaco o la del alcohol. Con los alimentos nos hemos lío a ese extremo: no toma sal, no coma esto... Los pacientes con enfermedad renal crónica suelen decirme pero ¿qué como? Si usted solo me quita cosas».

El objetivo de la obra de Quiroga también demuestra que se puede comer con menos sal e incluso ni la sabor. Para ello necesitaba a Cobo y toda una experiencia culinaria alejada casi de la sal. «Porque al final la sal no hace más que enmascarar, modificar el sabor, mientras que un buen chef sabe potenciar los sabores». Por eso este equipo contiene preparaciones o técnicas sustractivas. «Cuando un paciente viene a una consulta, en lugar de hacer hincapié en que suprima la sal, se le pueden dar alternativas». Aquí hace una petición al sector de la hostelería: deberá «obtener una etiqueta que indique si el plato es saludable desde el punto de vista nefrológico, igual que se identifican los símbolos para las personas con enfermedad celíaca o alérgicas. «Sería muy útil para las personas con enfermedad renal», añade.

Para Quiroga los riñones son grandes desconocidos. Tanto que «existen millones no somos capaces de diagnosticar a la mitad de la población con enfermedad renal crónica. Es un problema médico, pero también social y político». Parece una reivindicación justa para un órgano que es mucho más que un filtro, aun que cuesta verse como una mera depuradora. «Ojo a las tres funciones que cumple: regula la anemia, al sintetizar la eritropoyetina (EPO); también regula el calcio y el fósforo; y su tercera función, es, efectivamente, es la llave de la inmortalidad». En 1997 se descubrió la proteína klotho, «hoy sabemos que se fabrica en los riñones y de ahí viaja al resto de órganos para ejercer una función antienvejecimiento», apunta. Los niveles de klotho disminuyen con la enfermedad renal y también si se consumen dietas muy ricas en fósforo. «Así que no habría que perder de vista el cuidado de los riñones si se pretende vivir muchos, muchos años», concluye Quiroga.

+

GANADOR
Las cacahuetes y la pavesía contienen un ácido y ayudan a determinar el daño renal

BOLEADORAS
Los dátiles reseñan asociados a la dieta con la hipertensión, gota y fibrosis

AVISO
Evitar derramar líquidos a los entornos ricos, reduce el estrés oxidativo y evita la inflamación

Medios Institucionales



En el evento, celebrado el 15 y 16 de enero, se dieron cita empresas creadoras de tecnología, organizaciones públicas y privadas, así como empresas líderes en tendencias y tecnologías transformadoras. En los talleres del encuentro, participaron la Dra. Lydia López Manzanares, responsable de la Unidad de Trastornos del Movimiento del Hospital de La Princesa y la Dra. Cristina Torres, especialista en Neurocirugía del centro, presentando como innovación en salud la programación remota en Estimulación Cerebral Profunda que se realiza en el Hospital de La Princesa. Esta tecnología permite controlar por wifi, en tiempo real, el movimiento en pacientes con enfermedad de Parkinson, sin tener que acudir de forma presencial a consulta hospitalaria.

Este avance se aplica a personas que previamente se han sometido a Estimulación Cerebral Profunda, un tratamiento avanzado que, a través de los servicios de Neurología y Neurocirugía. El paciente se conecta desde su casa por videollamada con el neurólogo, quien realiza los cambios necesarios, ajustando los parámetros del sistema para el control de algunos síntomas de la enfermedad como la rigidez o el temblor.

En el taller con el título "Escuchando al Corazón: detección temprana de Fibrilación auricular para prevenir el ictus", participaron el Dr. Jesús Jiménez Borreguero, jefe Sección del Servicio de Cardiología del hospital y el Dr. Guillermo Ortega, investigador IIS-Princesa, presentando el proyecto para la validación clínica de la patente de predicción temprana de Fibrilación Auricular basada en el uso del análisis de electrocardiograma impulsado por inteligencia artifificial. Un proyecto, financiado por el Instituto de Salud Carlos III que contribuirá significativamente a la innovación y la mejora de la atención sanitaria. Para llevarlo a cabo se contará con 1.000 pacientes, a los cuales, tras las pruebas pertinentes, se les implantará un dispositivo a los que tienen más probabilidades de tener fibrilación auricular para su posterior análisis.

La directora de la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario de La Princesa, Rosario Ortiz de Urbina, ejerció de moderadora en ambos talleres, poniendo en valor la importancia de la investigación biomédica.

Medios locales



Programación remota para pacientes con Parkinson y patente para prevención del ictus

El Hospital Universitario de La Princesa, centro público de la Comunidad de Madrid, ha participado en la primera edición de 'PlaNET25', un espacio de innovación tecnológica, promovido por la Comunidad de Madrid, cuyo objetivo es impulsar la innovación empresarial. Especialistas del Hospital de La Princesa y de su Instituto de Investigación Sanitaria (IIS-Princesa) participaron en dos talleres donde presentaron diferentes innovaciones tecnologías sanitarias de prevención y tratamiento en pacientes; uno sobre programación remota en Estimulación Cerebral Profunda y otro sobre la detección temprana de Fibrilación Auricular (FA) para prevención del ictus.

En el evento, celebrado el 15 y 16 de enero, se dieron cita empresas creadoras de tecnología, organizaciones públicas y privadas, así como empresas líderes en tendencias y tecnologías transformadoras. En los talleres del encuentro, participaron la Dra. Lydia López Manzanares, responsable de la Unidad de Trastornos del Movimiento del Hospital de La Princesa y la Dra. Cristina Torres, especialista en Neurocirugía del centro, presentando como innovación en salud la programación remota en Estimulación Cerebral Profunda que se realiza en el Hospital de La Princesa. Esta tecnología permite controlar por wifi, en tiempo real, el movimiento en pacientes con enfermedad de Parkinson, sin tener que acudir de forma presencial a consulta hospitalaria.

Este avance se aplica a personas que previamente se han sometido a Estimulación Cerebral Profunda, un tratamiento avanzado que, a través de los servicios de Neurología y Neurocirugía. El paciente se conecta desde su casa por videollamada con el neurólogo, quien realiza los cambios

necesarios, ajustando los parámetros del sistema para el control de algunos síntomas de la enfermedad como la rigidez o el temblor.

En el taller con el título «Escuchando al Corazón: detección temprana de Fibrilación auricular para prevenir el ictus», participaron el Dr. Jesús Jiménez Borreguero, jefe Sección del Servicio de Cardiología del hospital y el Dr. Guillermo Ortega, investigador IIS-Princesa, presentando el proyecto para la validación clínica de la patente de predicción temprana de Fibrilación Auricular basada en el uso del análisis de electrocardiograma impulsado por inteligencia artifificial. Un proyecto, financiado por el Instituto de Salud Carlos III que contribuirá significativamente a la innovación y la mejora de la atención sanitaria. Para llevarlo a cabo se contará con 1.000 pacientes, a los cuales, tras las pruebas pertinentes, se les implantará un dispositivo a los que tienen más probabilidades de tener fibrilación auricular para su posterior análisis.

Medios nacionales



El Hospital Universitario de La Princesa, centro público de la Comunidad de Madrid, realizó durante el año pasado 31 trasplantes de córnea a través de la Unidad de Trasplante de Córnea, perteneciente al Servicio de Oftalmología, liderada por la doctora Guadalupe Garrido Ceca.

Estas cifras superan los niveles de trasplantes registrados antes de la pandemia y consolidan al hospital como centro especializado en la atención oftalmológica de alta complejidad.

Los 31 trasplantes de córnea realizados en 2024, suponen un aumento de 22 trasplantes más respecto a 2023.

De ellos, más del 95% se llevaron a cabo mediante técnicas de trasplante endotelial para casos de enfermedades como la distrofia endotelial de Fuchs (afecta a la capa delgada de células que recubre la parte posterior de la córnea) o edema corneal (inflamación de la córnea).

Estos procedimientos avanzados se distinguen por reducir las complicaciones postoperatorias y proporcionar mejores resultados visuales a los pacientes que padecen enfermedades del endotelio corneal.

Además, estas técnicas permiten una recuperación más rápida y segura del paciente, pudiéndose reincorporar antes a sus actividades diarias y reduciendo la dependencia de ayudas visuales.

Todo esto es posible gracias a la estrecha colaboración con la Unidad de Coordinación de Trasplantes del hospital, cuya responsable es la Dra. Nieves García Vázquez.

Esta Unidad realiza la búsqueda de posibles donantes así como su seguimiento.

A continuación, los tejidos extraídos se envían al Banco de Ojos del Hospital Clínico San Carlos donde se validan, se establece su viabilidad, se conserva, prepara y distribuye.

Más de 6.000 implantes de tejido ocular en España

Las enfermedades de la córnea son la segunda causa de ceguera a nivel mundial.

Se calcula que alrededor de 12 millones de personas en el mundo sufren ceguera por una enfermedad corneal que puede ser tratada con un trasplante de córnea.

Concretamente, en España se realizaron 6.291 implantes de tejido ocular en 2023, según datos de la Organización Nacional de Trasplantes.

La córnea es un tejido trasparente que permite el paso de la luz hacia el interior del ojo.

Si la córnea pierde su transparencia o se deforma (queratocono) tiene que ser sustituida por un tejido sano mediante un trasplante de córnea, cuando los tratamientos menos invasivos no son una opción.

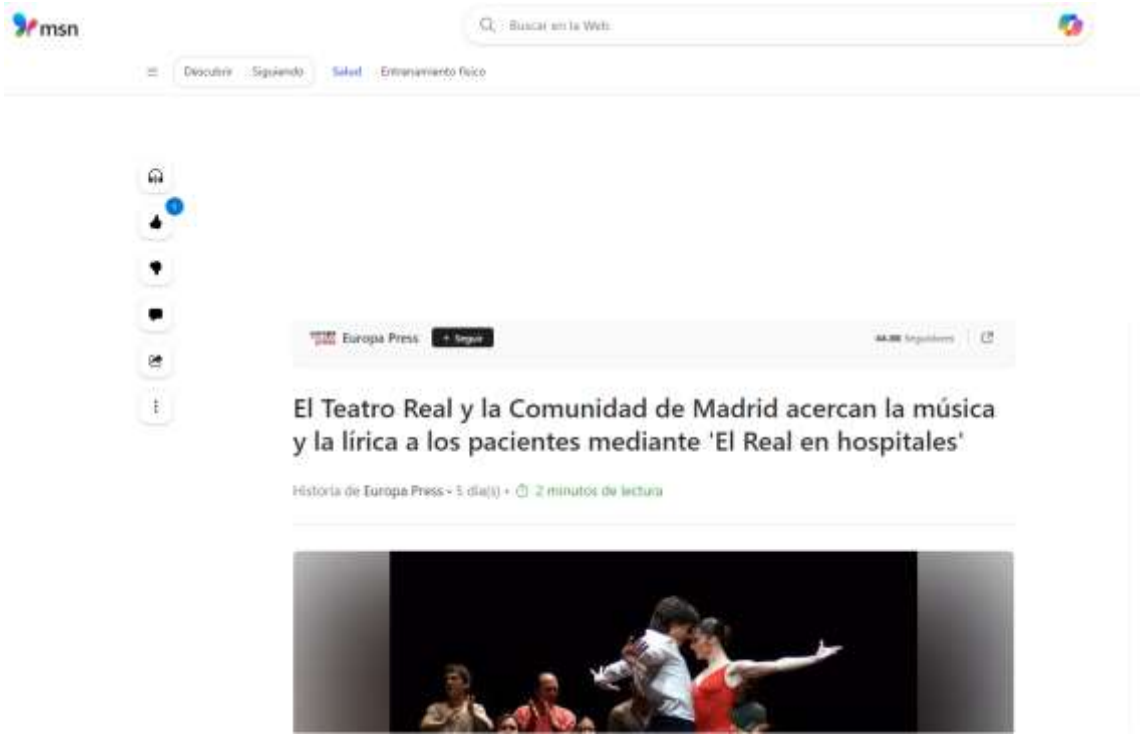
Innovación y mejora continua en los tratamientos quirúrgicos

La Unidad de Trasplantes de Córnea del Hospital Universitario de La Princesa pertenece al Servicio de Oftalmología, liderado por el Dr. Juan Jacobo González Guijarro.

Está compuesta por un equipo multidisciplinar que, además de oftalmólogos especializados, incluye intensivistas, anestesistas y personal de enfermería especialmente formado.

Este equipo reafirma su compromiso con la donación, la innovación y la mejora continua en los tratamientos quirúrgicos, elevando los estándares de atención médica y ofreciendo soluciones más seguras y efectivas para los pacientes con enfermedades corneales.

Medios locales



MADRID, 21 (EUROPA PRESS)

El acto ha tenido lugar en el Hospital de la Princesa y en él han participado Fátima Matute, Consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid; Ignacio García-Belenguer, director general del Teatro Real; José Julián Díaz Melguizo, director gerente del Hospital de la Princesa, y Celia García Menéndez, directora general de Humanización, Atención y Seguridad del paciente del mencionado hospital.

La idea, según ambas entidades, surge de la necesidad de humanizar los espacios hospitalarios y generar bienestar emocional a través de las artes, de los espacios, abriendo una ventana a nuevas experiencias que permitan el desarrollo de emociones positivas y destierren la sensación de aislamiento del exterior.

Con este compromiso, solidario y de futuro, el Teatro Real quiere utilizar sus posibilidades tecnológicas y artísticas para contribuir a la construcción de un entorno social amable, positivo y cargado de nuevas posibilidades de conocimiento, gracias al apoyo de instituciones como la Comunidad de Madrid.

Medios nacionales



Qué especialidad escogió Noelia García, la número 1 del MIR de 2024 que sacó la mejor nota de la historia

La madrileña obtuvo 186.67 aciertos netos de 200, lo que equivale a un 93,33 % de respuestas positivas. Quiere ser dermatóloga o endocrino.

Nicolás Alba

Publicada27 enero 202517:02h

Año tras año, miles de aspirantes se presentan al examen a Médico Interno Residente (MIR) en toda España. **El pasado sábado más de 30.000 aspirantes** a una plaza MIR se examinaron en toda España para poder acceder a una de las 9.007 plazas ofertadas para Medicina este año, **un 3% más que el pasado 2024**. Este año las primeras reacciones de los candidatos han coincidido en que el examen de este año ha sido más difícil de lo que se esperaban.

Los aspirantes denuncian que **ha habido preguntas confusas**, casos clínicos complejos y un formato que, según muchos, no reflejaba adecuadamente lo trabajado durante meses o incluso años de preparación. Incluso academias de formación tras analizar la prueba aseguran que **ha sido un examen difícil**.

Además del aumento en el nivel de dificultad, también ha cambiado la estructura, siendo un examen más largo que en años anteriores, aunque la organización mantiene los patrones de otros años con alguna que otra variación. A la espera de los resultados oficiales de una de las pruebas más exigentes de la carrera profesional de estos estudiantes, **EL ESPAÑOL**, hace **un repaso de la aspirante que sacó la mejor nota y qué espacialidad escogió el pasado año 2024.**

El año pasado, **13.990 personas** se inscribieron por todo el país para realizar la prueba el 20 de enero. Y, de todas ellas, **Noelia García** (**Madrid**, **1999**) fue la mejor de todas. No obstante, la joven no sólo consiguió ser la **número 1 de 2024**, sino que ha logrado la mejor calificación en un examen **MIR** –en **respuestas netas**– de toda la historia. Un récord. Un hito.

La **madrileña** obtuvo, concretamente, **186.67 aciertos netos en 200 preguntas**, lo que equivale a un **93,33 % de respuestas positivas**. Ha roto la anterior marca, registrada por **Daniel Virseda** en el MIR de 2020 con un resultado de **179.42 aciertos netos**. Sin embargo, **García** se ha sincerado y ha confesado a EL ESPAÑOL que durante primero y segundo de carrera estuvo cerca de abandonar la carrera de **Medicina**.

"En los **dos primeros cursos de Medicina** tuve una media de **sobresaliente** con sus becas de excelencia, pero no paraba de pensar que a lo mejor me había equivocado. Como sólo dábamos asignaturas muy generales y aún no habíamos tenido ninguna práctica en el hospital pensaba: 'No sé si vale la pena tanto esfuerzo para esto…'. En **segundo**, de hecho, **casi dejo la carrera**. Fui a la secretaría para preguntar qué tenía que hacer para cambiarme a **Nutrición**, pero cuando fui me dijeron que ya había caducado la fase específica de la **Selectividad**, así que debía repetirla si quería cambiar. Por eso me quedé en **Medicina**", revela a este diario la **número 1 del MIR de 2024**.

Fue una suerte de azar, de meses, la que provocó que **Noelia García** siguiera estudiando **Medicina** en la **Universidad Autónoma de Madrid** (**UAM**). "Menos mal que no me cambié", dice ahora, aliviada, y más aún tras haber firmado el **mejor examen MIR del siglo XXI** y el mejor en cuanto a aciertos netos de toda la serie histórica. Pero, evidentemente, nada ha sido gratuito y la extrema dedicación de **Noelia** en sus estudios, tanto en la carrera como en la **preparación del MIR**, le ha servido para rozar el **187 sobre 200**.

Desde **tercero** hasta **sexto de carrera**, en este sentido, su media había sido brillante. Nunca suspendió ningún examen y allí por donde pasaba dejaba buen recuerdo. "Me formé en varios hospitales. Desde **tercero** a principios de **cuarto** estuve en el **Hospital de La Princesa**, pero como me quedaba un poco lejos de casa, me cambié, y desde **cuarto** hasta acabar la carrera estuve en el **Hospital de La Paz**, donde nací. Estaba más cerca de casa. Además, me planteo realizar ahí mi residencia", explica Noelia en conversación telefónica con este medio.

Si al final se decide hacer la residencia en **La Paz**, **Noelia** lo podrá hacer sin ningún impedimento gracias a su brillante posición. Una posición que empezó a trabajar desde que empezó el **sexto** curso. "Me apunté en un **curso intensivo *online* de 17 meses** en la academia **MIR Asturias** cuando empecé sexto. Hasta **junio de 2023** era más *light* porque se compaginaba con estar en el hospital y el **TFG**, pero de junio a **enero de 2024** fue muy intenso. Estudiaba **ocho horas diarias de media"**, recuerda la brillante **MIR**.

"Quería ser abogada"

La historia de éxito en los estudios de **Noelia García**, sin embargo, había empezado muchos años atrás. A pocos de sus conocidos de **San Sebastián de los Reyes**, el municipio de **Madrid** donde ha crecido, les ha sorprendido que la joven haya alcanzado la gloria en el MIR. Nacida en **Madrid** en **1999**, ella misma cuenta que "desde muy pequeña" su **madre**, **Cristina Muñoz**, le inculcó el amor por el estudio diario y por la lectura.

"Mi **madre** creó en mí el hábito de estudiar todos los días poco a poco y no dejarlo todo para el último momento", cuenta **Noelia**, quien también tuvo una infancia feliz y de éxitos académicos allá donde estudió. Hizo la **Primaria** en el **CEIP bilingüe Nuestra Señora de Valvanera** y la **E.S.O.** y el **Bachillerato** en el **IES Joan Miró**, ambos sitos en **San Sebastián de los Reyes**.

Compaginaba sus **estudios** con una buena dosis de ocio. "No todo era estudiar y pasaba la mayor parte del tiempo con mis amigos", dice. Hasta los **12 años**, la niña **Noelia** pasaba el tiempo jugando en los columpios con sus amigos, comiendo chuches y, cuando estaba en casa, le fascinaba **leer** sagas fantásticas como *Kika Superbruja* o jugar a videojuegos. Estos dos *hobbies* apenas han variado y **Noelia** sigue ocupando sus ratos libres leyendo sagas de

fantasía firmadas por **Brandon Sanderson** o **Joe Abercrombie**, además de jugar a videojuegos como **Stardew Valley**.

Pero lo que poco le preocupaba de niña era lo que quería ser de mayor. Aún ni lo había pensado. "Cuando me preguntaban decía que quería ser **abogada** y estudiar **Derecho**, pero no tenía ni idea lo que hacía un abogado. Supongo que esa profesión me llamaría la atención de las **películas** o algo, pero no sabía ni qué hacían", reflexiona la **mejor MIR de 2024**. Sería ya en **tercero de la E.S.O.**, cuando conoció en **Biología** el cuerpo humano con mayor profundidad; cuando le empezó a interesar la **Medicina**.

A partir de ahí, su vida académica se giraría siempre hacia las **ciencias**, acercándose escalón a escalón hasta acceder a la carrera en **universidad pública**. Gracias al **13,7 que obtuvo en Selectividad**, la joven ingresó en la **Universidad de Autónoma de Madrid**, donde estuvo **seis años**.

[Berta Domínguez, la MIR contra Sanidad: aprueba y le niegan la plaza por ser tetrapléjica]

MIR de récord y futuro

Ya en el último año de carrera, como se ha avanzado, Noelia García se puso a preparar el MIR. Un examen en el que ha acumulado 186.67 aciertos netos, lo que supone un récord histórico. Este 2024, de hecho, se han obtenido cinco de las diez mejores calificaciones netas de la historia y la nota de corte ha quedado fijada en 115, dos puntos por encima del 113 de 2023.

Y **Noelia García** ha sido la estudiante que ha roto todos los registros. "Al día siguiente de hacer el examen ya sabía que me había salido bien porque me llevé la **plantilla** a casa y la pasé por una aplicación que tienen las **academias del MIR**. Ya me decía que obtendría alrededor de **180** respuestas buenas. Aun así, el día que llegaron los resultados oficiales quería estar sola en mi cuarto, para verlo y asimilarlo. Vi que era la **número 1** y había obtenido una gran puntuación", dice, orgullosa.

Fue cuando inmediatamente salió de su habitación en busca de sus **padres**, el conductor de autobuses, **Félix García**, y la ama de casa, **Cristina Muñoz**. "Nos emocionamos mucho. Fue muy bonito y, la verdad, todo esto también ha sido gracias al esfuerzo y la dedicación de mis padres", agradece **Noelia García**.

El siguiente paso fue elegir especialidad. La joven médica dudaba entre **dermatología** y **endocrinología** porque, para ella, "tienen la mayor intersección" entre sus intereses. "En **sexto** estuve rotando en ambas y vi que me encantaba la **práctica clínica**, además de que son especialidades que ofrecen una **gran calidad de vida** porque no hay que hacer guardias. Para mí, el descanso es fundamental, y creo que si tuviera que hacer guardias no haría bien mi profesión. Por ello, escogeré estas especialidades", concluyó **Noelia García**, cuyo objetivo es recabar en los **Hospitales de La Paz** o el **Ramón y Cajal**, ambos en **Madrid**. Tras plantearse estas dos opciones, Noelia escogió hacer la especialidad de **Dermatología en el Hospital Infanta Sofía.**

Pregunta.– ¿Tras finalizar su residencia se plantea trabajar fuera de España?

Respuesta.– En principio me quiero quedar porque me encanta vivir en España y, además, tengo a toda mi familia y amigos en San Sebastián de los Reyes. Aun así, siempre estoy abierta a otras posibilidades. Ya veremos dentro de unos años.

Otros medios



Una mujer se hace una mamografía en un hospital / CONSUMIDOR GLOBAL DALL-E

27 enero 2025



Alejandro Tercero García

La **mamografía** es una prueba diagnóstica que suele presentar tiempos de espera bastante elevados debido a la alta demanda y a las campañas preventivas. Una demora en su ejecución perjudicial para el paciente, ya que el retraso puede tener consecuencias en la detección precoz y el tratamiento del **cáncer de mama**. En el caso de los hospitales de alta complejidad, donde se atienden los casos más críticos, los tiempos para esta prueba son determinantes.

De todos los hospitales de referencia de la Comunidad de Madrid (CAM), el **Hospital Fundación Jiménez Díaz**, es el que menor tiempo de espera presenta para esta prueba diagnóstica con **14,83 días** de media, según reflejan los últimos datos recabados por el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), correspondientes al mes de noviembre.

A la Jiménez Díaz le sigue en eficacia el **Hospital Clínico San Carlos** con 15,43 días. También presentan tiempos por debajo del mes de espera para mamografías el **Hospital Universitario Ramon y Cajal** con 17,84 días y el **Hospital General Universitario Gregorio Marañón** con 20,56. En el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda y el Hospital Universitario 12 de Octubre se superan los cuarenta días de espera con 42,53 y 47,4, respectivamente. En el último lugar de los grandes hospitales de la CAM se sitúa el Hospital Universitario de la Princesa por encima de los 100 días, en concreto 107,49.

En los hospitales de **media complejidad**, los datos del SERMAS revelan una notable variación en los tiempos de espera entre los distintos centros. En esta categoría, el Hospital Universitario General de Villalba es el que menor demora acumula con 3,43 días de media; seguido por el Hospital Universitario Fundación Alcorcón con 7,67; el Hospital Universitario de Torrejón con

13,83; el Hospital Universitario de Getafe con 14,06 y el Hospital Universitario Infanta Leonor con 18,08.

Bajan las listas de espera para pruebas diagnósticas en la CAM

Las listas de espera para pruebas diagnósticas en la CAM **volvieron a reducirse** durante el mes de noviembre. Según los últimos datos del SERMAS, el tiempo de espera promedio se situó en 60,77 días, frente a los 64,54 días registrados en octubre. Esta evolución positiva marca una tendencia descendente tras el estancamiento observado en los meses de verano, acumulando una reducción de más de 16 días desde agosto, cuando el tiempo de espera alcanzó los 77,23 días.

El número de pacientes pendientes de este procedimiento médico también **ha descendido de 205.621 a 196.639** (casi ocho mil menos), lo que se traduce en una tasa por habitante de 47 pacientes por cada 1.000. De los cuales, 49.371 esperan menos de un mes, 26.892, entre 31 y 60 días, 21.945 más de dos meses, y 98.431 más de tres meses. No obstante, los tiempos de espera varían significativamente en la región según el tipo de prueba. Las **resonancias magnéticas, endoscopias, ecografías y TAC** continúan siendo las pruebas con mayores demoras, lo que subraya la necesidad de seguir optimizando los recursos para estas evaluaciones clave.

Reducir las listas de espera para pruebas diagnósticas es vital para la detección de enfermedades y el acceso a los tratamientos oportunos. Los tiempos de espera largos no solo incrementan la carga emocional en los pacientes, sino que también dificultan la eficacia de los tratamientos, especialmente en enfermedades donde el **diagnóstico temprano** es clave.

Medios locales



El Hospital Universitario de La Princesa ha presentado dos innovaciones tecnológicas en el evento 'PlaNET25', promovido por la Comunidad de Madrid. Estas iniciativas incluyen un sistema de programación remota para pacientes con Parkinson, que permite a los neurólogos ajustar tratamientos a través de videollamadas, y un proyecto para la detección temprana de fibrilación auricular mediante electrocardiogramas analizados con inteligencia artificial. Ambas propuestas buscan mejorar la atención sanitaria y están respaldadas por investigaciones del Instituto de Salud Carlos III.

El Hospital Universitario de La Princesa ha destacado en la primera edición del evento 'PlaNET25', un foro dedicado a la **innovación tecnológica** impulsado por la Comunidad de Madrid. Durante este encuentro, se presentaron dos proyectos significativos enfocados en mejorar el tratamiento y la prevención de enfermedades como el Parkinson y el ictus.

Los especialistas del hospital participaron activamente en talleres donde se abordaron innovaciones sanitarias. Uno de los proyectos se centra en la **programación remota para pacientes con Parkinson**, utilizando tecnología que permite controlar en tiempo real los dispositivos de Estimulación Cerebral Profunda a través de una conexión wifi, evitando así la necesidad de visitas presenciales al centro médico.

Avances en detección temprana y tratamiento

La Dra. Lydia López Manzanares, responsable de la Unidad de Trastornos del Movimiento, junto a la Dra. Cristina Torres, especialista en Neurocirugía, fueron las encargadas de presentar esta iniciativa. El sistema permite que los pacientes conecten por videollamada con su neurólogo, quien puede realizar ajustes necesarios para el control de síntomas como la rigidez o el temblor.

En otro taller titulado "Escuchando al Corazón", se discutió sobre la **detección temprana de Fibrilación Auricular (FA)** como método preventivo contra el ictus. Los doctores Jesús Jiménez Borreguero y Guillermo Ortega expusieron un proyecto que busca validar clínicamente una patente para predecir la FA mediante análisis electrocardiográfico asistido por inteligencia artificial.

Compromiso con la investigación biomédica

Dicha investigación cuenta con financiación del Instituto de Salud Carlos III y tiene como objetivo involucrar a 1.000 pacientes para implantar dispositivos en aquellos con mayor riesgo de desarrollar fibrilación auricular. Este esfuerzo refleja un compromiso claro hacia la innovación y mejora continua en el ámbito sanitario.

Rosario Ortiz de Urbina, directora de la Fundación para la Investigación Biomédica del hospital, moderó ambos talleres, subrayando la importancia vital que tiene la investigación biomédica en el avance de tratamientos y tecnologías que benefician a los pacientes.

Medios especializados



La Comunidad de Madrid retransmite espectáculos del Teatro Real en sus centros sanitarios para impulsar el arte como terapia.

Eva Marabotto

Cualquier herramienta es válida para acelerar la recuperación de los pacientes y mejorar su calidad de vida. Por eso la Comunidad de Madrid ha decidido apostar por la música y promover que las personas internadas disfruten de la ópera y la danza en sus hospitales públicos.

La iniciativa se denomina El Real en Hospitales y lleva hasta estos centros retransmisiones de ópera, música y danza del Teatro Real. Tiene un programa cuidadosamente seleccionado para que el arte se convierta en un instrumento terapéutico.

Ópera en los hospitales públicos para humanizar la salud

En los últimos días, la consejera de Sanidad, **Fátima Matute**, ha asistido en el **Hospital público de La Princesa** de la capital a la proyección de **Carmen**, con el ballet de Antonio Gades. Esta es la primera de las seis obras que el Teatro Real ofrecerá en 2025 en éste y otros complejos del **Servicio Madrileño de Salud** (SERMAS).

"Se trata de una medida ilusionante que contribuirá, sin duda, a profundizar aún más en la humanización de la asistencia sanitaria. Hace años venimos trabajando en ello en la Comunidad de Madrid como uno de los pilares de su sanidad pública", ha señalado Matute. También ha recordado: "El arte permite que durante un buen rato los enfermos no estén pensando en el motivo de su estancia hospitalaria. Pero además tiene efectos beneficiosos para la salud avalados por la evidencia científica".

Cómo son las retransmisiones

Los pacientes pueden disfrutar de estas retransmisiones del Real en Hospitales en los salones de actos de los centros sanitarios donde están ingresados en compañía de familiares. También en sus propias habitaciones, mediante circuito interno. De esta manera, el programa alcanza también a los que no se pueden movilizar.

La programación que lleva ópera a los hospitales públicos de este año además de Bizet incluye El Corazón del Real; el New York City ballet; la Séptima sinfonía de Beethoven; Il Pagliacci, y el Barbero de Sevilla. Habrá ópera, ballet y conciertos. Estas actividades están incluidas en el **II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria** de la Comunidad de Madrid. Éste tiene como objetivo facilitar el acceso al beneficio en la salud de la cultura y el arte, no sólo como recurso terapéutico no farmacológico, sino también como una herramienta de prevención. El objetivo es mejorar el bienestar emocional de los pacientes y los profesionales que les cuidan y atienden.

En este enlace se pueden conocer los alcances del **II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria** de la Comunidad de Madrid.

Medios radiofónicos

Cadena SER

Hora 14. 18 enero 2025

Minutado: 9:20-20:10



https://cadenaser.com/audio/regional_centro_hora14madrid_20250118_140559_143000/

Reportaje sobre el uso de pastillas para dormir en el adulto mayo. Entrevista con la Geriatra Ana Horcajada.

Medios especializados





El Hospital Universitario de La Princesa, centro público de la Comunidad de Madrid, ha participado en la primera edición de 'PlaNET25', un espacio de innovación tecnológica, promovido por la Comunidad de Madrid, cuyo objetivo es impulsar la innovación empresarial. Especialistas del Hospital de La Princesa y de su Instituto de Investigación Sanitaria (IIS-Princesa) participaron en dos talleres donde presentaron diferentes innovaciones tecnologías sanitarias de prevención y tratamiento en pacientes; uno sobre programación remota en Estimulación Cerebral Profunda y otro sobre la detección temprana de Fibrilación Auricular (FA) para prevención del ictus.

En el evento, celebrado el 15 y 16 de enero, se dieron cita empresas creadoras de tecnología, organizaciones públicas y privadas, así como empresas líderes en tendencias y tecnologías transformadoras. En los talleres del encuentro, participaron la Dra. Lydia López Manzanares, responsable de la Unidad de Trastornos del Movimiento del Hospital de La Princesa y la Dra. Cristina Torres, especialista en Neurocirugía del centro, presentando como innovación en salud la programación remota en Estimulación Cerebral Profunda que se realiza en el Hospital de La Princesa. Esta tecnología permite controlar por wifi, en tiempo real, el movimiento en pacientes con enfermedad de Parkinson, sin tener que acudir de forma presencial a consulta hospitalaria.

En el taller con el título "Escuchando al Corazón: detección temprana de Fibrilación auricular para prevenir el ictus", participaron el Dr. Jesús Jiménez Borreguero, jefe Sección del Servicio de Cardiología del hospital y el Dr. Guillermo Ortega, investigador IIS-Princesa, presentando el proyecto para la validación clínica de la patente de predicción temprana de Fibrilación Auricular basada en el uso del análisis de electrocardiograma impulsado por inteligencia artificial. Un proyecto, financiado por el Instituto de Salud Carlos III que contribuirá significativamente a la innovación y la mejora de la atención sanitaria.

La directora de la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario de La Princesa, Rosario Ortiz de Urbina, ejerció de moderadora en ambos talleres, poniendo en valor la importancia de la investigación biomédica.



Los aspirantes a una de las 9.007 plazas ofertadas para la **titulación de Medicina** ya están esperando sus notas oficiales para poder así elegir centro y comenzar su residencia. Aún no se sabe qué pasará, pero el pasado 2024 los dos primeros **Médicos Internos Residentes (MIR)** optaron como primera opción Madrid. El primero eligió el Hospital Infanta Sofía, en la especialidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. El segundo prefirió el 12 de Octubre.

Aunque los **centros madrileños** siempre han sido de los favoritos, el tercer puesto del podium lo ocupó el Hospital Universitario La Fe de Valencia, donde durante el primer turno tuvo 17 adjudicaciones. Los siguientes más elegidos fueron el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, el Hospital Universitario Gregorio Marañón y el Hospital Universitario Vall D´Hebron de Barcelona. El número de centros, Madrid se sitúa con la comunidad más reconocida por los médicos residentes.

Según un ránking llevado a cabo por *Medicina Responsable*, los hospitales número 1 de cada especialidad fueron:

- Alergología: H. Universitario La Fe (Valencia)
- Análisis Clínicos: H. Universitario Virgen de las Nieves (Granada)
- Anatomía Patológica: H. Universitario Fundación Jiménez Díaz (Madrid)
- Anestesiología y Reanimación: C.H. Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña)
- Angiología y Cirugía Vascular: H. Clínic de Barcelona

- Aparato Digestivo: H. Universitario La Fe (Valencia)
- Bioquímica Clínica: H. Universitario Gregorio Marañón (Madrid)
- Cardiología: H. Universitario Donostia (Guipúzcoa)
- Cirugía Cardiovascular: H. Universitario Puerta de Hierro (Madrid)
- Cirugía General y del Aparato Digestivo: C.H. Universitario A Coruña
- Cirugía Oral y Maxilofacial: H. Universitario La Paz (Madrid)
- Cirugía Pediátrica: H. Universitario La Paz (Madrid)
- Cirugía Plástica: H. Universitario de Bellvitge (Barcelona)
- Cirugía Torácica: H. Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)
- Dermatología: H. Universitario Infanta Sofía (Madrid)
- Endocrinología y Nutrición: H. Universitario Gregorio Marañón (Madrid)
- Farmacología Clínica: H. Universitario La Princesa (Madrid)
- Geriatría: H. Universitario de Navarra
- Hematología: H. Clínic de Barcelona
- Inmunología: H. Clínic de Barcelona
- Med. del Trabajo: H. Universitario Virgen Macarena (Sevilla)
- Med. Física y Rehabilitación: H. Universitario Vall D´Hebron (Barcelona)
- Med. Intensiva: H. Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca de Murcia
- Med. Interna: H. Universitario Vall D´Hebron (Barcelona)
- Med. Legal y Forense: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Aragón (Zaragoza)
- Med. Nuclear: H. De la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)
- Med. Preventiva y Salud Pública: H. Clínic Barcelona
- Medicina Familiar y Comunitaria: H. Universitario Clínico San Carlos (Madrid)
- Microbiología y Parasitología: H. Universitario Puerta del Mar (Cádiz)
- Nefrología: H. Universitario La Paz (Madrid)
- Neumología: H. Universitario Vall D´Hebron (Barcelona)
- Neurocirugía: H. Universitario La Paz (Madrid)
- Neurofisiología Clínica: H. Universitario Araba (Álava)
- Neurología: H. Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)
- Obstetricia y Ginecología: H. Clínic de Barcelona
- Oftalmología: H. Clínic de Barcelona
- Oncología Radioterápica: H. Universitario 12 de Octubre (Madrid)
- Oncología: H. Universitario Vall D´Hebron (Barcelona)
- Otorrinolaringología: H. Universitario Ramón y Cajal (Madrid)

- Pediatría y Áreas específicas: H. Universitario Vall D´Hebron (Barcelona)
- Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia: H. Universitario Gregorio Marañón (Madrid)
- Psiquiatría: H. Universitario Dr. Peset (Valencia)
- Radiodiagnóstico: H. Universitario Araba (Álava)
- Reumatología: H. Universitario 12 de Octubre (Madrid)
- Traumatología: H. Universitario La Paz (Madrid)
- Urología: H. Universitario Cruces (Vizcaya)

Nueve de cada diez aspirantes admitidos a las **pruebas MIR** celebradas el pasado sábado se presentaron a una de las 11.943 plazas convocadas para este año, un 2,9 % más que en la anterior convocatoria.
El 85,3 % de las **32.223 personas convocadas** participaron en el examen de Formación Sanitaria Especializada (FSE), en el que el Ministerio de Sanidad ha ofertado 11.943 plazas en Medicina, Farmacia, Enfermería, Psicología, Química, Biología y Física.
Según ha informado el **Ministerio de Sanidad** en una nota de prensa, en Medicina acudieron a la cita el 89,28 % de los convocados; la especialidad con mayor oferta este año es de nuevo Medicina Familiar y Comunitaria, con 2.508 plazas.
En Enfermería, en la que la oferta asciende a 2.171 plazas, se presentaron el 79,12 % de los admitidos. También aquí la especialidad con más plazas ofrecidas es **Familiar y Comunitaria,** con un total de 919.
Mientras, en **otras especialidades,** se presentaron el 92,18 % de los aspirantes para 352 plazas de Farmacia; el 82,84 % de los candidatos a las 274 plazas ofertadas para Psicología; el 86,42 % a las 63 plazas de Biología; el 85,71 % para las 48 de Física; y el 84,27 % de presentados para las 25 plazas en Química.
Las pruebas se desarrollaron en 28 localidades, al menos una por comunidad autónoma, y en 622 mesas de examen, incluidas las ubicadas en el Ministerio de Sanidad.

En el buen desarrollo de las mismas, destaca Sanidad, colaboraron más de 2.000 personas, ejerciendo funciones de delegados de centro, interventores y **vocales en las mesas de examen** o como integrantes de las siete comisiones calificadoras.

Medios especializados

IM MÉDICO
MEDIO ACREDITADO PARA LA INNOVACIÓN MÉDICA

El Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda suma tres nuevos CSUR para el tratamiento de enfermedades complejas

Los nuevos centros conseguidos por el centro hospitalario son: 'Tratamiento endoscópico avanzado mediante POEM en acalasia primaria tipo III del adulto', 'Cirugía preservadora de la válvula aórtica en adultos' y 'Extracción de electrodos en adultos'.



28/01/2025

El Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, centro público de la Comunidad de Madrid, ha sumado tres nuevos Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) nacional para tratar enfermedades complejas.

En concreto, los nuevos CSUR conseguidos recientemente por el centro hospitalario son 'Tratamiento endoscópico avanzado mediante POEM en acalasia primaria tipo III del adulto', 'Cirugía preservadora de la válvula aórtica en adultos' y 'Extracción de electrodos en adultos'.

Con estas tres nuevas designaciones, el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda cuenta con un total de 8 CSUR, situándose como el sexto centro hospitalario con más Centros de Referencia Nacional a nivel regional. Otros 36 están en La Paz, 19 en el Gregorio Marañón, 14 en el Ramón y Cajal, 13 en el 12 de Octubre, 9 en el Clínico, 5 en el Niño Jesús, 4 en La Princesa y 1 en Getafe.

Así, en la sanidad pública madrileña están designados actualmente 109 Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) distribuidos en los citados nueve hospitales públicos madrileños y que suponen casi una tercera parte (30,4%) de todos los recursos sanitarios de este tipo acreditados en España.

Medios especializados

Canal enfermero

23/01/2025

https://www.youtube.com/watch?v=zcqI3pdTc5E

28 seg



Entrevista a la enfermera Noelia Sánchez, de la Unidad del Dolor del Hospital de La Princesa sobre una nueva guía para Enfermería ayuda a identificar y abordar el dolor neuropático periférico

Otros medios

29/01/2025



Medios nacionales



SALUD

El médico que vela por tus riñones: "Son mucho más que depuradoras o filtros, esconden la llave de la inmortalidad"

Medicina y gastronomía se dan la mano en un libro que persigue mejorar nuestra salud renal y, de paso, ampliar la perspectiva sobre este órgano encasillado injustamente como una mera depuradora de desechos del organismo

9 comentarios



El médico que vela por tus riñones: "Son mucho más que depuradoras o filtros, esconden la llave de la inmortalidad"

Medicina y gastronomía se dan la mano en un libro que persigue mejorar nuestra salud renal y, de paso, ampliar la perspectiva sobre este órgano encasillado injustamente como una mera depuradora de desechos del organismo

Sonia Moreno

Actualizado Miércoles, 29 enero 2025 - 15:41

Más de seis millones de personas en España tienen una enfermedad renal; la mitad no lo saben. Con esta cita se abre *Por mis riñones que hoy como bien* (**Rosamerón**), un libro divulgativo sobre el riñón y sus

funciones, aderezado con consejos culinarios, técnicas y recetas que buscan preservar y mejorar la salud renal.

El nefrólogo Borja Quiroga es el cicerone de este órgano, "el más complejo de todos", y quien consigue, a través de estas páginas, que dejemos de ignorarlo y que nos entren ganas de cuidarlo mucho. Para ello, nada mejor que las propuestas del chef con estrella Michelin Miguel Cobo.

El libro se ha gestado a partir de las conversaciones entre estos dos profesionales en las cocinas del restaurante de Burgos, donde Cobo puso en marcha su propuesta basada en la evolución humana y en cómo esta ha impactado en lo que hoy consumimos y las técnicas culinarias.

Pero, además, Quiroga, miembro de la Junta Directiva de la **Sociedad Española de Nefrología (SEN)**, especialista en el Hospital Universitario de la Princesa de Madrid y profesor en la Universidad CEU San Pablo, consigue llamar la atención sobre un preocupante aspecto sanitario, que no se tiene suficientemente en cuenta, porque "todo el mundo sabe que el exceso de colesterol puede provocar un infarto, pero nadie pregunta en la consulta cuántas proteínas pierde en orina".

-Alejado ya el periodo de festines, ¿se puede decir que la Navidad perjudica seriamente nuestra salud renal?

-Diría que sí, al menos, de un tiempo a esta parte. Me refiero a que en las comidas de las fiestas navideñas cada vez es más habitual recurrir a los ultraprocesados, alimentos que compras y que te duran tres días fuera de la nevera, algo que jamás pasaría con lo natural. Esas comidas preparadas contienen, a mi juicio, los grandes enemigos del riñón: la sal y el fósforo, y es lo que hace probablemente que estos días sean perjudiciales para la salud renal.

Quiroga defiende que, sin embargo, las comidas preparadas de forma natural, «las que hacían nuestros abuelos, en principio no tienen por qué impactar tanto. Aunque lo normal es que estos días todos nos hayamos excedido con la comida». Por eso ahora, apuesta por esos propósitos de enmienda que buscan «centrarnos en nuestra salud y, específicamente, en los riñones».

En su libro recoge una manifestación que alude a popular dicho reinterpretado:«Si los ojos son el espejo del alma, el riñón es el espejo de la alimentación».

El nefrólogo explica que cuando un paciente viene a la consulta «no se puede creer que con el análisis de su orina sea capaz de saber lo que ha comido con tanta exactitud». Muchas veces replican que no han comido nada fuera de lo habitual y «entonces les pido que lo escriban todo, y esa es la prueba definitiva, siempre sale el alimento que les ha alterado».

Quiroga asegura que es «es fácil acertar, porque el fósforo, el potasio, el sodio o el ácido úrico en orina son fiel reflejo de lo que se ha comido en las últimas 24 ó 48 horas aproximadamente». Lo mismo sucede con los pacientes en diálisis, que tienen que controlar los líquidos. «Quizá beben como siempre, pero se pasan con la fruta o con las ensaladas; el pepino, por ejemplo,

Y aquí, tocamos un tema sobre el que giran miles de teorías: ¿cuánta hay que beber? Se ríe cuando contesta. «Es la pregunta típica, y también es frecuente escuchar que el agua limpia el riñón. ¡Como si el riñón estuviera sucio!». Pero, admite que es una de las funciones más famosa: eliminar desechos. En cuanto a la cantidad, Quiroga asegura habría que beber al menos entre cuatro y seis vasos de agua al día, esto es casi 1-1,2 litros», detalla el experto. «Igual que por la mañana se orinar más concentrado porque han pasado varias horas sin beber. Pero una orina más diluida no es una medida de salud, no hay ningún estudio que haya demostrado que beber más agua de la necesaria preserve la función renal», sentencia.

Uno de los momentos difíciles en las consultas llega con la prescripción de dietas y las limitaciones. A pocos les gusta la privación del sabor umami proporcionado en ocasiones por el glutamato monosódico. Quiroga reconoce que los médicos están acostumbrados a prohibir. «A mí me ha costado años en darme cuenta», apunta. «Creo que nos viene de las prohibiciones del tabaco o la del alcohol. Con los alimentos nos hemos ido a ese extremo: no tome sal, no coma esto... Los pacientes con enfermedad renal crónica suelen decirte pero ¿qué cómo? Si usted solo me quita cosas».

LAS ENFERMEDADES DEL RIÑÓN

La alimentación es un pilar clave. Tanto que hay enfermedades asociadas a los riñones cuyo origen está en el plato. ¿Una de ellas? «La hipertensión, sin duda». Quiroga desarrolla su respuesta: «La sal es determinante en su aparición. De hecho, si mantenemos una **dieta mediterránea baja en sal**, que no es la misma que la dieta hiposódica en los hospitales, más estricta, pues incluiría en torno a cinco gramos de sal al día, somos capaces de bajar 10 mmHg de la presión arterial. Hay fármacos antihipertensivos que tienen menos potencia».

En la hipertensión lo que comemos es determinante. **«Hemos convertido a pacientes que eran hipertensos en no hipertensos por hacer una correcta dieta baja en sal»**. Y explica que en otras enfermedades renales es un factor adicional que se suma a otra parte inherente a la persona, con la carga genética, y a la carga ambiental. «En la **gota**, por ejemplo, influye lo que se come y cómo se metaboliza y elimina el ácido úrico. O en las **litiasis**. Aquí me he explayado, porque hay una **creencia muy extendida de que una dieta baja en calcio protege de tener piedras en el riñón»,** describe.

Pero las piedras del riñón están compuestas normalmente de oxalato cálcico. Y **el problema no es el calcio sino el oxalato,** subraya. «Ese es el compuesto que debemos reducir en la dieta. En cambio, si bajamos mucho el consumo de calcio, en realidad favoreces que nuestro intestino absorba más oxalato para compensar, con lo cual se promueve la aparición de más piedras».

El objetivo de la obra de Quiroga también demuestra que se puede comer con menos sal e incluso más sabor. Para eso necesitaba a Cobo y toda una experiencia culinaria alejada casi de la sal. «Porque al final la sal no hace más que enmascarar, modificar el sabor, mientras que un buen chef sabe potenciar los sabores». Por eso este capítulo contiene preparaciones o técnicas sustitutivas. «Cuando un paciente viene a una consulta, en lugar de hacer hincapié en que suprima la sal, se le pueden dar alternativas». Aquí hace una petición al sector de la hostelería: debería extenderse una etiqueta que indique si el plato es saludable desde el punto de vista nefrológico, igual que se identifican los símbolos para las personas con enfermedad celiaca o alergias. «Sería muy útil para las personas con enfermedad renal», añade.

Para Quiroga los riñones son grandes desconocidos. Tanto que «nosotros mismos no somos capaces de diagnosticar a la mitad de la población con enfermedad renal crónica. Es un problema médico, pero también social y político». Parece una reivindicación justa para un órgano que es mucho más que un filtro, aunque suela verse como una mera depuradora. «Ojo a las tres funciones que cumple: regula la anemia, al sintetizar la eritropoyetina (EPO); también regula el calcio y el fósforo; y su tercera función, en efecto, es la llave de la inmortalidad».

En 1997 se descubrió la proteína klotho. «Hoy sabemos que se fabrica en los riñones y de ahí viaja al resto de órganos para ejercer una función antienvejecimiento», apunta. Los niveles de klotho disminuyen con la enfermedad renal y también si se consumen dietas muy ricas en fósforo. «Así que no habría que perder de vista el cuidado de los riñones si se pretende vivir mucho», remacha Quiroga.

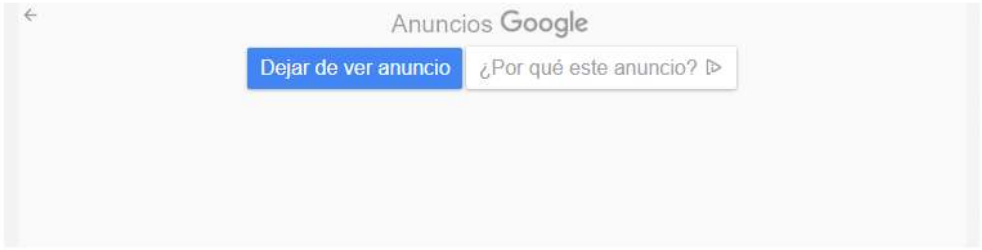
Medios especializados



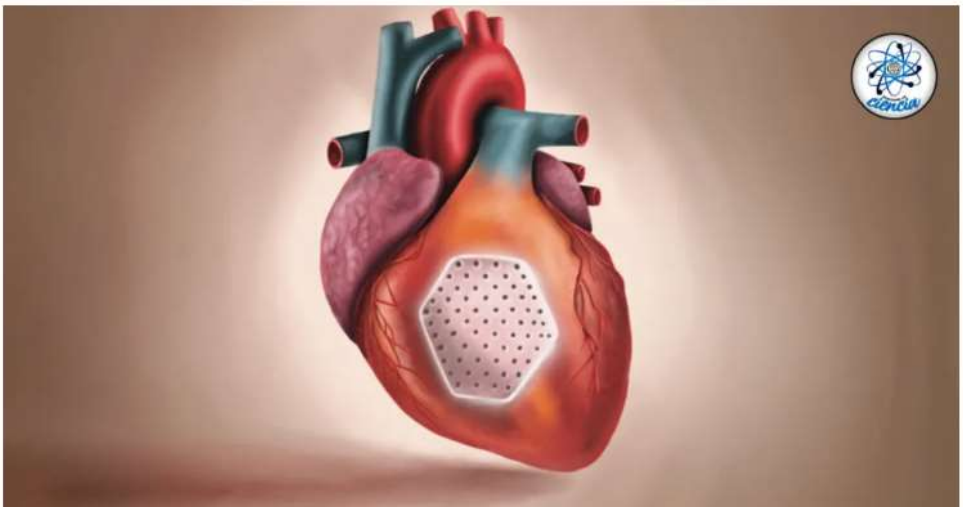
MEDICINA Y SALUD TECNOLOGÍA

Desarrollan un parche de células madre capaz de reparar corazones dañados

29 de enero, 2025 David Josué Calderón Coss



Las lesiones en el corazón son más frecuentes de lo que se pensaba. Basta con simplemente sufrir una contusión o golpe para que aumente el riesgo de producirse una lesión en el tejido cardiaco. Sin embargo, ahora es posible reparar lesiones en el corazón con ayuda de unos parches musculares creados a base de células madre.



Recientemente, un equipo de investigadores ha revelado que ahora es posible reparar las lesiones en el corazón. Tales como insuficiencias cardiacas sin generar efectos adversos. Dicho estudio se publicó en la revista **Nature**.

Los parches en cuestión, denominados EHM, han demostrado su eficiencia durante realización de ensayos clínicos en primates y un paciente humano. Se trata de un parche de cardiomiocitos derivados de células madre cultivadas en laboratorio.

Este se implanta como un injerto, y ha demostrado retención prolongada de hasta seis meses, además de mejoría dependiente de la dosis en la pared cardiaca. Dichos parches se probaron en primates sanos y en aquellos que padecían insuficiencia cardiaca inducida.

Los resultados confirmaron la retención celular y la vascularización funcional. Sin embargo, no solo los primates mostraron una mejoría. Sino que en el ensayo clínico en un paciente humano también se confirmó la remuscularización. El paciente padecía insuficiencia cardiaca avanzada.

Los resultados de uno de los avances médicos más fascinantes en la era moderna
Obtener buenos resultados en esta investigación es de suma importancia para el primer ensayo clínico del mundo para reparar el corazón de personas con insuficiencia cardiaca avanzada. Mediante implantes de músculo cardiaco de ingeniería tisular desarrollados en el laboratorio.

"Ahora disponemos, por primera vez, de un trasplante biológico cultivado en laboratorio, que tiene el potencial de estabilizar y fortalecer el músculo cardíaco". Afirman los científicos.
El equipo de investigadores fue liderado por Wolfram-Hubertus Zimmermann. Director del de Departamento de Farmacología y Toxicología del Centro Médico Universitario de Alemania. Quienes han destacado que el parche no solo mejora la función cardiaca, sino que contribuye a la regeneración del tejido dañado.

Así es el parche celular que ha logrado regenerar los tejidos del corazón
Estos parches están compuestos por hasta 200 millones de células. Tienen el objetivo de mejorar la función cardiaca por medio de la remuscularización. Y las técnicas de imagen y el análisis de tejidos confirman que las células del músculo cardiaco implantadas se mantienen con inmunosupresión y refuerzan la función del bombeo del corazón.

"Los parches contribuyen a una mejora de las contracciones del músculo cardiaco y esto se traduce en una mejora del bombeo de todo el corazón. Así es al menos como interpretamos nuestros hallazgos en el mono y esto es también lo que estamos investigando en los pacientes". Explicó Zimmermann.

Este avance es sumamente esperanzador, ya que promete una solución innovadora para la insuficiencia cardiaca avanzada. Ya que, este parche, colocado directamente sobre el pericardio, no ha provocado arritmias ni procesos tumorales.

"Las células madre, por su capacidad de diferenciarse hacia varios tipos celulares y de crecer o dividirse muchas veces, pueden terminar generando procesos tumorales".
"Y otro de los riesgos era que al estar imbricado [el injerto] dentro del miocardio, podía dar lugar a alteraciones de la conducción eléctrica (arritmias)". Explica Pablo Díez Villanueva, responsable de Insuficiencia Cardiaca del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de La Princesa

FEBRERO

CATEGORIAS

- Agencias
- Medios nacionales
- Medios locales
- Medios especializados
- Medios radiofónicos
- Medios audiovisuales
- Medios institucionales
- Otros medios

Medios locales


MadridActual

El Hospital de La Princesa organiza una jornada sobre cirugía en enfermedades neurológicas y psiquiátricas

El Hospital de La Princesa celebra este lunes una jornada de puertas abiertas dirigida a pacientes y cuidadores, con el objetivo de informar sobre los tratamientos quirúrgicos disponibles para diversas enfermedades neurológicas y psiquiátricas.

El evento, organizado por el Servicio de Neurocirugía en colaboración con la Sociedad Española de Neurocirugía Funcional (SENFE), permitirá conocer

Madrid está en Twitter

EN PORTADA

El [Hospital de La Princesa](#) celebra este lunes una jornada de puertas abiertas dirigida a pacientes y cuidadores, con el objetivo de informar sobre los tratamientos quirúrgicos disponibles para diversas enfermedades neurológicas y psiquiátricas.

Te puede interesar

[Es tendencia en Twitter: Debates sobre realities, polémica en los Grammy 2025 y el triunfo de Beyoncé](#)

El evento, organizado por el Servicio de Neurocirugía en colaboración con la [Sociedad Española de Neurocirugía Funcional](#) (SENFE), permitirá conocer las posibilidades que ofrece la neurocirugía a aquellos pacientes cuyas patologías no pueden ser controladas con tratamiento farmacológico.

¿A quién está dirigido?

Esta jornada es de especial interés para personas que padecen trastornos del movimiento, como Parkinson o Síndrome de Tourette, así como para quienes sufren otros trastornos como trastorno obsesivo-compulsivo, depresión, anorexia nerviosa, trastorno bipolar, epilepsia o agresividad refractaria.

Los especialistas explicarán las opciones quirúrgicas más avanzadas y detallarán en qué casos estos procedimientos pueden suponer una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes.

Experiencia en estimulación cerebral profunda

El Hospital de La Princesa cuenta con más de 20 años de experiencia en la técnica de Estimulación Cerebral Profunda, utilizada en el tratamiento de diversas enfermedades neurológicas. Los resultados obtenidos han sido presentados en congresos nacionales e internacionales, destacando la eficacia de este procedimiento en la mejora del estado de los pacientes.

La jornada está abierta a todas las personas interesadas y busca proporcionar información clave para aquellos que buscan alternativas terapéuticas más allá del tratamiento convencional.

Medios especializados



NUEVA YORK,EE.UU./ AGENCIA SINC.- El primer **parche de cardiomiocitos** derivados de células madre cultivadas en laboratorio, implantado como un injerto ha demostrado retención prolongada (hasta seis meses) y mejoría dependiente de la dosis en la pared cardíaca, tanto en **macacos** sanos como en aquellos con insuficiencia cardíaca inducida. Los análisis confirmaron la **retención celular y la vascularización funcional**.

Estos hallazgos, publicados en *Nature*, apoyaron la aprobación de un ensayo clínico en humanos, donde se confirmó la remuscularización en un paciente con insuficiencia cardíaca avanzada.

Los resultados de esta investigación han sido cruciales para la aprobación del primer ensayo clínico del mundo para reparar el corazón de personas con insuficiencia cardíaca avanzada mediante implantes de músculo cardíaco de ingeniería tisular desarrollados en el laboratorio. “Ahora disponemos, por primera vez, de un trasplante biológico cultivado en laboratorio, que tiene el potencial de estabilizar y fortalecer el músculo cardíaco”, resaltan los investigadores.

El equipo, liderado por **Wolfram-Hubertus Zimmermann**, director del Departamento de Farmacología y Toxicología del Centro Médico Universitario de Alemania, que incluye a un español, ha destacado que este parche no solo mejora la función cardíaca, sino que también contribuye a la regeneración del tejido dañado.

Doscientos millones de células

Compuestos por hasta 200 millones de células, los parches mejoran la función cardiaca mediante la remuscularización (formación de nuevo músculo cardiaco) y las técnicas de imagen y el análisis de tejidos confirman que las células del músculo cardiaco implantadas se mantienen con inmunosupresión y refuerzan la función de bombeo del corazón.

“Los parches contribuyen a una mejora de las contracciones del músculo cardiaco y esto se traduce en una mejora del bombeo de todo el corazón. Así es al menos como interpretamos nuestros hallazgos en el mono y esto es también lo que estamos investigando en los pacientes”, explicó, en rueda de prensa online, Zimmermann.

La prueba previa del parche en **macacos Rhesus** ha sentado las bases para la primera investigación en humanos. Se han tratado 15 pacientes con dosis variables de células madre incluidas en el parche y se planea **avanzar a un ensayo de fase III**, por los buenos resultados obtenidos en seguridad, según señalaron los investigadores en su encuentro con los periodistas.

Este avance promete una solución innovadora para la insuficiencia cardiaca avanzada y ha superado los problemas con los que se habían enfrentado iniciativas previas utilizando células madre, que se hacían llegar a través de inyecciones en el propio miocardio o bien liberando las células en las arterias del corazón para que se difundieran por el tejido cardiaco.

A diferencia de estos intentos anteriores, el nuevo parche, que se coloca directamente en el pericardio (la capa que protege al músculo cardiaco), no ha provocado arritmias ni procesos tumorales, los dos grandes obstáculos previos, que ahora parecen estar superados, como destacan los investigadores.

“Las células madre, por su **capacidad de diferenciarse hacia varios tipos celulares** y de crecer o dividirse muchas veces, pueden terminar generando procesos tumorales. Y otro de los riesgos era que al estar imbricado [el injerto] dentro del miocardio, podía dar lugar a alteraciones de la conducción eléctrica (arritmias), explica **Pablo Díez Villanueva**, responsable de Insuficiencia Cardiaca del Servicio de Cardiología del

Hospital Universitario de La Princesa, que no ha participado en el estudio alemán.

Ensayos con un mayor número de pacientes

Este experto resalta que se trata de un **resultado alentador**, pero debe manejarse con prudencia hasta que se comprueben en un grupo mayor de pacientes.

Los investigadores que han llevado a cabo este logro señalan que esta nueva técnica no está destinada a reemplazar los trasplantes de corazón, que sólo están disponibles para menos del 1 % de los pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada, una patología que no responde al tratamiento y que tiene un pronóstico sombrío.

“En cambio, la técnica ofrece una opción alternativa para el 99 % restante de pacientes que enfrentan una mortalidad del 50 % en los primeros 12 meses bajo cuidados paliativos. La técnica se centra en implantar un parche que, aunque no sustituye al corazón, ayuda a mejorar su función contráctil”, resalta Zimmermann.

Para **Manu Mazo**, investigador principal del grupo de Ingeniería de tejidos Cardíacos de la Universidad de Navarra, y sin relación con la investigación alemana, la importancia de este nuevo procedimiento está en que permite realizar implantes de tejido 3D cardíaco entre individuos distintos (no autólogo). “Este método mejora la logística y reduce significativamente los costos, facilitando el acceso a terapias que actualmente son caras y tardan en llegar a la clínica”.

La investigación en este campo es crucial y la financiación adecuada puede llevar a desarrollos significativos, como la posibilidad futura de fabricar corazones completos en el laboratorio, avanza Manu Mazo.

Remuscularización del corazón humano a los tres meses de ser implantado el injerto EHM

Un español del Francis Crick Institute

Entre los integrantes de este equipo interdisciplinar está el español **Ignacio Rodríguez-Polo**, actualmente en el Stem Cell and Human Developmental Lab, del Francis Crick Institute, en Londres: “Mi papel en este trabajo, junto con mis compañeros en el Centro de Primates, se centró en la parte preclínica del estudio, específicamente en el trabajo con macacos. Además, colaboramos con el grupo de Zimmermann en la

mejora de la eficiencia con la que estas células pueden diferenciarse en cardiomiocitos", detalla a SINC.

Para generar los parches cardíacos, explica Rodríguez-Polo, fue necesario producir iPSCs de diferentes macacos en un corto periodo de tiempo y diferenciar cada una de las líneas celulares en grandes cantidades de cardiomiocitos. Este proceso permitió generar los parches necesarios para el estudio.

"En mi opinión, este trabajo, junto con otros ensayos clínicos (más de 100 actualmente) que implican el trasplante de células derivadas de **células madre pluripotentes** para tratar enfermedades cardíacas y otras patologías como el párkinson o enfermedades oculares, representa un avance importante para que estas terapias se conviertan en parte del tratamiento de muchos pacientes", concluye.

Este estudio ha significado un paso más hacia lo que según los investigadores, está cada vez más cerca: tratar a pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada de manera efectiva, algo que no es posible en la actualidad.

Si los resultados son positivos, **esta tecnología podría revolucionar el tratamiento de la insuficiencia cardíaca avanzada**, ofreciendo esperanza a millones de personas en mundo que padecen esta devastadora enfermedad.

Medios locales



El Hospital Universitario de La Princesa, centro público de la Comunidad de Madrid, estrenará el próximo 4 de febrero los talleres para pacientes ingresados que se celebrarán en la Sala del Bienestar y de Lecturoterapia, ubicada en el Servicio de Aparato Digestivo.

Turismo

Tendrán lugar los martes a las 16 horas hasta el 22 de abril y abordarán la alimentación saludable, consejos para mantener la mente en calma o trucos para cuidar la memoria, entre otros temas. Estos talleres tienen como finalidad hacer la estancia más llevadera a los pacientes ingresados y sus familias, a través de actividades didácticas, útiles e interesantes en las que podrán consultar dudas e interactuar con los ponentes.

El primero de ellos tendrá lugar el martes 4 de febrero, bajo el título “Cuida tus riñones» y será impartido por la Dr. Antonio Santos, del Servicio de Nefrología del hospital, donde ahondará en la importancia del cuidado de estos órganos a través del mantenimiento de hábitos saludables de vida como la alimentación sana, el ejercicio, no consumir tabaco o alcohol y vigilar la presión arterial.

El siguiente taller con el título “Mente en calma = mejor salud”, abordará la parte más espiritual del ser humano como clave para disfrutar de una vida más saludable. Será impartido el 18 de febrero por Lorena Arriaz, periodista y coach.

Durante el mes de marzo, tendrán lugar los talleres “El Papel de los pacientes en su seguridad” (4 de marzo), impartido por la Dra. Mercedes Vinuesa, coordinadora de Calidad del Hospital de La Princesa y la Dra. Verónica Martín, del Servicio de Aparato Digestivo del centro.; y “¿Cómo cuidar tu memoria?” (18 de marzo), cuyo ponente será Antonio Cano, supervisor de enfermería de Neurociencias.

En el mes de abril, los encuentros girarán en torno al sueño y al estreñimiento. El primero de ellos será impartido el 1 de abril por María González, enfermera de práctica avanzada, bajo el título “Es posible dormir bien en el hospital: trucos y rutinas”. El segundo con el título “Trucos para evitar el estreñimiento” lo realizará el 22 de abril la supervisora de enfermería de la Unidad de Aparato Digestivo, Sara Matarranz.

La puesta en marcha de esta iniciativa, liderada por la especialista en Aparato Digestivo, Verónica Martín y la supervisora de enfermería de esa especialidad, Sara Matarranz, se enmarca dentro del Plan de Humanización del centro y cuenta con la colaboración de los Servicios de Aparato Digestivo y Trabajo Social, profesionales de enfermería del Servicio de Aparato Digestivo, la Comisión de Calidad Percibida y Humanización, la Unidad de Comunicación y la Organización de Voluntariado Nadie Solo.

Medios nacionales



El Hospital de La Princesa quiere dar a conocer a pacientes y cuidadores las posibilidades que ofrece el tratamiento quirúrgico para abordar enfermedades neurológicas y psiquiátricas, como Parkinson, temblor esencial, depresión, anorexia nerviosa, trastorno bipolar o epilepsia, entre muchas otras.

Según informa el centro sanitario en un comunicado, este lunes, 3 de febrero, se va a celebrar una jornada de puertas abiertas a la que pueden asistir, sin necesidad de inscripción previa, pacientes, cuidadores o cualquier persona interesada.

Neurólogos y neurocirujanos informarán a los asistentes de las más actuales opciones quirúrgicas disponibles y quienes son los pacientes que, por la evolución de su enfermedad, pueden beneficiarse de estas intervenciones para mejorar su calidad de vida.

La jornada está orientada fundamentalmente a pacientes y cuidadores con trastornos del movimiento (Parkinson, temblor esencial, síndrome de Gilles de la Tourette) y también para aquellos con otro tipo de trastornos como el TOC, depresión, anorexia nerviosa, trastorno bipolar, agresividad refractaria, epilepsia o dolor neuropático refractario.

Los asistentes podrán hablar de forma personal con diferentes especialistas neurocirujanos y neurólogos sobre su dolencia, y escucharán también el testimonio de un paciente que puede contar su experiencia tras haber sido sometido a una intervención neuroquirúrgica.

El Hospital Universitario de La Princesa posee una sólida experiencia de más de 20 años en este tipo de intervenciones denominadas Estimulación Cerebral Profunda para diferentes

patologías y con resultados muy favorables que han sido presentados en congresos nacionales e internacionales.

La sesión de este lunes, en cuya organización colabora la Sociedad Española de Neurocirugía Funcional (SENFE), se celebrará en el salón de Actos del Hospital de 11.00 a 14.00 horas, y los interesados pueden acudir libremente hasta completar aforo.

Medios especializados

EfeSalud – 1:07

https://www.youtube.com/watch?v=YxlSOjRqDZk



El Dr. Julio Ancochea Bermúdez, jefe del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa, acreditado a catedrático por la UAM, destaca para EFEsalud la importancia de la música como terapia piscológica adyuvante en cualquier Sistema Nacional de Salud.

Medios especializados



Una buena coordinación entre **Atención Primaria y hospitalaria** es fundamental para hacer un correcto seguimiento de los pacientes, algo que, de no cuidarse, puede llevar a un **aumento de la mortalidad**. "La comunicación que había hace unos años ha mejorado mucho frente a la actual, la fluidez entre Primaria y hospitalaria ha hecho que lo que antes se concebía como dos mundos diferentes**,** pasen a ser uno", ha explicado **Pedro Landete**, director de **Continuidad Asistencial** y subdirector médico del **Hospital Universitario de La Princesa** (Madrid). A pesar de esto, todavía hay puntos que mejorar y cambiar en cuanto a la coordinación asistencial. Por ejemplo, a la hora de utilizar a los pacientes para transmitir mensajes entre los sanitarios, evitar que solo sea un sanitario el que hable, en lugar de decidir en común, o emitir opiniones sobre decisiones clínicas que corresponden a otros profesionales.

Otro punto que puede mejorar la comunicación entre Primaria y hospitalaria para tratar a los pacientes es un **historial clínico** compartido. **Elvira Polo,** responsable de **Dirección Asistencial** de los centros de Atención Primaria de Salamanca, Chamartín y Daroca (dependientes del Hospital de La Princesa), ha señalado en este sentido que "la **historia clínica compartida** entre Primaria y hospitalaria es fundamental para mejorar la coordinación", algo en lo que se centran en este hospital y que están "camino de conseguir".

En la actualidad, este hospital cuenta con **herramientas de comunicación** como la **e-consulta**, que permite volcar toda la información de los pacientes en un mismo sitio. Esto es algo que favorece ese historial clínico conjunto, dando la oportunidad a los profesionales de **Atención Primaria** de "acceder en el momento que quieran a la historia electrónica del Hospital de La Princesa", según ha señalado **Amelia Rodríguez,** enfermera de **Continuidad Asistencial** de este centro.

Ella considera esta medida "muy útil" y propone "apostar por las **Enfermeras de Práctica Avanzada (EPA)** para atender a los **pacientes crónicos**", debido a que es una forma de "manejar globalmente a los pacientes más complicados", una medida que ya aplican en este centro**.**

Mejorar la comunicación y la interoperabilidad

El **volumen de trabajo** que gestionan los profesionales de los centros sanitarios de nuestro país es "enorme" y uno de los principales retos que afrontar. Esto, en muchas ocasiones, puede hacer que "la **comunicación entre sanitarios** de Primaria y hospitalaria para hablar de un caso clínico sea complicada", según **Clara Abad,** responsable de la Dirección Asistencial Centro del Hospital de La Princesa.

Otro talón de Aquiles de la coordinación asistencial actual es la "interoperabilidad", tanto de "**pruebas radiológicas, como ecografías, electrocardiogramas** o de **lesiones cutáneas**, en resumen, fotografías que sean interesantes para los diagnósticos y que no se pueden consultar de forma conjunta", según Abad.

Trabajar como un equipo que rema conjuntamente en una dirección es otro reto en el que hay que avanzar. Para ello, es importante "dejar atrás el concepto de especialista" para referirse únicamente a los facultativos de hospitalaria, ya que todos lo son, según ha señalado Landete. Este es un factor que favorece el trabajo de forma conjunta entre hospitalaria y Primaria y ayuda a "**optimizar y acortar los tiempos** en el diagnóstico", lo que permite **iniciar precozmente los tratamientos** y mejorar "el **manejo de los pacientes**", tal y como ha explicado. En este sentido, también es relevante centrar la coordinación en más puntos, establecer **criterios de derivación** a especialidades hospitalarias y hacer grupos de continuidad asistencial con profesionales de hospitalaria y Primaria.

La coordinación asistencial en Madrid

Dentro de la coordinación asistencial madrileña, el **Hospital de La Princesa** se percibe como una buena referencia, incluso a nivel estatal. Rodríguez ha explicado a *Redacción Médica* que este centro "ha avanzado una barbaridad en los últimos años, gracias al contacto cercano que hay entre los profesionales y los distintos centros asociados, porque este centro es de barrio".

La profesional ha citado también a **País Vasco y Andalucía**, dos regiones que cuentan, "con muy buenos **proyectos de coordinación**" y a las que este centro se equipara, "con grandes pasos en el seguimiento de patologías crónicas".

Para Landete, la **Comunidad de Madrid** "ha hecho una apuesta clara por el modelo de **coordinación asistencial** y el manejo integral de los pacientes". Algo que ven en los **proyectos piloto** "para acelerar el proceso diagnóstico, poniendo a los pacientes en el centro", según el **director de Continuidad Asistencial**.

Medidas recomendables para los hospitales con menos recursos

Hay hospitales que tienen menos recursos, pero que también pueden mejorar su **coordinación asistencial** con pequeños cambios. A ellos, Landete les recomienda que se centren en "la **comunicación,** que es clave". "Hablar, hablar y hablar. Ser capaces de entenderse y trabajar en conjunto, reconociendo y planteando áreas de mejora para detectar fallos y solventarlos de manera rápida".

Abad ha señalado que, en ocasiones, la gran carga de trabajo de los profesionales puede ser un factor altamente limitante, por ello, sugiere a los sanitarios utilizar las **nuevas tecnologías**, y, en concreto, las videollamadas, para estar en contacto y hacer un correcto **seguimiento de los pacientes**. Polo se ha alineado también con la directora asistencial médica, remarcando la utilidad de "herramientas como Zoom o Teams" para hacer reuniones entre los servicios de distintos centros y mejorar así la **coordinación asistencial**.

Medios especializados



Redacción médica – 0:15 a 3:32

https://www.youtube.com/watch?v=Qp6mj8B-2pw

Medios especializados



La Dirección-Gerencia del **Hospital Universitario de La Princesa** de Madrid ha resuelto la convocatoria del puesto de jefe de Sección de **Neumología**, con el perfil **Atención Ambulatoria**, Proceso Agudo en Hospitalización y Coordinación de Calidad.

De esta forma, vista la propuesta motivada de adjudicación efectuada por la comisión de selección, ha designado al neumólogo **Francisco Javier García Pérez** como jefe de Sección de Neumología.

García Pérez ha sido médico adjunto y responsable de la Unidad de alta complejidad de **Tuberculosis** del Servicio de Neumología de La Princesa.

En el plano de las sociedades científicas, ha presido la autonómica **Neumomadrid**, y fue coordinador del Área de Enfermedades Infecciosas de la **Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)**.

En su trayectoria también se ha involucrado en la vida colegial de su profesión, siendo vocal del **Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM)** bajo la presidencia de **Miguel Ángel Sánchez Chillón**.

También ha destacado como colaborador clínico docente de la **Universidad Autónoma de Madrid**.

La designación de **Francisco Javier García Pérez** como jefe de Sección de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa ya ha sido publicada en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid (BOCM).
Hay que recordar que el Servicio de Neumología del Hospital de La Princesa de Madrid está liderado por **Julio Ancochea Bermúdez**.

Medios Radiofónicos

Cadena SER



Hoy por Hoy

Fecha: 03-02-2025 07:04

Duración: 00:00:54

El Hospital de la Princesa acoge unas jornadas de puertas abiertas en la que profesionales relacionados con la neurología o la psiquiatría van a informar a todo aquel que se acerque hasta el hospital. No hace falta inscripción previa de los últimos avances y de cómo ayudar a pacientes, por ejemplo, con Parkinson, con depresión, anorexia nerviosa u otras patologías. Los expertos estarán a partir de las 11:00 y hasta las dos en el salón de actos del Hospital de la princesa

https://a.hallon.es/view_pdf.php?sid=17405&cid=1380905942

Medios radiofónicos

RNE



Las Mañanas

Fecha: 03-02-2025 07:59

Duración: 00:01:29

El Hospital de la Princesa ha organizado.

https://a.eprensa.com/view_pdf.php?sid=17405&cid=1380920465

Medos institucionales



Los Servicios de Neurocirugía y Neurología del Hospital Universitario de La Princesa, centro público de la Comunidad de Madrid, han organizado, con el apoyo de la Sociedad Española de Neurocirugía Funcional y Estereotáctica (SENFE), una jornada de puertas abiertas para pacientes y cuidadores dedicada a trastornos del movimiento (Enfermedad de Parkinson, temblor esencial, distonía, Síndrome de Gilles de la Tourette), psiquiátricos (TOC, depresión, anorexia nerviosa, trastorno bipolar, agresividad refractaria) y epilepsia, con el objetivo de divulgar los avances en esta especialidad e informar del tratamiento quirúrgico que, en algunos casos, puede mejorar la calidad de vida.

La Neurocirugía Funcional es una rama de la Neurocirugía destinada a mejorar o restaurar a través de la cirugía y en determidadas enfermedades neurológicas o psiquiatricas funciones del cerebro anuladas o alteradas. Todo ello con el objetivo de mejorar la calidad de los pacientes afectados. En este sentido el Hospital de la Princesa cuenta con una larga trayectoria de más de 20 años en el abordaje quirúrgico de algunas de estas patologías con altas cotas de éxito.

Las neurocirujanas del Hospital de La Princesa Cristina Torres Díaz y Marta Navas García, junto a los neurólogos del centro, Lydia López Manzanares, que también es coordinadora la Unidad de Trastornos del Movimiento; Elena Casas Peña, Inés Muro García y Pablo Lorenzo Barreto, fueron los profesionales encargados de explicar qué es la Neurocirugía Funcional y cómo los avances en esta disciplina han logrado mejorar de forma significativa síntomas como el temblor y la rigidez en la enfermedad de Parkinson, las obsesiones en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y otros trastornos que afectan la calidad de vida de los pacientes.

En la jornada, a la que asistieron más de 40 personas, se ofreció información sobre las posibles opciones de cirugía que tienen estas patologías cuando los tratamientos farmacológicos ya no realizan el efecto deseado. Asimismo, los asistentes escucharon de primera mano testimonios de pacientes que han sido intervenidos, y pudieron resolver sus dudas con los especialistas.

Este encuentro coincide con la celebración del Día de la Neurocirugía Funcional, establecido por la Sociedad Española de Neurocirugía Funcional y Estereotáctica (SENFE), para concienciar sobre la importancia de esta disciplina dentro del campo de la Neurocirugía.

Centro de Referencia Nacional en cirugía del Parkinson

La Unidad de Trastornos del Movimiento del Hospital de La Princesa es, desde el año 2006, centro de referencia nacional (CSUR) para cirugía funcional del Parkinson, realizando anualmente alrededor de 30 intervenciones quirúrgicas para paliar los efectos de este trastorno neurológico a través de la Estimulación Cerebral Profunda.

Desde el punto de vista de la investigación constituye un equipo con uno de los mayores números de ensayos clínicos activos en esta materia de la Comunidad de Madrid, formando parte de proyectos europeos en colaboración con hospitales de otros países.

Medios nacionales



vie. 07 febrero 2025 | BUSCAR

HOY DIARIO

• NACIONAL INTERNACIONAL • DEPORTES ECONOMÍA MOTOR CIENCIA Y TECNOLOGÍA

Jornada Informativa sobre Neurocirugía Funcional en Madrid

A. Pérez MADRID, SALUD 04/FEB/2025

El Hospital Universitario de La Princesa celebra una jornada para pacientes y cuidadores sobre los avances en neurocirugía funcional.

El Hospital Universitario de La Princesa, un centro público con una amplia trayectoria en el tratamiento quirúrgico de diversas patologías neurológicas, ha realizado recientemente una jornada de puertas abiertas enfocada en la Neurocirugía Funcional.

Este evento, destinado a pacientes y cuidadores, tuvo como propósito informar sobre los trastornos del movimiento, tales como la enfermedad de Parkinson, el temblor esencial, la distonía y el Síndrome de Gilles de la Tourette.

También se abordaron trastornos psiquiátricos como el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), la depresión y el trastorno bipolar, así como la epilepsia.

La Neurocirugía Funcional se define como una especialidad dentro de la neurocirugía que busca

LO MÁS VISTO EN MADRID

1. La Feria de San Isidro 2025 se presenta como un emblema cultural en Madrid

2. Inauguración de un nuevo centro para la detección de infecciones de transmisión sexual en Madrid

3. La Comunidad de Madrid emite 1.000 millones de euros en bonos a 10 años con gran demanda

4. La Comunidad de Madrid celebra el 25 aniversario del Cuerpo de Letrados autonómico

El Hospital Universitario de La Princesa, un centro público con una amplia trayectoria en el tratamiento quirúrgico de diversas patologías neurológicas, ha realizado recientemente una jornada de puertas abiertas enfocada en la Neurocirugía Funcional.

Este evento, destinado a pacientes y cuidadores, tuvo como propósito informar sobre los trastornos del movimiento, tales como la enfermedad de Parkinson, el temblor esencial, la distonía y el Síndrome de Gilles de la Tourette.

También se abordaron trastornos psiquiátricos como el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), la depresión y el trastorno bipolar, así como la epilepsia.

La Neurocirugía Funcional se define como una especialidad dentro de la neurocirugía que busca mejorar o restaurar funciones cerebrales afectadas por enfermedades neurológicas o psiquiátricas a través de intervenciones quirúrgicas.

En este ámbito, el Hospital de La Princesa ha demostrado un alto nivel de éxito durante más de 20 años, llevando a cabo procedimientos quirúrgicos que han repercutido positivamente en la calidad de vida de muchos pacientes.

Durante la jornada, los profesionales del hospital, entre ellos las neurocirujanas Cristina Torres Díaz y Marta Navas García, junto con especialistas en neurología, como Lydia López Manzanares, coordinadora de la Unidad de Trastornos del Movimiento, compartieron sus conocimientos sobre la Neurocirugía Funcional.

Explicaron cómo los avances en esta especialidad han permitido mejorar significativamente síntomas relacionados con la rigididez y el temblor en pacientes con enfermedad de Parkinson, así como los síntomas del TOC y otros trastornos que afectan la vida diaria de quienes los padecen.

Más de 40 personas participaron en esta jornada, donde se ofreció información detallada sobre las distintas opciones de tratamiento quirúrgico disponibles para aquellos pacientes cuyos tratamientos farmacológicos han dejado de ser efectivos.

Además, los asistentes tuvieron la oportunidad de escuchar testimonios de pacientes que han experimentado mejoras notables tras las intervenciones quirúrgicas, lo que posibilitó un espacio de interacción directa con los expertos para aclarar dudas y preocupaciones.

Este evento también coincide con la conmemoración del Día de la Neurocirugía Funcional, instituido por la Sociedad Española de Neurocirugía Funcional y Estereotáctica (SENFE) para resaltar la importancia de esta especialidad dentro del ámbito de la neurocirugía.

Desde su designación como centro de referencia nacional en cirugía del Parkinson en 2006, la Unidad de Trastornos del Movimiento del Hospital de La Princesa ha llevado a cabo alrededor de 30 intervenciones anuales para mitigar los efectos de esta enfermedad a través de la Estimulación Cerebral Profunda.

En el ámbito de la investigación, cuentan con uno de los programas de ensayos clínicos más activos en la Comunidad de Madrid, participando en iniciativas europeas en colaboración con hospitales de otros países.

Estos esfuerzos reflejan el compromiso del Hospital de La Princesa con la excelencia en el tratamiento y la investigación en neurocirugía funcional, abordando no solo los aspectos médicos, sino también brindando apoyo y educación a aquellos que lo necesitan.

Medios especializados



La **tecnología sanitaria salva vidas**. Fernando Vega de Seoane, Alejandra Cámara, Ana Francisca Martín, Gonzalo Calderón y Estíbaliz Prieto lo saben de primera mano. Son las primeras historias que se cuentan en la nueva campaña de videopódcast #TecnologíaparaVivir de la **Fundación de la Federación Española de Tecnología Sanitaria (Fenin)** que se ha presentado este lunes en el Hospital La Princesa.

"Es nuestra forma de visibilizar cómo la tecnología sanitaria **ayuda a mejorar la calidad de vida de las personas.** Gracias a ella, podemos convivir con las enfermedades y esta campaña es una muestra de ello, conocemos situaciones y **vidas reales a través de estos vídeos**", ha asegurado

Pablo Crespo, secretario general de Fenin y secretario del Patronato de la Fundación.

No obstante, cuando hablamos de tecnología sanitaria no son **solo robots o grandes equipos**, son también bisturís y sillas de ruedas, entre otros, tal y como ha apuntado Juan Carlos Antony, vicepresidente de la Fundación Fenin: "Todo ello contribuye a **conseguir mejores resultados de salud** y la vida de los pacientes".

El Hospital Universitario de La Princesa ha sido el lugar elegido para la grabación de estas historias. En él se invirtieron el año pasado 13 millones en tecnología sanitaria. "Esta desembolso **nos ha permitido mejorar tecnología en cáncer** y en Radiología. Ahora tenemos nuevos ecógrafos, salas de radiología digitales, mamógrafos, resonancias y salas de **intervención en Cardiología y en Cardiovascular**", ha especificado el director gerente de este centro, José Julian Díaz Melguizo.

Asimismo, en la presentación de esta campaña ha estado presente Juan Ramón Lucas, periodista y presentador de los pódcast. "Recuerdo estos encuentros de manera muy intensa, a través de la emoción, han sido entrevistas muy enriquecedoras. Estamos **rodeados de elementos de tecnología para vivir**. Todos podemos vivir situaciones como las de los protagonistas, el hecho de escucharles y verles nos puede ayudar a afrontarlo mejor. Cuando compartes algo que puede ser duro o negativo **estás ayudando a la gente a que lo afronte mejor,** por el hecho de lo que te pasa a ti y te vean cómo lo superas", ha destacado el periodista.

Historias reales donde la tecnología sanitaria ha ayudado

Esta serie de vídeospódcast son solo el principio, ya que desde la fundación anuncian que habrá más historias. En esta primera tanda, Fernando Vega de Seoane, un empresario que sufrió un accidente de ski en Baqueira Beret y se quedó en silla de ruedas. "Gracias a la tecnología y a los profesionales sanitarios, en **cuatro horas tenía un diagnóstico casi perfecto.** España está muy adelantada, cuando te ocurre algo así, te comparas con otros pacientes de otros países y te das cuenta de la vocación e intención de España de estar a la última", ha afirmado.

Junto a Fernando, en los videopódcast se pueden conocer las experiencias de personas como Alejandra Cámara— madre de cinco hijos, **uno de ellos con diabetes,** a quien tecnologías como la bomba de insulina y soluciones digitales le permiten controlar su patología sin interferir en sus quehaceres diarios—; Gonzalo Calderón —médico burgalés que ha superado seis cánceres y quien destaca que tecnologías como los PETs "le han dado la vida"—; Ana Francisca Martín —a quien las tecnologías de diagnóstico permitieron **detectarle de forma precoz una cardiopatía congénita** y, por ello, realizarle diversos cateterismos que le han permitido seguir con vida cuando los médicos le daban por desahuciada — y Estíbaliz Prieto —una influencer que ha podido cumplir su sueño de ser madre gracias a la fecundación in vitro—.

Medios especializados



iSanidad

Acceder

PROFESIONALES ACTUALIDAD ANÁLISIS ENTIDADES PÚBLICAS Y PRIVADAS ISANIDADENTAL

28 días contra el Cáncer
Más allá del Día Mundial

TECNOLOGÍA

Tecnología y salud en primera persona: Fenin apuesta por los videopodcast para mostrar el valor humano de la tecnología sanitaria

Con 13 millones destinados a tecnología, el Hospital La Princesa participa junto a Fenin en una iniciativa que promueve la mejora asistencial

10 de febrero de 2025

Paula Baena

El Hospital Universitario de La Princesa de Madrid se ha convertido este 10 de febrero en el epicentro de una iniciativa que busca concienciar sobre el impacto de la tecnología sanitaria en la calidad de vida de los pacientes. Durante el acto de presentación de la campaña *#TecnologíaParaVivir*, la Fundación **Fenin** ha anunciado la puesta en marcha de una serie de videopodcast con testimonios de personas que han encontrado en la innovación tecnológica una respuesta a situaciones de salud críticas.

Johnson&Johnson

Liderando el rumbo de la medicina

El Hospital Universitario de La Princesa de Madrid se ha convertido este 10 de febrero en el epicentro de una iniciativa que busca concienciar sobre el impacto de la tecnología sanitaria en la calidad de vida de los pacientes. Durante el acto de presentación de la campaña *#TecnologíaParaVivir,* la Fundación **Fenin** ha anunciado la puesta en marcha de una serie de videopodcast con testimonios de personas que han encontrado en la innovación tecnológica una respuesta a situaciones de salud críticas.

La campaña, conducida por el periodista **Juan Ramón Lucas**, incluye historias reales de pacientes que han logrado superar o convivir mejor con sus patologías gracias a los avances en tecnología sanitaria. Lucas ha destacado la importancia de este proyecto: *"He vivido una experiencia enriquecedora y emocionante. Escuchar estos testimonios nos recuerda que todos somos o seremos pacientes algún día".* Además, los episodios de la serie se grabaron en las instalaciones del Hospital La Princesa, un centro que ha invertido más de **13 millones de euros** en los últimos dos años para modernizar sus servicios con equipos de última generación.

El Hospital La Princesa ha invertido más de 13 millones de euros en los últimos dos años para modernizar sus servicios

Uno de los protagonistas de la campaña es **Fernando Vega de Seoane**, empresario que quedó parapléjico tras un accidente de esquí. Durante su intervención en el acto, ha relatado cómo la tecnología sanitaria ha sido clave en su recuperación y en su regreso a una vida independiente. *"Hay mucho esfuerzo innovador detrás de estas soluciones. Sin ellas, mi vida sería completamente distinta",* ha afirmado Vega de Seoane, agradeciendo además la atención recibida en el Hospital La Princesa y en otros centros como el Hospital Vall D'Hebron.

La campaña cuenta también con el testimonio de Alejandra Cámara, madre de una paciente con diabetes tipo 1. Según han adelantado, su episodio contará cómo los dispositivos de monitorización continua de glucosa han permitido cambiar su día a día. "*La insulina le salva la vida a mi hija, pero* ***la tecnología nos da tranquilidad a nosotros, su familia.*** *Ahora puedo dormir sin preocuparme por levantarme cada 45 minutos"*, ha señalado el adelanto.

El **Dr. Gonzalo Calderón**, quien ha superado seis cánceres desde su infancia, también forma parte de esta serie. Durante su intervención, puso en valor tecnologías como los estudios PET, que han sido esenciales para diagnósticos tempranos y tratamientos eficaces. Asimismo, otra paciente relatará cómo la tecnología fue determinante para la detección precoz de una cardiopatía congénita, lo que le permitió someterse a diversos cateterismos y superar un diagnóstico inicial que la daba por desahuciada. Por último, la campaña abordará también cómo la tecnología *"no solo trata enfermedades, sino que crea vida",* mostrando en uno de los episodios la actuación de la fecundación in vitro.

Un hospital al servicio de la innovación

El Dr. José Julián Díaz Melguizo, director del Hospital La Princesa, ha explicado que la inversión en tecnología ha permitido incorporar equipos como un acelerador lineal de última generación, una resonancia magnética de 3 teslas y modernas soluciones de intervencionismo quirúrgico. *"Estos avances nos permiten mejorar la precisión diagnóstica, reducir los tiempos de recuperación y ofrecer tratamientos más seguros y menos invasivos",* ha recalcado.

Desde la **Fundación Fenin**, el vicepresidente, **Juan Carlos Antony** ha remarcado que la colaboración entre centros sanitarios, pacientes y la industria es clave para maximizar el impacto de la innovación tecnológica. *"La tecnología sanitaria no solo está en los grandes equipos visibles. También hay miles de soluciones más discretas, como una prótesis o una bomba de insulina, que mejoran la vida diaria de los pacientes",* ha explicado.

Juan Carlos Antony: "La tecnología sanitaria no solo está en los grandes equipos visibles. También hay miles de soluciones más discretas, como una prótesis o una bomba de insulina"

La campaña de videopódcast es parte de la estrategia de la Fundación Fenin para llegar a diferentes públicos, especialmente a través de plataformas como Instagram y TikTok. **Pablo Crespo**, secretario del Patronato de la Fundación, ha destacado que el proyecto pone en valor no solo las innovaciones, sino también el compromiso humano detrás de cada solución. *"Este es un mensaje que queremos compartir con toda la sociedad. La tecnología da vida y permite disfrutarla plenamente"*, ha concluido Crespo.

Con esta iniciativa, Fenin y el Hospital La Princesa reafirman su apuesta por la innovación tecnológica como pilar fundamental para mejorar la atención sanitaria y la calidad de vida de los pacientes.

Medios especializados



La Fundación Fenin lanza una campaña de videopódcast para poner en valor la tecnología sanitaria

La Fundación de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) ha presentado este lunes la campaña de videopódcast #TecnologíaparaVivir para poner en valor el papel de la tecnología sanitaria a través de historias reales de pacientes, entrevistados por el periodista Juan Ramón Lucas, quien les ha preguntado sobre cómo la tecnología sanitaria ha "transformado" su salud y sus vidas.

Leer más: https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-fundacion-fenin-lanza-campana-videopodcast-poner-valor-tecnologia-sanitaria-20250210135815.html

Medios especializados



Para sensibilizar a la población sobre el valor de la tecnología sanitaria, la **Fundación Fenin, de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria,** ha puesto en marcha la campaña de videopódcast **#TecnologíaparaVivir**. Este serial de entrevistas, conducidas por el periodista **Juan Ramón Lucas,** se centra en historias reales de distintas personas que cuentan cómo la tecnología sanitaria ha "transformado" su salud y sus vidas.

La tecnología sanitaria está presente a lo largo de toda la vida, desde antes de nacer hasta la vejez. Y así se extrae de cada testimonio en los que se pone en valor el papel que tienen los **productos y equipos sanitarios** tanto para prevenir, como para diagnosticar y tratar enfermedades, permitiendo que las personas puedan tener la mejor calidad de vida posible, e incluso una vida cotidiana plena.

Los videopódcast se difundirán a través de dos nuevos perfiles en Instagram y TikTok con el nombre de *#TecnologíaparaVivir,* impulsados por la Fundación Fenin. Estos dos nuevos canales servirán para hacer llegar los mensajes e iniciativas del sector de tecnología sanitaria a toda la sociedad.

"Queremos que todos los ciudadanos sean conscientes que, gracias a la tecnología sanitaria, que va mucho más allá de los grandes equipamientos como tacs, escáneres o robots quirúrgicos visibles en un hospital, hay muchos productos que permiten a las personas vivir y convivir con sus enfermedades. Una prótesis de cadera, una silla de ruedas o un bisturí son

también ejemplos de las miles de soluciones tecnológicas existentes que mejoran los resultados en salud y calidad de vida de las personas, manteniendo la humanización de la asistencia", ha explicado el *vicepresidente de la Fundación Fenin*, **Juan Carlos Antony**, durante la presentación de la campaña en el Hospital Universitario de La Princesa, en Madrid, donde también se han grabado los primeros videopódcast del serial.

Por su parte, **Pablo Crespo***, secretario de Fenin y secretario del Patronato de su Fundación*, ha recordado que *"los testimonios que recogen estos videopódcast son ejemplos de la importancia que tiene asegurar el acceso ágil a las innovaciones tecnológicas que desarrolla nuestra industria, son la muestra de que la tecnología da vida y permite disfrutarla"*. En este sentido, Pablo Crespo ha puesto en valor que el **Hospital de La Princesa** es, precisamente, *"un referente de gestión eficiente y en la apuesta por incorporar innovación tecnológica de calidad"*.

De hecho, en los dos últimos años este centro público madrileño, en el marco de la inversión tecnológica que realiza la Comunidad de Madrid, ha adquirido equipos con un valor superior a los **13 millones de euros**, incorporando la cirugía robótica (sobre todo para cirugía oncológica), un acelerador lineal de última generación, equipos de alta tecnología en imagen como una resonancia magnética de 3 teslas y un *scanner spectral*, además de modernos **equipos de intervencionismo en el Área de Cardiología o Radiología**. Todo ello para ofrecer una atención de la máxima calidad tanto en los diagnósticos como en los tratamientos.

Testimonios en primera persona

La campaña arranca con cinco primeras entrevistas realizadas por Juan Ramón Lucas. *"He vivido con estos encuentros alrededor de la salud y la tecnología sanitaria una experiencia muy enriquecedora y estimulante, que estoy seguro se transmitirá tal cual a los oyentes y espectadores. Este proyecto pone en valor cómo la innovación tecnológica nos mejora la vida hasta en lo más impensable o lo más cotidiano"*, ha manifestado el periodista y presentador.

Este primer grupo de protagonistas ha estado representado en el acto por **Fernando Vega de Seoane,** *un empresario que sufrió un accidente de ski y a quien varias operaciones con tecnología de vanguardia*, una silla de ruedas y un sondaje le evita depender de otras personas. *"Hay mucho esfuerzo innovador detrás de todas estas soluciones para que aquellos que tenemos una lesión medular podamos volver a una vida normalizada y lo más independiente posible",* ha valorado.

Junto a Fernando, en los videopódcast se pueden conocer las experiencias de personas como **Alejandra Cámara**, madre de cinco hijos, uno de ellos con diabetes, a quien tecnologías como la bomba de insulina y soluciones digitales le permiten controlar su patología sin interferir en sus quehaceres diarios; **Gonzalo Calderón**, médico burgalés que ha superado seis cánceres y quien destaca que tecnologías como los PETs "le han dado la vida"; **Ana Francisca Martín**, a quien las tecnologías de diagnóstico permitieron detectarle de forma precoz una cardiopatía congénita y, por ello, realizarle diversos cateterismos que le han permitido seguir con vida cuando los médicos le daban por desahuciada; y **Estíbaliz Prieto**, una influencer que ha podido cumplir su sueño de ser madre gracias a la fecundación in vitro.

Tras la difusión de estos primeros testimonios, la Fundación Fenin dará continuidad a esta campaña divulgativa con la publicación de más videopódcast, con nuevos protagonistas e historias de superación mediante #TecnologíaparaVivir, en sus canales y redes sociales. En esta difusión también contribuye la productora Sr Wolf. *"El público sigue interesado en cuestiones fundamentales como la salud o el conocimiento. Sr Wolf como productora y Sr Wolf Podcast tienen un compromiso con la comunicación en el sentido más amplio y actual. Y por eso*

estamos aquí con este proyecto de videopódcast: contando, escuchando, conociendo y emocionando", indica el propio Sr. Wolf, Juan Ramón Lucas.

Medios especializados



Para sensibilizar a la población sobre el valor de la tecnología sanitaria, la Fundación Fenin, de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, ha puesto en marcha la campaña de videopódcast #TecnologíaparaVivir. Este serial de entrevistas, conducidas por el periodista Juan Ramón Lucas, se centra en historias reales de distintas personas que cuentan cómo la tecnología sanitaria ha "transformado" su salud y sus vidas.

"Los testimonios que recogen estos videopódcast son ejemplos de la importancia que tiene asegurar el acceso ágil a las innovaciones tecnológicas que desarrolla nuestra industria, son la muestra de que la tecnología da vida y permite disfrutarla". En este sentido, Pablo

Crespo, secretario de Fenin y secretario del Patronato de su Fundación, ha puesto en valor que el Hospital de La Princesa, donde se ha celebrado la presentación, es, precisamente, “un referente de gestión eficiente y en la apuesta por incorporar innovación tecnológica de calidad”.

Medios especializados



"La emoción es lo que me ha hecho ser investigadora estos años"

En el Día Internacional de la Mujer y la Niña en la Ciencia, María Chaparro analiza su trayectoria dentro de este campo

María Chaparro, especialista en Digestivo e investigadora del Instituto de Investigación del Hospital La Princesa.

11 feb. 2025 5:00H SE LEE EN 4 MINUTOS

POR XAVIER MAGRANER

vueling
VUELA A FRANCIA
Reserva ahora
RESERVA EN VUELING.COM O EN NUESTRA APP.

El **papel de la mujer** dentro de la **investigación** y la **Ciencia** poco a poco ha ido ganando enteros, hasta convertirse en un elemento fundamental para seguir desentrañando los **misterios que aún residen en la Medicina**. Recientemente el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (**CSIC**) actualizó un ranquin con las **10.000 mujeres investigadoras españolas** con mejores indicadores médicos. El **Hospital Universitario La Princesa** cuenta con **12 personalidades** dentro de la clasificación y la que ha logrado escalar hasta el puesto **210** es **María Chaparro**, especialista en Digestivo e investigadora del centro madrileño. La científica, de las primeras en la clasificación ligada a **investigación hospitalaria** y la tercera que procede de un instituto de investigación integrado en un hospital, hace hincapié en la necesidad de regular el tiempo invertido en esta área dentro de la **jornada médica**.

En el **Día Internacional de la Mujer en la Ciencia**, la facultativa resalta que “lo más importante para una investigadora es que los resultados que coseche **tengan un impacto** o influencia en la **salud de la población**”. Por otra parte, la especialista reivindica la necesidad de que España empiece a **integrar las horas de investigación** dentro de una jornada laboral, ya que

"actualmente es un trabajo no reconocido".

El hecho de formar parte de este ranquin significa para la investigadora un método fiable que "permite ayudar a **cuantificar cómo de importante es la investigación** y cuál es el interés que despierta. En esta clasificación no están todas las mujeres que se dedican a la investigación y se debe ser consciente de ello". El hecho de que La Princesa tenga a tantas mujeres es un claro síntoma del **buen trabajo que se realiza** en el centro madrileño".

La especialista reconoce el enorme esfuerzo de tiempo y dedicación que conlleva **trabajar en investigación durante años**, y especialmente en España: "Si a esta realidad se añade que muchos investigadores ejercen de médico significa que durante mucho tiempo **tendrán un doble trabajo**, el asistencial por el cual se recibe un salario y el trabajo de investigadora, no reconocido ni incorporado en la jornada de un médico asistencial". Esta realidad es inadmisible para la investigadora, alertando que "**este escenario debe modificarse a futuro** y la investigación debe verse como una parte fundamental del trabajo médico".

"En un futuro próximo se debe reconocer que los médicos tengan un tiempo dedicado a investigar"

El principal motivo por el cual Chaparro defiende esta visión es que, durante **la consulta con los pacientes**, "aparecen muchas preguntas y dudas que los especialistas se plantean cuando **la persona empieza a tener problemas sin solución**. Sin la investigación biomédica es imposible progresar. En un futuro próximo se debe reconocer que los médicos tengan un tiempo dedicado a investigar".

La dura dedicación en investigación como "segundo trabajo"

Esta dedicación por la investigación únicamente se puede desarrollar, tal y como recuerda la facultativa, durante "el tiempo libre de los investigadores. Es como si se tuviera un segundo trabajo cuando **acaban las tareas asistenciales** y es insostenible. Además, las nuevas generaciones **no presentan estas vocaciones por la investigación** que si se tenía en el pasado". La forma en la que Chaparro mantiene este esfuerzo constante es por "la emoción de investigar y **encontrar soluciones por problemas que no están resueltos**. Esta emoción no se puede explicar con palabras y es lo que sostiene que este trabajo de continuidad durante años pueda llevarse a cabo".

Durante su infancia y pese a querer **ser médico desde muy joven**, Chaparro no tuvo **nunca ninguna referencia científica**. Esta realidad se vio alterada en el momento en que realizó **la residencia MIR en el hospital madrileño**: "En ese momento empecé a plantearme preguntas y

buscar respuestas para problemas médicos que estaban sin resolver. Es en este momento cuando me encontré con magníficos investigadores dentro del propio Servicio que han pasado a ser referentes".

"La emoción de investigar no se puede explicar con palabras y es lo que sostiene este trabajo"

Desarrollar la carrera de investigadora requiere, en palabras de la facultativa, una "enorme inversión de tiempo, **paciencia y resiliencia**. Es un camino difícil y todas las personas que se dedican a ello tienen un mérito tremendo y merecen reconocimiento". Además, y aprovechando el **Día Internacional de la Mujer en la Ciencia**, "es necesario reconocer los logros de todas las mujeres que han aprendido a romper barreras".

Medios institucionales



Las terapias biológicas anti-factor de necrosis tumoral (TNF) han supuesto un antes y un después en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), permitiendo a muchos pacientes mantener la enfermedad controlada. Sin embargo, su uso prolongado plantea dilemas importantes por sus desventajas para el paciente y para el propio sistema sanitario. Por un lado, pueden provocar **efectos adversos** (mayor riesgo de infecciones, reacciones a su administración o la pérdida de eficacia con el tiempo debido al desarrollo de resistencia al fármaco). Por otro, su **elevado coste** supone un desafío para la sostenibilidad de los sistemas de salud, especialmente si existen alternativas viables para determinados pacientes. Por ello, la comunidad científica se ha preguntado si, en determinados pacientes, podría ser seguro suspender estos fármacos una vez alcanzada la remisión, sin aumentar significativamente el riesgo de recaídas.

Ahora, una investigación pionera liderada por Javier P. Gisbert y María Chaparro, especialistas en Digestivo en el Hospital Universitario de La Princesa y del área de Enfermedades Hepáticas y Digestivas del CIBER, ha arrojado resultados prometedores. Este ensayo clínico, realizado en 33 hospitales de toda España, analizó la evolución de **140 pacientes con colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn** que llevaban al menos seis meses en remisión clínica bajo tratamiento con anti-TNF a dosis estándar. Los participantes se dividieron en dos grupos: uno continuó con la medicación y otro la suspendió; y en ellos se evaluó su evolución tanto clínica como de las lesiones intestinales y de los marcadores inflamatorios.

Tras un año de seguimiento, el **84% de los pacientes que mantuvieron el tratamiento y el 76% de los que lo suspendieron seguían en remisión clínica**, sin diferencias significativas en la presencia de lesiones detectadas mediante endoscopia. No obstante, en el grupo que suspendió el tratamiento se observó una mayor proporción de pacientes con **calprotectina**

fecal elevada, un marcador de inflamación intestinal. En cuanto a la seguridad, los efectos adversos graves fueron poco frecuentes en ambos grupos (4% en los que continuaron con anti-TNF y 7% en los que lo suspendieron).

Así, los autores del estudio concluyen que, **en pacientes seleccionados que se encuentren en remisión clínica, endoscópica y radiológica, la retirada de los anti-TNF podría ser una opción viable y segura**. Sin embargo, insisten en la necesidad de un seguimiento estrecho para detectar a tiempo cualquier signo de reactivación de la enfermedad.

Este hallazgo abre la puerta a un enfoque más personalizado en el tratamiento de la EII, ajustando las terapias según la evolución de cada paciente y optimizando el balance entre eficacia y seguridad. El estudio, financiado por el Instituto de Salud Carlos III y respaldado por el Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU), ha sido publicado recientemente en la prestigiosa revista **GUT**. Además, ha recibido el reconocimiento internacional con el **Investigator Initiated Study Award** en el congreso de la European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO), entre otros galardones.

Medios nacionales



El **número de pacientes** en lista de espera estructural para una **intervención quirúrgica** se redujo en diciembre en 2.746 personas, situándose en 73.870, frente a las 76.616 del mes anterior. Las Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) no ha dejado de reducirse tras los meses de verano en Madrid y ya acumulan desde septiembre una bajada de 5.746 pacientes, según los últimos datos de Listas de Espera del Servicio de Salud de la **Comunidad de Madrid (SERMAS).**

En los hospitales de la Comunidad de Madrid, el tiempo medio de espera el pasado mes de diciembre fue de **48,03 días.** Un 38,72% de pacientes esperó menos de un mes para operarse; el 29,48% entre 30 y 60 días; un 18,34% entre 60 y 90 días y un 13,15% entre 90 y 180 días. Tan solo el 0,30% esperó más de seis meses. A nivel nacional un 20,5% de los pacientes espera más de seis meses para operarse, según los últimos datos recabados por las Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud (SISLE), correspondientes al primer semestre de 2024.

Si comparamos los registros del SERMAS **con los datos aportados por del SISLE del conjunto de España**, Madrid es la comunidad de todo el territorio nacional que menor demora presenta para operaciones quirúrgicas, muy alejada, además, de la media nacional de 121 días, es decir 73 días menos. También, y a pesar de su mayor demanda poblacional y asistencial, registra la tasa más baja de pacientes pendientes de una operación de todo el territorio nacional, 10,06 por cada 1.000 habitantes. Tras Madrid se sitúa El País Vasco cuya tasa es de 10,18 pacientes por cada mil habitantes; Baleares, con 10,37; y la Comunidad Valenciana, con 10,90.

En el extremo contrario, las comunidades donde las tasas por habitante son más altas para operarse son Cantabria con 29,21 ciudadanos en lista de espera por cada 1.000. Le siguen **Andalucía** con 24,40; **Cataluña** con 24,17; y **Extremadura** con 23,85. También estas

comunidades son las que mayores tiempos de espera presentan, en concreto Andalucía, 169 días; Extremadura, 164; y Cantabria y Aragón con 139 días. Por su parte un catalán tiene que esperar de media 137 días para operarse.

Hospitales líderes en menores tiempos de espera

En los buenos datos que arrojan **las LEQ madrileñas** tiene mucho que ver la gestión de su sistema hospitalario. Entre los grandes hospitales de la Comunidad de Madrid, -Grupo3-, que son los que mayor volumen de pacientes atienden y también los casos más complejos, el hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, perteneciente al modelo público-privado, es líder en menores tiempos de espera para LEQ con 27,04 días, seguido del Hospital Clínico San Carlos con 49,07 días y el Hospital General Universitario Gregorio Marañón con 52,86 días. El resto de hospitales de gran complejidad de la Comunidad de Madrid ronda los dos meses de espera para operaciones. El Hospital Universitario La Paz, 60,68 días; el 12 de Octubre, 63,20; el Hospital Universitario de La Princesa 63,44; el Hospital Universitario Ramón y Cajal, 63,78 y el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 64,47 días. Todos ellos se sitúan muy por debajo de los 121 días de espera media del Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a **los hospitales de media complejidad** que atienden un menor volumen de pacientes y casos menos complejos, destacan por sus bajos tiempos de espera que no sobrepasan el mes, el Hospital Universitario General de Villalba con 15,26 días y el Hospital Universitario Rey Juan Carlos con 24,94. Les siguen el Hospital Universitario Severo Ochoa, con 41,03 días; el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, 42,75 días; el Hospital Universitario de Torrejón, 55,09 días; el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, 56,16 días y el Hospital Universitario de Móstoles, 57,77 días. Superando los dos meses de espera se encuentran: el Hospital Universitario Infanta Leonor, 62,03 días; el Hospital Universitario Infanta Sofía, 65,60 días; el Hospital Universitario de Getafe, 69,63 días y en último lugar el Hospital Universitario Príncipe de Asturias con 81,03 días. Según los tiempos de demora registrados por el SERMAS, de los hospitales de media complejidad madrileños tampoco ninguno supera la media de espera nacional. El que mayor tiempo de espera registra, el Príncipe de Asturias, presenta 40 días menos que la demora media nacional.

Del conjunto de hospitales madrileños, los de gestión público-privada destacan por ocupar los primeros puestos en menor demora para operaciones. Tanto la **Fundación Jiménez Díaz**, que ocupa el primer lugar en menor lista de espera entre los de alta complejidad, como el Hospital Universitario General de Villalba y el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, líderes entre los de media complejidad, pertenecen al modelo mixto, lo que parce traducirse en una mayor eficiencia a la hora de administrar sus listas de espera.

Medios especializados



En pacientes seleccionados con EII en remisión clínica la retirada de los anti-TNF podría ser una opción segura

En pacientes seleccionados con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que se encuentren en remisión clínica, endoscópica y radiológica, la retirada de las terapias biológicas anti-factor de necrosis tumoral (anti-TNF) podría ser una opción viable y segura, según un estudio de investigadores del CIBER de Enfermedades Hepáticas e Intestinales.

Leer más: https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-pacientes-seleccionados-eii-remision-clinica-retirada-anti-tnf-podria-ser-opcion-segura-20250210142606.html

Medios especializados



Batería de resoluciones de procesos selectivos en la sanidad madrileña: consúltalos aquí

El BOCM ha publicado hoy la resolución de varios procesos de provisión convocados, así como tres nombramientos para cubrir jefaturas de sección en los hospitales de la comunidad

especializados en ti

Este martes, 4 de febrero, el **Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid** (BOCM) ha publicado las resoluciones de once procesos de aspirantes selectivos y se han adjudicado tres puestos para para ser jefe de sección de varias especialidades de diferentes hospitales públicos de la comunidad autónoma madrileña.

Según las resoluciones, se publica el listado definitivo de admitidos y excluidos para los procesos de aspirantes selectivos para el puesto de jefe de sección de especialidades como **Anestesiología y Reanimación, Reanimación Pediátrica** en "La Paz" y **Oncohematología Pediátrica**, **Cardiología** con perfil en Críticos Cardiológicos y Hospitalización y Innovación Terapéutica y **Medicina de Precisión**, Pediatría y sus Áreas Específicas con perfil en **Neonatología**, en el Hospital Universitario del "12 de Octubre".

Asimismo, se ha determinado los procedimientos para puestos como jefe de sección de **Medicina Interna y Enfermedades o Neumología** (Atención Ambulatoria, Proceso Agudo en Hospitalización y Coordinación de Calidad). De igual modo, estos responsables desarrollaran sus nuevas tareas en los hospitales universitario de "La Paz" y "La Princesa", respectivamente.

Medios nacionales



EL MUNDO España Opinión Actualidad Económica Internacional Deportes Cultura Menú

LOC | Casa Real Celebrities Famosos Qué fue de

CUCHE AVEC MOI

Donar médula (y volver del Atleti a tu receptor)

2 comentarios

Sergio Pena Menchero, amos

Beatriz Miranda

Actualizado Lunes, 10 febrero 2020 - 18:04

SANGRE DE MI SANGRE. Me hice donante altruista de médula hace 12 años. Me animó mi tía **Pilu**, hematóloga. Ya había donado sangre en la facultad y por qué no dar un paso más. La cosa era sencilla. Ibas a hacerte un análisis a La Paz y pasabas a formar parte de una lista de candidatos. "No creo que te llamemos

Me hice donante altruista de médula hace 12 años. Me animó mi tía **Pilu**, hematóloga. Ya había donado sangre en la facultad y por qué no dar un paso más. La cosa era sencilla. Ibas a hacerte un análisis a La Paz y pasabas a formar parte de una lista de candidatos. "No creo que te llamemos nunca, es difícil encontrar compatibilidad fuera de la familia, pero a veces sucede el milagro", me dijeron. Recuerdo que mi padre me acompañó y se ofreció, pero no se admiten donantes mayores de 40. Un par de años después, me casé y mi padre murió de cáncer. Tuve un hijo, luego otro. Murió Pilu, también de cáncer. Pasó el tiempo hasta que hace tres meses sonó el teléfono. El Centro de Transfusiones de la Comunidad de Madrid al habla. Alguien necesitaba mi médula, me convocaron en su centro de Vicálvaro y allá fui a confirmar la compatibilidad. Me sacaron unos cuantos tubos de sangre y me explicaron el procedimiento. Yo me había quedado en que te metían en quirófano y te hacían una punción lumbar. Sin embargo, a día de hoy, la técnica es menos invasiva. En casos excepcionales se sigue haciendo así, pero lo habitual ahora es donar por sangre periférica. Esto consiste en que, durante cuatro días, te inyectas vía intramuscular un medicamento [factores de crecimiento] que estimula la médula y produce que ésta lance a tu torrente sanguíneo más células madre de las que produces normalmente. Al quinto día, vas al hospital, donde te conectan a una máquina tipo diálisis durante unas horas para filtrar ese excedente de células, que trasplantarán al receptor, por lo general paciente oncológico (leucemia, linfoma, etc), en el menor tiempo posible para salvar su vida.

La semana pasada confesé aquí mis miedos según se acercaba el día D. No conocía a ningún donante, pero **Eduardo Verbo** me recordó que **Fiona Ferrer** había donado médula a su madre. No la salvó de la leucemia que padecía, pero le regaló un año de vida. Fiona me dejó tranquila

con sus recomendaciones y apoyo, y luego todo ha resultado más fácil de lo que pensaba, aparte de que me trataron cual infanta de España en hospital de la Princesa donde llevaron mi donación. No voy a engañar a nadie, esto no es apto para gente muy aprensiva. Sin embargo, doy mi palabra de que no duele ni cuesta gran esfuerzo, y aunque las inyecciones producen síntomas parecidos a los de una gripe leve, el proceso resulta muy gratificante. Salí del hospital feliz, como si hubiera tenido otro niño. Nunca sabré la identidad de mi receptor, sólo sé que es alguien más joven que yo, así que no se trata de **Sergio Peris-Mencheta**, me cachis, con lo *atractif* que es y del que sé se está recuperando. En el periódico me choteaban con que a ver si va a ser un etarra, o el marido de **Gisèle Pelicot**. Cabrones. Sea quien sea, Dios quiera que pueda curarle. Me dijeron los médicos que el trasplante cambia el grupo sanguíneo al receptor, quien a partir de ahora tendrá el mío. Me hace gracia pensar que igual también se vuelve del Atleti, empieza a criticar a Bertín Osborne, a leer el ¡Hola!, a escuchar a Billie Eilish y a comer piparras. También me contaron que si comete un crimen y deja huellas biológicas, me convertiría en sospechosa porque ahora también las compartimos. Todo es de novela. Pero bueno, a lo que iba: animaos. Donad Médula. Salvad Vidas. Y viva la Fundación **Josep Carreras**.

Medios especializados



Un equipo internacional de investigadores ha logrado un avance sin precedentes en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca avanzada. Se trata del primer parche de cardiomiocitos derivados de células madre, implantado con éxito en modelos animales y en humanos, que ha demostrado una retención prolongada de hasta seis meses, mejoría de la función cardíaca y una integración vascular efectiva.

Este desarrollo, publicado en la revista Nature, ha sido clave para la aprobación del primer ensayo clínico en el mundo con este tipo de injerto en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada. Los resultados iniciales han mostrado la capacidad del parche para fortalecer el músculo cardíaco y mejorar su función, un hallazgo que podría cambiar el tratamiento de esta grave patología.

Un trasplante biológico con potencial revolucionario

El equipo de investigación, dirigido por Wolfram-Hubertus Zimmermann, del Centro Médico Universitario de Alemania, ha confirmado que el implante de este parche mejora la función del corazón sin generar efectos adversos graves. A diferencia de intentos previos con células madre inyectadas en el miocardio o liberadas en arterias coronarias, esta técnica evita arritmias y procesos tumorales, los principales obstáculos en terapias anteriores.

Cada parche contiene hasta 200 millones de células, que se adhieren a la pared cardíaca y refuerzan su capacidad de bombeo. “Ahora disponemos, por primera vez, de un trasplante biológico cultivado en laboratorio que tiene el potencial de estabilizar y fortalecer el músculo cardíaco”, destacan los investigadores.

De los macacos a los humanos: un camino prometedor

El éxito de los ensayos preclínicos en macacos rhesus permitió avanzar al estudio en humanos. Hasta la fecha, 15 pacientes han recibido implantes con dosis variables de células madre, con

resultados positivos en términos de seguridad y eficacia. Se prevé avanzar a un ensayo clínico de fase III, lo que acercaría esta tecnología a su uso generalizado en hospitales.

El Dr. Pablo Díez Villanueva, responsable de Insuficiencia Cardíaca del Hospital Universitario de La Princesa, advierte que, si bien los resultados son prometedores, es necesario ampliar la investigación en un mayor número de pacientes antes de considerar esta técnica como estándar en el tratamiento.

Una alternativa al trasplante de corazón

El trasplante cardíaco es la opción más efectiva para la insuficiencia cardíaca avanzada, pero solo está disponible para menos del 1 % de los pacientes. Esta nueva técnica podría beneficiar al 99 % restante, quienes enfrentan una mortalidad del 50 % en los primeros 12 meses bajo cuidados paliativos.

“El objetivo no es reemplazar el corazón, sino mejorar su función contráctil”, explica Zimmermann. De hecho, esta tecnología permite implantar tejido cardíaco 3D entre distintos individuos, lo que reduce costos y mejora la disponibilidad de los tratamientos, según destaca Manu Mazo, investigador de la Universidad de Navarra.

Un español en el equipo pionero

Entre los miembros del equipo se encuentra el español Ignacio Rodríguez-Polo, del Francis Crick Institute de Londres. “Mi papel en este estudio se centró en la fase preclínica con macacos y en optimizar la eficiencia con la que estas células se diferencian en cardiomiocitos”, explica.

Según Rodríguez-Polo, este avance, junto con más de 100 ensayos clínicos en marcha que investigan el uso de células madre para tratar enfermedades cardíacas, neurodegenerativas y oftalmológicas, representa un paso fundamental para que estas terapias se conviertan en tratamientos accesibles para miles de pacientes.

El futuro de la medicina regenerativa

Este estudio marca un hito en la lucha contra la insuficiencia cardíaca avanzada. Si los ensayos continúan arrojando resultados positivos, el implante de parches de músculo cardíaco cultivado en laboratorio podría revolucionar la cardiología moderna y ofrecer una nueva esperanza a millones de personas en todo el mundo.

Medios especializados



Las terapias biológicas anti-factor de necrosis tumoral (TNF) han supuesto un antes y un después en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), permitiendo a muchos pacientes mantener la enfermedad controlada. Sin embargo, su uso prolongado plantea dilemas importantes por sus desventajas para el paciente y para el propio sistema sanitario. Por un lado, pueden provocar **efectos adversos** (mayor riesgo de infecciones, reacciones a su administración o la pérdida de eficacia con el tiempo debido al desarrollo de resistencia al fármaco). Por otro, su **elevado coste** supone un desafío para la sostenibilidad de los sistemas de salud, especialmente si existen alternativas viables para determinados pacientes. Por ello, la comunidad científica se ha preguntado si, en determinados pacientes, podría ser seguro suspender estos fármacos una vez alcanzada la remisión, sin aumentar significativamente el riesgo de recaídas.

Ahora, una investigación pionera liderada por Javier P. Gisbert y María Chaparro, especialistas en Digestivo en el Hospital Universitario de La Princesa y del área de Enfermedades Hepáticas y Digestivas del CIBER, ha arrojado resultados prometedores. Este ensayo clínico, realizado en 33 hospitales de toda España, analizó la evolución de **140 pacientes con colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn** que llevaban al menos seis meses en remisión clínica bajo tratamiento con anti-TNF a dosis estándar. Los participantes se dividieron en dos grupos: uno continuó con la medicación y otro la suspendió; y en ellos se evaluó su evolución tanto clínica como de las lesiones intestinales y de los marcadores inflamatorios.

Tras un año de seguimiento, el **84% de los pacientes que mantuvieron el tratamiento y el 76% de los que lo suspendieron seguían en remisión clínica**, sin diferencias significativas en la

presencia de lesiones detectadas mediante endoscopia. No obstante, en el grupo que suspendió el tratamiento se observó una mayor proporción de pacientes con **calprotectina fecal elevada**, un marcador de inflamación intestinal. En cuanto a la seguridad, los efectos adversos graves fueron poco frecuentes en ambos grupos (4% en los que continuaron con anti-TNF y 7% en los que lo suspendieron).

Así, los autores del estudio concluyen que, **en pacientes seleccionados que se encuentren en remisión clínica, endoscópica y radiológica, la retirada de los anti-TNF podría ser una opción viable y segura**. Sin embargo, insisten en la necesidad de un seguimiento estrecho para detectar a tiempo cualquier signo de reactivación de la enfermedad.

Este hallazgo abre la puerta a un enfoque más personalizado en el tratamiento de la EII, ajustando las terapias según la evolución de cada paciente y optimizando el balance entre eficacia y seguridad. El estudio, financiado por el Instituto de Salud Carlos III y respaldado por el Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU), ha sido publicado recientemente en la prestigiosa revista **GUT**. Además, ha recibido el reconocimiento internacional con el **Investigator Initiated Study Award** en el congreso de la European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO), entre otros galardones.

Medios especializados



El primer **parche de cardiomiocitos** derivados de células madre cultivadas en laboratorio, implantado como un injerto ha demostrado retención prolongada (hasta seis meses) y mejoría dependiente de la dosis en la pared cardíaca, tanto en **macacos** sanos como en aquellos con insuficiencia cardíaca inducida. Los análisis confirmaron la **retención celular y la vascularización funcional**.

Estos hallazgos, publicados en *Nature*, apoyaron la aprobación de un ensayo clínico en humanos, donde se confirmó la remuscularización en un paciente con insuficiencia cardíaca avanzada.

Los resultados de esta investigación han sido cruciales para la aprobación del primer ensayo clínico del mundo para reparar el corazón de personas con insuficiencia cardíaca avanzada mediante implantes de músculo cardíaco de ingeniería tisular desarrollados en el laboratorio. “Ahora disponemos, por primera vez, de un trasplante biológico cultivado en laboratorio, que tiene el potencial de estabilizar y fortalecer el músculo cardíaco”, resaltan los investigadores.

El equipo, liderado por **Wolfram-Hubertus Zimmermann**, director del Departamento de Farmacología y Toxicología del Centro Médico Universitario de Alemania, que incluye a un español, ha destacado que este parche no solo mejora la función cardíaca, sino que también contribuye a la regeneración del tejido dañado.

Doscientos millones de células

Compuestos por hasta 200 millones de células, los parches mejoran la función cardiaca mediante la remuscularización (formación de nuevo músculo cardiaco) y las técnicas de imagen y el análisis de tejidos confirman que las células del músculo cardiaco implantadas se mantienen con inmunosupresión y refuerzan la función de bombeo del corazón.

“Los parches contribuyen a una mejora de las contracciones del músculo cardiaco y esto se traduce en una mejora del bombeo de todo el corazón. Así es al menos como interpretamos nuestros hallazgos en el mono y esto es también lo que estamos investigando en los pacientes”, explicó, en rueda de prensa online, Zimmermann,

La prueba previa del parche en **macacos Rhesus** ha sentado las bases para la primera investigación en humanos. Se han tratado 15 pacientes con dosis variables de células madre incluidas en el parche y se planea **avanzar a un ensayo de fase III**, por los buenos resultados obtenidos en seguridad, según señalaron los investigadores en su encuentro con los periodistas.

Este avance promete una solución innovadora para la insuficiencia cardiaca avanzada y ha superado los problemas con los que se habían enfrentado iniciativas previas utilizando células madre, que se hacían llegar a través de inyecciones en el propio miocardio o bien liberando las células en las arterias del corazón para que se difundieran por el tejido cardiaco.

A diferencia de estos intentos anteriores, el nuevo parche, que se coloca directamente en el pericardio (la capa que protege al músculo cardiaco), no ha provocado arritmias ni procesos tumorales, los dos grandes obstáculos previos, que ahora parecen estar superados, como destacan los investigadores.

“Las células madre, por su **capacidad de diferenciarse hacia varios tipos celulares** y de crecer o dividirse muchas veces, pueden terminar generando procesos tumorales. Y otro de los riesgos era que al estar imbricado [el injerto] dentro del miocardio, podía dar lugar a alteraciones de la conducción eléctrica (arritmias), explica **Pablo Díez Villanueva**, responsable de Insuficiencia Cardiaca del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de La Princesa, que no ha participado en el estudio alemán.

Ensayos con un mayor número de pacientes

Este experto resalta que se trata de un **resultado alentador**, pero debe manejarse con prudencia hasta que se comprueben en un grupo mayor de pacientes.

Los investigadores que han llevado a cabo este logro señalan que esta nueva técnica no está destinada a reemplazar los trasplantes de corazón, que sólo están disponibles para menos del 1 % de los pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada, una patología que no responde al tratamiento y que tiene un pronóstico sombrío.

“En cambio, la técnica ofrece una opción alternativa para el 99 % restante de pacientes que enfrentan una mortalidad del 50 % en los primeros 12 meses bajo cuidados paliativos. La técnica se centra en implantar un parche que, aunque no sustituye al corazón, ayuda a mejorar su función contráctil”, resalta Zimmermann.

Para **Manu Mazo**, investigador principal del grupo de Ingeniería de tejidos Cardíacos de la Universidad de Navarra, y sin relación con la investigación alemana, la importancia de este nuevo procedimiento está en que permite realizar implantes de tejido 3D cardíaco entre individuos distintos (no autólogo). “Este método mejora la logística y reduce significativamente

los costos, facilitando el acceso a terapias que actualmente son caras y tardan en llegar a la clínica".

La investigación en este campo es crucial y la financiación adecuada puede llevar a desarrollos significativos, como la posibilidad futura de fabricar corazones completos en el laboratorio, avanza Manu Mazo.

Un español del Francis Crick Institute

Entre los integrantes de este equipo interdisciplinar está el español **Ignacio Rodríguez-Polo**, actualmente en el Stem Cell and Human Developmental Lab, del Francis Crick Institute, en Londres: "Mi papel en este trabajo, junto con mis compañeros en el Centro de Primates, se centró en la parte preclínica del estudio, específicamente en el trabajo con macacos. Además, colaboramos con el grupo de Zimmermann en la mejora de la eficiencia con la que estas células pueden diferenciarse en cardiomiocitos", detalla a SINC.

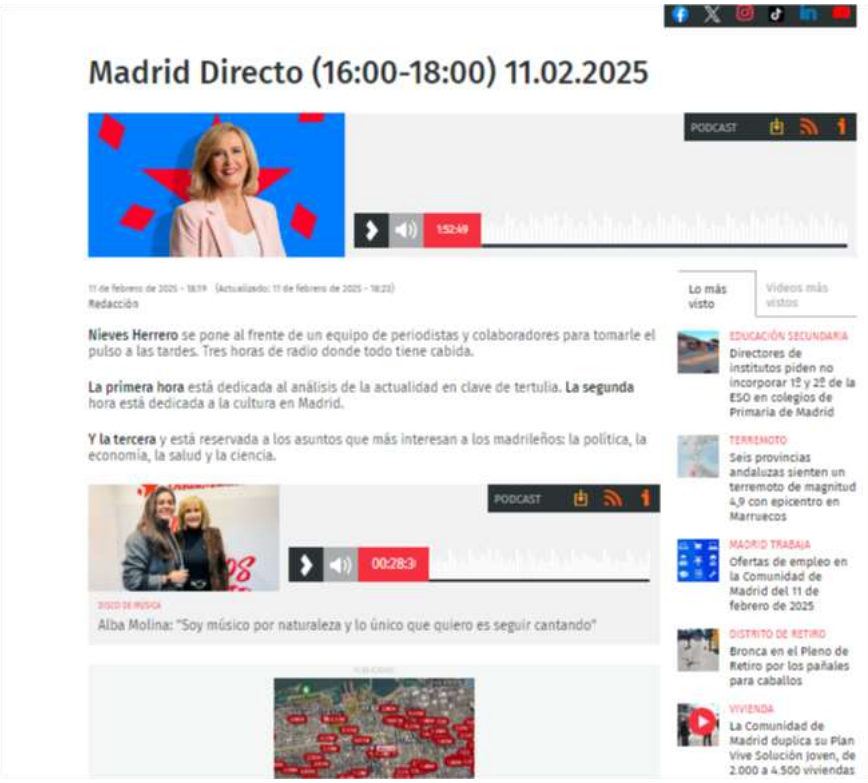
Para generar los parches cardíacos, explica Rodríguez-Polo, fue necesario producir iPSCs de diferentes macacos en un corto periodo de tiempo y diferenciar cada una de las líneas celulares en grandes cantidades de cardiomiocitos. Este proceso permitió generar los parches necesarios para el estudio.

"En mi opinión, este trabajo, junto con otros ensayos clínicos (más de 100 actualmente) que implican el trasplante de células derivadas de **células madre pluripotentes** para tratar enfermedades cardíacas y otras patologías como el párkinson o enfermedades oculares, representa un avance importante para que estas terapias se conviertan en parte del tratamiento de muchos pacientes", concluye.

Este estudio ha significado un paso más hacia lo que según los investigadores, está cada vez más cerca: tratar a pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada de manera efectiva, algo que no es posible en la actualidad.

Si los resultados son positivos, **esta tecnología podría revolucionar el tratamiento de la insuficiencia cardíaca avanzada**, ofreciendo esperanza a millones de personas en mundo que padecen esta devastadora enfermedad.

Medios locales



https://www.telemadrid.es/programas/madrid-directo-om/Madrid-Directo-1600-1800-11022025-9-2751714820--20250211061925.html

Minuto 1:42:10 a minuto 1:43:26

“Catorce investigadoras del Hospital Universitario de La Princesa…”

Medios nacionales



consumidor global

Buscar ver todo Suscribase Inicie sesión PT | ES

Noticias Alimentación Bienestar Hogar Moda y belleza Tecnología Entretenimiento Quiénes somos

Bienestar

¿Qué hospital madrileño elegir para operar a mi hijo?

La cirugía pediátrica es una especialidad médica que requiere de una alta precisión y experiencia debido a las particularidades anatómicas y fisiológicas de los niños. En Madrid, los tiempos de espera para estas intervenciones varían entre hospitales

Doctores operan en el quirófano de un hospital / PIXABAY

11 febrero 2025 Alejandro Teroero Garola

Compartir

La cirugía pediátrica es una de las especialidades quirúrgicas más delicadas. Dada la complejidad y las diferencias anatómicas y fisiológicas de los niños, es crucial elegir un hospital que cuente con profesionales con experiencia en el manejo de este tipo de intervenciones, así como con instalaciones adaptadas a las necesidades de los pequeños, incluyendo áreas de cuidados intensivos neonatales y atención integral.

La **cirugía pediátrica** es una de las especialidades quirúrgicas más delicadas. Dada la complejidad y las diferencias anatómicas y fisiológicas de los niños, es crucial elegir un hospital que cuente con **profesionales con experiencia** en el manejo de este tipo de intervenciones, así como con instalaciones adaptadas a las necesidades de los pequeños, incluyendo áreas de cuidados intensivos neonatales y atención integral.

Otro de los factores decisorios son los tiempos de espera. Entre los hospitales del grupo 3 -de alta complejidad-, se aprecian notables diferencias para una cirugía pediátrica. Los que **menor demora** acumulan son la **Fundación Jiménez Díaz** con 26,23 días; el **Hospital Universitario Gregorio Marañón** con 39,08 días y el **Ramón y Cajal** con 39,25. Por su parte, en el Hospital Clínico San Carlos la espera media es de 44,4 días; en el Puerta de Hierro Majadahonda, de 51,03; y en el 12 de Octubre, de 63,49 días.

De todos ellos, **la Paz** es el hospital del grupo 3 que más demora acumula con 70,5 días y casi mil menores (999) a la espera de una operación. Sin embargo, a pesar de sus tiempos de

espera elevados, este hospital constituye un referente en múltiples aspectos, como los trasplantes pediátricos, el manejo de patologías complejas (cuenta con una unidad del niño crónico complejo), medicina materno-fetal (el único en Madrid), neonatología, nefrología, digestivo, alergia... Además de una UCI Pediátrica potente y una Unidad Neonatal (nivel III-C con todas las edades gestacionales).

Por su parte, el **Hospital Universitario de La Princesa**, no cuenta con un servicio de Pediatría ni de Cirugía Pediátrica, sin embargo, colabora con el **Hospital Universitario Infantil Niño Jesús** para realizar intervenciones quirúrgicas en niños y adolescentes con enfermedades específicas.

Entre los hospitales de media complejidad que realizan cirugías pediátricas destacan por sus bajos tiempos de espera el **Hospital Universitario General de Villalba** con 14,67días y el **Hospital Universitario Rey Juan Carlos** con 18,44. El Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla y el Hospital Universitario de Torrejón, superan el mes de espera con 49,14 y 44,69 días respectivamente.

Atención integral a los niños

La Fundación Jiménez Díaz, el hospital de gran complejidad con menores tiempos de espera para cirugía pediátrica, destaca por ofrecer una **atención integral a niños**, trabajando en estrecha colaboración entre pediatras, cirujanos pediátricos, enfermeras y otros especialistas. Este enfoque multidisciplinar permite un tratamiento más personalizado y eficiente. Cuenta con una unidad especializada en la que se abordan casos complejos y su equipo está formado por cirujanos pediátricos altamente cualificados que utilizan técnicas avanzadas. También tiene una sólida reputación en el tratamiento de malformaciones congénitas y enfermedades raras que requieren intervenciones quirúrgicas complejas.

La Fundación Jiménez Díaz se apoya en la investigación para ofrecer las últimas innovaciones en diagnóstico y tratamiento a los más pequeños, lo que incluye el uso de **técnicas de cirugía mínimamente invasiva**. También se involucra en proyectos de investigación que impulsan el avance de la medicina pediátrica, lo que mejora constantemente los resultados de salud para los niños. Además, ofrece programas de formación continua para los profesionales de la salud.

El segundo hospital en menores tiempos de espera para cirugías pediátricas, el Gregorio Marañón, es un referente nacional e internacional en **neonatología**. Cuenta con una de las mejores unidades de todo el país. Otro campo destacable del centro es la especialidad de cardiología y cirugía cardiaca pediátrica. Los niños que padecen cardiopatías congénitas, desde que nacen hasta la edad adulta, reciben un buen seguimiento en este hospital. Igualmente, la unidad neonatal posee amplios conocimientos en el manejo de pacientes pre y postquirúrgicos cardiacos.

Un centro especializado en cuidados de pediatría

En la Comunidad de Madrid, el Hospital Niño Jesús, es también un centro de referencia en pediatría y cuenta con la especialidad de cirugía pediátrica, su tiempo medio de demora es de 44,49 días. El número de pacientes a la espera de una intervención el pasado mes de diciembre era de 249. Este hospital es, según la revista estadounidense ***Newsweek***, uno de los mejores del mundo en pedriatría. Concretamente aparece en **el puesto 25 mundial en el ranking** que elabora la publicación y que reconoce a los complejos sanitarios más sobresalientes internacionalmente en doce campos de la medicina.

El Niño Jesús se ha ganado el prestigio internacional como hospital monográfico y de referencia pediátrica**,** gracias a un nivel de **especialización** muy alto en su ámbito. Su enfoque lo convierte en un centro de referencia para **casos pediátricos graves y complejos**, especialmente en áreas como oncología infantil y las enfermedades raras. Cuenta con servicios de referencia entre los que cabe destacar: hemato-oncología, neurología, urgencias, UCI pediátrica, dermatología, psiquiatría (con su gran unidad para trastornos de la conducta alimentaria) y traumatología infantil, entre otros.

Medios especializados



Infosalus

Retirar el tratamiento en pacientes de enfermedad inflamatoria intestinal en remisión sería viable y seguro

Infosalus

Newsletter

MADRID 12 Feb. (EUROPA PRESS) -

Una investigación liderada por Javier P. Gisbert y María Chaparro, del Hospital Universitario de La Princesa y del Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), ha concluido que retirar la terapia biológica anti-factor de necrosis tumoral (anti-TNF), empleada en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), en pacientes seleccionados que se encuentren en remisión

Retirar el tratamiento en pacientes de enfermedad inflamatoria intestinal en remisión sería viable y seguro

Una investigación liderada por Javier P. Gisbert y María Chaparro, del Hospital Universitario de La Princesa y del Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), ha concluido que retirar la terapia biológica anti-factor de necrosis tumoral (anti-TNF), empleada en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), en pacientes seleccionados que se encuentren en remisión "podría ser una opción viable y segura".

Leer más: https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-retirar-tratamiento-pacientes-enfermedad-inflamatoria-intestinal-remision-seria-viable-seguro-20250212130807.html

Medios locales



Un total de 14 investigadoras del Hospital Universitario de La Princesa y de su Instituto de Investigación Sanitaria (IIS-Princesa), figuran en la nueva actualización de la clasificación de investigadoras españolas elaborada por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) a partir de los perfiles científicos registrados en la base de datos de Google Académico (Google Scholar, en inglés). Dos de estas investigadoras, María Chaparro (puesto 210) y Carmen Suárez (puesto 669) se encuentran entre los 700 primeros puestos de las 10.000 investigadoras que hay en total. La presencia de estas 14 científicas demuestra, un día como hoy en el que se celebra el Día Internacional de la Mujer y la Niña en la Ciencia, el alto nivel de investigación que se practica en este centro público de la Comunidad de Madrid.

Esta lista reúne a 10.000 mujeres españolas que investigan en España o fuera del país y a mujeres investigadoras extranjeras con afiliación a instituciones españolas. Los datos se han recogido en febrero de 2025, seleccionando los perfiles de Google Scholar que incluyen el identificador ORCID (Open Researcher and Contributor ID), un identificador único para cada investigadora, y están ordenados en función de sus publicaciones y el impacto de las mismas.

Las científicas seleccionadas del Hospital Universitario de La Princesa y su Instituto de Investigación Sanitaria pertenecen a diferentes especialidades y son las doctoras María Chaparro (puesto 210) especialista del Servicio de Aparato Digestivo, coordinadora de la Unidad de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal y pertenece al grupo 38 del Instituto de Investigación Sanitaria que estudia las Enfermedades Inflamatorias esófago-gastro-intestinales. La sigue Carmen Suárez Fernández (puesto 669), jefa de Servicio de Medicina Interna y responsable del grupo de investigación 57 del IIS-Princesa sobre Nuevos Avances Diagnósticos y Terapéuticos en Enfermedades Cardiovasculares. A continuación están Hortensia de La Fuente (puesto 1.428), inmunóloga investigadora del grupo 37 sobre Marcadores Pronósticos y Predictores de Respuesta Terapéutica en Enfermedades Autoinmunes; Teresa Alarcón (puesto 1.617), facultativa del Servicio de Microbiología y responsable del grupo de investigación 52 sobre Nuevas Terapias en Patología Infecciosa; Mar Llamas Velasco (puesto 2.064), dermatóloga perteneciente al grupo de investigación 37 acerca de Marcadores Pronósticos y Predictores de Respuesta Terapeútica en Enfermedades Autoinmunes; Elena Fernández Ruiz (puesto 3.348), especialista del Servicio de Inmunología y responsable del grupo de investigación 45 acerca de Monitorización Biológica Celular y Molecular en Oncohematología; Almudena Zapatero (puesto 3.709), especialista de Oncología Radioterápica y responsable del grupo 53 de investigación sobre Medicina Individualizada en Tumores Sólidos; Noa Martín Cófreces (puesto 4.290), inmunóloga y miembro del grupo 1 sobre Comunicación Intercelular en Respuesta Inflamatoria; Rosario López Rodríguez (puesto 4.581), del Servicio de Farmacología Clínica; Olga P. Nyssen (puesto 4.732), especialista del Servicio de Aparato Digestivo y miembro del grupo 38 del IIS-Princesa que estudia las Enfermedades Inflamatorias esófago-gastro-intestinales; María José Casanova (5.561), especialista en Aparato Digestivo y miembro del grupo 38 del IIS-Princesa; Nuria Romero Laorden (7.186) oncóloga médica e investigadora del grupo 40 que estudia la medicina individualizada en tumores sólidos; Rebeca Martínez Hernández (7.393), endocrinóloga perteneciente al grupo 25 centrado en el estudio de Mecanismos y mediadores de inflamación en enfermedades endocrinas; y Alicia González Martínez (9061), neuróloga e investigadora del grupo 35 de enfermedades cerebrovasculares.

La incursión de la mujer en el mundo de la investigación va aumentando año tras año, pero todavía queda mucho por hacer. Por ello, todos los 11 de febrero se celebra el Día Internacional de la Mujer y la Niña en la Ciencia, con la intención dar visibilidad a la participación de la mujer en la ciencia, resaltar la importancia de sus aportaciones a este campo y animar a otras mujeres o niñas que sientan inquietudes investigadoras.

Medios locales



Un reciente artículo científico firmado por destacados especialistas españoles pone en tela de juicio las estrategias de reducción de daños promovidas por la industria tabacalera. El estudio, titulado "Reducción de daños en tabaco: ¿realidad o marketing?", arroja luz sobre la controversia que rodea a estos métodos y su efectividad real en el control del tabaquismo.

Los autores, Rodrigo Córdoba, Vidal Barchilón, Francisco Pascual y Joan B. Soriano, todos ellos referentes en el ámbito de la salud pública y el control del tabaco, presentan un análisis exhaustivo de las diferentes propuestas de la industria, desde la reducción del número de cigarrillos hasta los dispositivos electrónicos de liberación de nicotina (DELN).

El artículo señala: "Fumar es al mismo tiempo una adicción física y psicológica, una conducta aprendida y una dependencia social". Esta complejidad, según los expertos, hace que las soluciones simplistas propuestas por la industria sean ineficaces a nivel poblacional.

Uno de los hallazgos más sorprendentes del estudio revela que "fumar un solo cigarrillo al día supone el 50% del riesgo cardiovascular de fumar 20 cigarrillos". Esta afirmación desafía la creencia común de que reducir el consumo disminuye significativamente los riesgos para la salud.

Los cigarrillos electrónicos y vapeadores, a menudo promocionados como una alternativa más segura, son objeto de una crítica especialmente dura. El estudio afirma: "No hay evidencia concluyente de que la sustitución del cigarrillo por dispositivos electrónicos de liberación de nicotina reduzca el daño poblacional". De hecho, la investigación sugiere que estos productos podrían estar exacerbando el problema, especialmente entre los jóvenes.

Los autores advierten sobre el peligro del "consumo dual", afirmando que estos dispositivos "promueven el consumo dual en adultos consumidores (60-80%)" y "facilitan la transición al consumo de tabaco en menores, multiplicando por 3 el riesgo de inicio".

El artículo también aborda las preocupaciones sobre el potencial cancerígeno de los vapeadores. Los autores señalan que "el efecto carcinógeno se está investigando, pero se ha establecido que el aerosol del cigarrillo electrónico puede modificar el ADN". Además, mencionan que "hay indicios en modelos experimentales con ratones y evidencia poblacional en humanos de la relación entre vapeo y cáncer de pulmón".

Un aspecto crucial del estudio es la refutación del mito del "núcleo duro" de fumadores que supuestamente nunca dejarán el tabaco. Los expertos argumentan que "la hipótesis del núcleo duro debería descartarse" basándose en la evidencia disponible. Afirman que "el control del tabaco reduce la prevalencia del tabaquismo y fomenta una población fumadora más susceptible a intervenciones basadas en la evidencia".

Las conclusiones del estudio son contundentes: "El balance beneficio/riesgo de la denominada reducción de daños por la industria del tabaco es claramente desfavorable para la salud pública".

Los expertos proponen alternativas basadas en evidencia científica, como "el aumento del precio, la equiparación de la legislación de todos los productos del tabaco o relacionados con el tabaco, la ampliación de los espacios libres de humo de cualquier dispositivo y el acceso a tratamientos con evidencia científica".

Este estudio representa un toque de atención para las autoridades sanitarias y la sociedad en general, cuestionando las tácticas de marketing de la industria tabacalera y abogando por políticas más estrictas y efectivas en el control del tabaquismo. Los autores subrayan que "la realidad es que las interferencias de la industria en las políticas de control del tabaco contribuyen a la ralentización de la caída de la prevalencia de fumadores en nuestro país".

La batalla contra el tabaco, según estos expertos, está lejos de terminar, y requiere un enfoque basado en la ciencia y no en las promesas de la industria. El artículo concluye que "las estrategias con más evidencia para el control del tabaquismo pasan por desarrollar aquellas en relación con el aumento del precio, la equiparación de la legislación de todos los productos del tabaco o relacionados con el tabaco, la ampliación de los espacios libres de humo de cualquier dispositivo y el acceso a tratamientos con evidencia científica".

Sobre los autores:

Rodrigo Córdoba es médico de familia y profesor asociado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. Vidal Barchilón es tutor de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en la Unidad Docente de Cádiz y ha sido Director del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. Francisco Pascual es presidente de Socidrogalcohol y del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. Joan B. Soriano es profesor asociado de Medicina en el Hospital Universitario de la Princesa y la Universidad Autónoma de Madrid.

Medios especializados



MENÚ ConSalud.es NEWSLETTER

de la medicina

HOME › PROFESIONALES

¿Es posible suspender el tratamiento biológico en enfermedad inflamatoria intestinal en remisión?

Los doctores Javier P. Gisbert y María Chaparro han liderado una investigación pionera sobre la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) para conocer el impacto de suspender el tratamiento en las recaídas

CS REDACCIÓN CONSALUD

INNOVACIÓN · ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL
TRATAMIENTOS

Los doctores Javier P. Gisbert y María Chaparro, del Hospital Universitario de La Princesa y del CIBEREHD, han liderado una **investigación pionera** sobre la **enfermedad inflamatoria intestinal (EII)** que ha evaluado un cambio en el tratamiento para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Las terapias biológicas anti-factor de necrosis tumoral (TNF) han supuesto un antes y un después en el tratamiento de la enfermedad, permitiendo a muchos pacientes mantener la enfermedad controlada. Sin embargo, su uso prolongado plantea dilemas importantes por sus desventajas para el paciente y para el propio sistema sanitario.

En este sentido, los investigadores detacan que pueden provocar efectos adversos (mayor riesgo de **infecciones**, **reacciones** a su administración o la **pérdida de eficacia** con el tiempo debido al desarrollo de resistencia al fármaco). Por otro, su elevado coste supone un desafío para la sostenibilidad de los sistemas de salud, especialmente si existen alternativas viables para determinados pacientes. Por ello, la comunidad científica se ha preguntado si, en

Spotify Premium
Saltos ilimitados, ritmo sin fin. Escucha música siempre que quieras con Spotify Premium. Pruébalo 1 mes gratis.
HAZTE PREMIUM

Los doctores Javier P. Gisbert y María Chaparro, del Hospital Universitario de La Princesa y del CIBEREHD, han liderado una investigación pionera sobre la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que ha evaluado un cambio en el tratamiento para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Las terapias biológicas anti-factor de necrosis tumoral (TNF) han supuesto un antes y un después en el tratamiento de la enfermedad, permitiendo a muchos pacientes mantener la enfermedad controlada. Sin embargo, su uso prolongado plantea dilemas importantes por sus desventajas para el paciente y para el propio sistema sanitario.

En este sentido, los investigadores detacan que pueden provocar efectos adversos (mayor riesgo de infecciones, reacciones a su administración o la pérdida de eficacia con el tiempo debido al desarrollo de resistencia al fármaco). Por otro, su elevado coste supone un desafío para la sostenibilidad de los sistemas de salud, especialmente si existen alternativas viables para determinados pacientes. Por ello, la comunidad científica se ha preguntado si, en

determinados pacientes, podría ser seguro suspender estos fármacos una vez alcanzada la remisión, sin aumentar significativamente el riesgo de recaídas.

El pionero ensayo clínico, realizado en 33 hospitales de toda España, analizó la evolución de 140 pacientes con colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn que llevaban al menos seis meses en remisión clínica bajo tratamiento con anti-TNF a dosis estándar. Los participantes se dividieron en dos grupos: uno continuó con la medicación y otro la suspendió; y en ellos se evaluó su evolución tanto clínica como de las lesiones intestinales y de los marcadores inflamatorios.

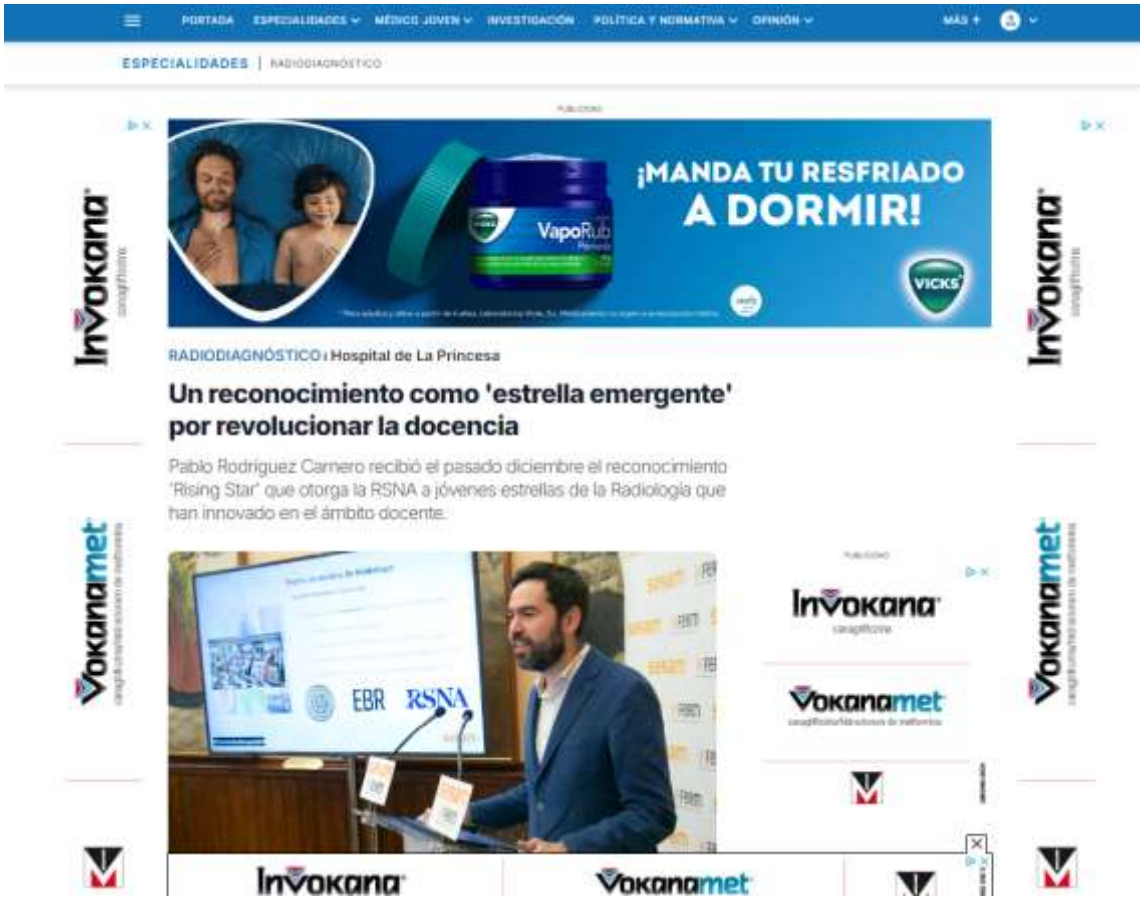
Tras un año de seguimiento, el 84% de los pacientes que mantuvieron el tratamiento, y el 76% de los que lo suspendieron, seguían en remisión clínica

Tras un año de seguimiento, el 84% de los pacientes que mantuvieron el tratamiento, y el 76% de los que lo suspendieron, seguían en remisión clínica, sin diferencias significativas en la presencia de lesiones detectadas mediante endoscopia. No obstante, en el grupo que suspendió el tratamiento se observó una mayor proporción de pacientes con calprotectina fecal elevada, un marcador de inflamación intestinal. En cuanto a la seguridad, los efectos adversos graves fueron poco frecuentes en ambos grupos (4% en los que continuaron con anti-TNF y 7% en los que lo suspendieron).

Así, los autores del estudio concluyen que, en pacientes seleccionados que se encuentren en remisión clínica, endoscópica y radiológica, la retirada de los anti-TNF podría ser una opción viable y segura. Sin embargo, insisten en la necesidad de un seguimiento estrecho para detectar a tiempo cualquier signo de reactivación de la enfermedad.

Este hallazgo abre la puerta a un enfoque más personalizado en el tratamiento de la EII, ajustando las terapias según la evolución de cada paciente y optimizando el balance entre eficacia y seguridad. El estudio, financiado por el Instituto de Salud Carlos III y respaldado por el Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU), ha sido publicado recientemente en la prestigiosa revista GUT. Además, ha recibido el reconocimiento internacional con el Investigator Initiated Study Award en el congreso de la European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO), entre otros galardones.

Medios especilizados



Cada año, la Sociedad Norteamericana de Radiología (RSNA, por sus siglas en inglés) otorga **nueve reconocimientos** a sendos radiólogos jóvenes que destaquen por su talento, brillantez o capacidad de innovación en el ámbito de la educación o docencia. Tres de estos premios, denominados *Rising Star*, van a parar a radiólogos de fuera de Norteamérica. Y el pasado año, uno de los tres es español.

Se trata de **Pablo Rodríguez Carnero**, radiólogo abdominal en el Hospital de La Princesa, en Madrid. Con 40 años ha sido durante ocho **tutor de residentes** -puesto al que renunció voluntariamente "para favorecer la renovación", dijo en la carta que, tras ser propuesto para el premio por la Sociedad Europea de Radiología, tuvo que enviar a la RSNA junto con su currículum.

En este tiempo, según nos ha contado, hizo méritos de sobra para recibir este galardón. Del que más orgulloso se siente es de haber logrado "una **reforma profunda** del sistema de formación del hospital". Así, formó un equipo con el que "elaboramos el primer **plan estratégico** para docencia en el que implicamos a todos los actores del proceso, desde los

residentes a los jefes de servicio". Este plan, además, fue auditado por la Sociedad Europea de Radiología, que otorgó a La Princesa con el Certificado de Excelencia ETAP, un reconocimiento con el que cuentan pocos centros en Europa y **solo tres en España**.

La principal novedad del plan fue, según Rodríguez Carnero, "dar **voz y protagonismo a los residentes**, que son los protagonistas de la formación y habitualmente son tratados como sujetos pasivos". El plan recoge "objetivos claros y concretos", reordena las rotaciones y permite "personalizar los itinerarios formativos". El objetivo es, afirma, "formar profesionales proactivos y autosuficientes".

Y de algo ha servido: desde que este plan se puso en marcha "el hospital ha subido en **número de elección de MIR**", relata.

EDUCACIÓN PARA PROFESIONALES

Pero no es esta la única iniciativa formativa que ha salido de la cabeza de Rodríguez Carnero. Cooperante desde su época de residente, ha puesto en marcha en el hospital un programa "de **educación contra el racismo** en el personal sanitario". Otro ejemplo es, consciente de la escasa formación que el profesional recibe en estos ámbitos, "formar en **oratoria**, comunicación, hablar en público, etc., contando para ello con actores profesionales y figuras de las artes escénicas".

Más allá de la formación y docencia, Rodríguez Carnero tiene vocación por la publicación médica y, tras un par de intentos, ha logrado una beca que le hacía especial ilusión y que es "muy competitiva": la **beca de editorialismo** *Albert L. Baert* de la ESR (Sociedad Europea de Radiología), que solo admite dos becarios por año y que permite "formar parte del equipo editorial de la revista de la ESR (la más importante de Radiología en Europa), presencialmente y *on line*, y, en principio, quedarte después como revisor".

Medios especializados



Categoría

Otros Eventos

Date

Viernes, 14 de Febrero de 2025

Lugar de reunión

Hospital Universitario La Princesa

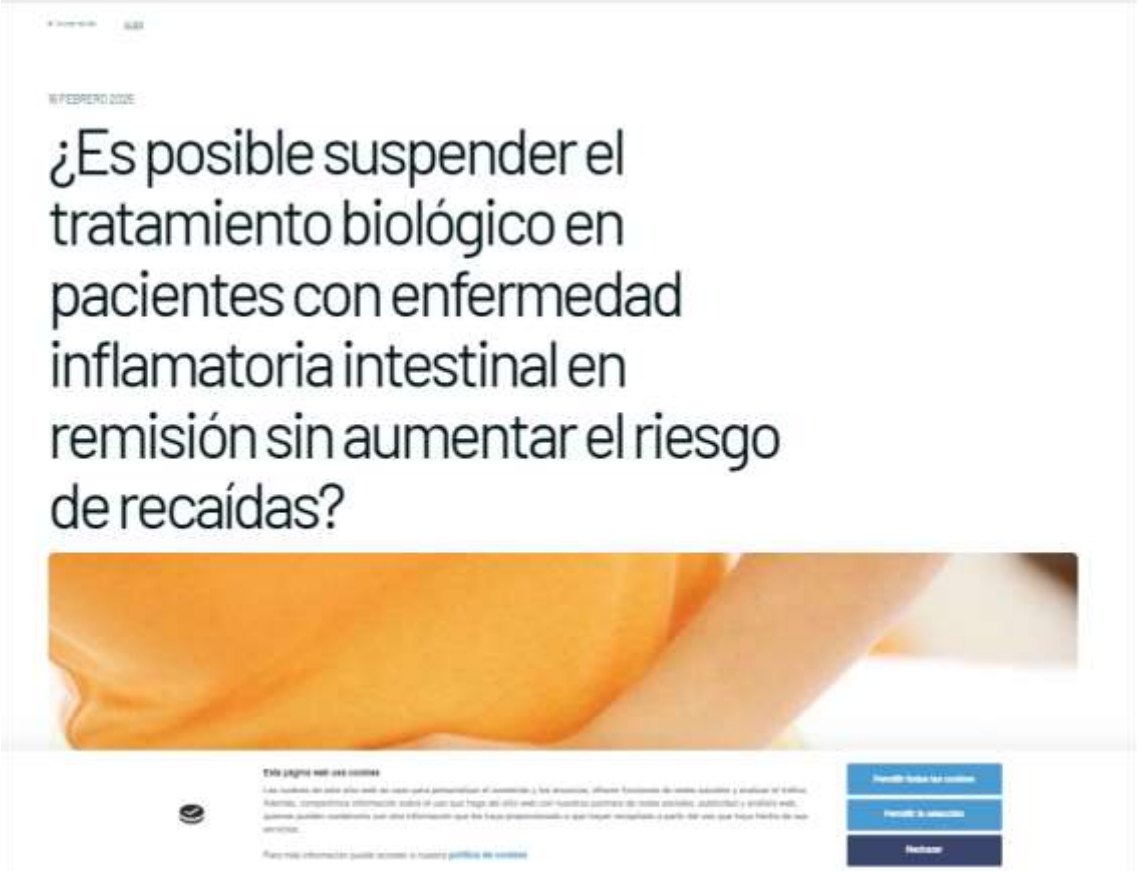
Aepovac por el Día Internacional de las Cardiopatías Congénitas tiene una mesa informativa en el hall del hospital de La Princesa.

Medios especializados



Una investigación pionera liderada por Javier P. Gisbert y María Chaparro, especialistas en Digestivo en el Hospital Universitario de La Princesa y del Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), ha arrojado resultados prometedores en el tratamiento biológico en enfermedad…

Medios especializados



Las terapias biológicas anti-factor de necrosis tumoral (TNF) han supuesto un antes y un después en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), permitiendo a muchos pacientes mantener la enfermedad controlada. Sin embargo, su uso prolongado plantea dilemas importantes por sus desventajas para el paciente y para el propio sistema sanitario.

Por un lado, pueden provocar **efectos adversos** (mayor riesgo de infecciones, reacciones a su administración o la pérdida de eficacia con el tiempo debido al desarrollo de resistencia al fármaco). Por otro, su **elevado coste** supone un desafío para la sostenibilidad de los sistemas de salud, especialmente si existen alternativas viables para determinados pacientes. Por ello, la comunidad científica se ha preguntado si, en determinados pacientes, podría ser seguro suspender estos fármacos una vez alcanzada la remisión, sin aumentar significativamente el riesgo de recaídas.

Ahora, una investigación pionera liderada por los doctores Javier P. Gisbert y María Chaparro, especialistas en Digestivo en el Hospital Universitario de La Princesa y del Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), ha arrojado resultados prometedores.

Este ensayo clínico, realizado en 33 hospitales de toda España, analizó la evolución de **140 pacientes con colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn** que llevaban al menos seis meses en remisión clínica bajo tratamiento con anti-TNF a dosis estándar. Los participantes se dividieron en dos grupos: uno continuó con la medicación y otro la suspendió; y en ellos se evaluó su evolución tanto clínica como de las lesiones intestinales y de los marcadores inflamatorios.

Tras un año de seguimiento, el **84% de los pacientes que mantuvieron el tratamiento y el 76% de los que lo suspendieron seguían en remisión clínica**, sin diferencias significativas en la presencia de lesiones detectadas mediante endoscopia. No obstante, en el grupo que suspendió el tratamiento se observó una mayor proporción de pacientes con **calprotectina fecal elevada**, un marcador de inflamación intestinal. En cuanto a la seguridad, los efectos adversos graves fueron poco frecuentes en ambos grupos (4% en los que continuaron con anti-TNF y 7% en los que lo suspendieron).

Así, los autores del estudio concluyen que, **en pacientes seleccionados que se encuentren en remisión clínica, endoscópica y radiológica, la retirada de los anti-TNF podría ser una opción viable y segura**. Sin embargo, insisten en la necesidad de un seguimiento estrecho para detectar a tiempo cualquier signo de reactivación de la enfermedad.

Este hallazgo abre la puerta a un enfoque más personalizado en el tratamiento de la EII, ajustando las terapias según la evolución de cada paciente y optimizando el balance entre eficacia y seguridad. El estudio, financiado por el Instituto de Salud Carlos III y respaldado por el Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU), ha sido publicado recientemente en la prestigiosa revista **GUT**. Además, ha recibido el reconocimiento internacional con el **Investigator Initiated Study Award** en el congreso de la European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO), entre otros galardones.

Medios especializados



iSanidad

PROFESIONALES ACTUALIDAD ANÁLISIS ENTIDADES PÚBLICAS Y PRIVADAS ISANIDADENTAL

28 días contra el Cáncer
Más allá del Día Mundial

INVESTIGACIÓN

¿Es posible suspender el tratamiento biológico en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en remisión sin aumentar el riesgo de recaídas?

Una investigación española pionera liderada por los doctores Javier P. Gisbert y María Chaparro, del Hospital Universitario de La Princesa y del Ciberehd abre nuevas perspectivas

16 de febrero de 2026

Redacción

Las terapias biológicas anti-factor de necrosis tumoral (TNF) han supuesto un antes y un después en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), permitiendo a muchos pacientes mantener la enfermedad controlada. Sin embargo, su **uso prolongado plantea dilemas importantes** por sus desventajas para el paciente y para el propio sistema sanitario, ya que puede asociarse a efectos adversos y un alto coste.

Una investigación pionera liderada por los **doctores Javier P. Gisbert** y **María Chaparro**, especialistas en Digestivo en el Hospital Universitario de La Princesa y del Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (**Ciberehd**), ha arrojado resultados prometedores. Este ensayo clínico, realizado en 33 hospitales de toda España, analizó la evolución de **140 pacientes con colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn** que llevaban al menos seis meses en remisión clínica bajo tratamiento con anti-TNF a dosis estándar. Los participantes se dividieron en dos grupos: uno continuó con la medicación y otro la suspendió; y en ellos se evaluó su evolución tanto clínica como de las lesiones intestinales y de los marcadores inflamatorios.

Tras un año de seguimiento, el 84% de los pacientes que mantuvieron el tratamiento y el 76% de los que lo suspendieron seguían en remisión, sin diferencias significativas en las lesiones endoscópicas detectadas

Johnson&Johnson
Liderando el rumbo de la medicina
Creating Possible
GILEAD
Every single day is about Changing

Las terapias biológicas anti-factor de necrosis tumoral (TNF) han supuesto un antes y un después en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), permitiendo a muchos pacientes mantener la enfermedad controlada. Sin embargo, su **uso prolongado plantea dilemas importantes** por sus desventajas para el paciente y para el propio sistema sanitario, ya que puede asociarse a efectos adversos y un alto coste.

Una investigación pionera liderada por los **doctores Javier P. Gisbert** y **María Chaparro**, especialistas en Digestivo en el Hospital Universitario de La Princesa y del Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (**Ciberehd**), ha arrojado resultados prometedores. Este ensayo clínico, realizado en 33 hospitales de toda

España, analizó la evolución de **140 pacientes con colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn** que llevaban al menos seis meses en remisión clínica bajo tratamiento con anti-TNF a dosis estándar. Los participantes se dividieron en dos grupos: uno continuó con la medicación y otro la suspendió; y en ellos se evaluó su evolución tanto clínica como de las lesiones intestinales y de los marcadores inflamatorios.

Tras un año de seguimiento, el 84% de los pacientes que mantuvieron el tratamiento y el 76% de los que lo suspendieron seguían en remisión, sin diferencias significativas en las lesiones endoscópicas detectadas

Los resultados muestran que, tras un año de seguimiento, el **84% de los pacientes que mantuvieron el tratamiento y el 76% de los que lo suspendieron seguían en remisión clínica**, sin diferencias significativas en la presencia de lesiones detectadas mediante endoscopia. No obstante, en el grupo que suspendió el tratamiento se observó una mayor proporción de pacientes con **calprotectina fecal elevada**, un marcador de inflamación intestinal. En cuanto a la seguridad, los efectos adversos graves fueron poco frecuentes en ambos grupos (4% en los que continuaron con anti-TNF y 7% en los que lo suspendieron).

Así, los autores del estudio concluyen que, en pacientes seleccionados que se encuentren en remisión clínica, endoscópica y radiológica, la retirada de los anti-TNF podría ser una opción viable y segura. Sin embargo, insisten en la necesidad de un seguimiento estrecho para detectar a tiempo cualquier signo de reactivación de la enfermedad.

El estudio concluye que en pacientes seleccionados que se encuentren en remisión clínica, endoscópica y radiológica, la retirada de los anti-TNF podría ser una opción viable y segura

Este hallazgo abre la puerta a un enfoque más personalizado en el tratamiento de la EII, ajustando las terapias según la evolución de cada paciente y optimizando el balance entre eficacia y seguridad. El estudio, financiado por el **Instituto de Salud Carlos III** y respaldado por el Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (**Geteccu**), ha sido publicado recientemente en la prestigiosa revista **GUT**. Además, ha recibido el reconocimiento internacional con el **Investigator Initiated Study Award** en el congreso de la *European Crohn's and Colitis Organisation* (ECCO), entre otros galardones.

Medios locales



El Hospital Universitario de la Princesa, centro público de la Comunidad de Madrid, conmemora el Día Mundial de la Epilepsia que se celebra hoy, con el objetivo de concienciar sobre esta patología neurológica, que afecta al 60% de la población mundial.

El centro madrileño cuenta con una Unidad especializada en Epilepsia, liderada por la doctora María DeToledo, donde se atiende anualmente a más de 500 pacientes, y además es referencia nacional en el tratamiento quirúrgico de la epilepsia refractaria (CSUR), es decir aquella que no responde a tratamiento farmacológico.

La epilepsia es una enfermedad neurológica caracterizada por crisis bruscas y episodios de descargas eléctricas anormales en las neuronas, provocando convulsiones recurrentes. Suelen ser episodios breves y pueden involucrar a una parte del cuerpo o ser generalizados.

Los síntomas más comunes consisten en confusión temporal, episodios de ausencia, pérdida de conocimiento y movimientos espasmódicos de brazos y piernas. Concretamente, en España se estima que entre 450.000 y 750.000 personas padecen algún tipo de epilepsia.

En algunos casos en los que el tratamiento farmacológico no es efectivo y no logra controlar las crisis, se opta por distintas intervenciónes quirúrgicas en función del estado del paciente.

Estas intervenciones son la resección de la zona epileptógena (extirpación del lugar del cerebro donde se originan las crisis epilépticas), la estimulación del nervio vago que ayuda a controlar las crisis convulsivas, o la estimulación cerebral profunda que consiste en implantar electrodos dentro de algunas áreas del cerebro que producen impulsos eléctricos para modular la actividad neuronal.

El equipo neuroquirúrgico del Hospital de La Princesa, que incluye neurólogos y neurocirujanos, tiene una larga trayectoria en este tipo de cirugía y por ser referencia nacional, recibe pacientes de todo el territorio español para valorar la opción quirúrgica.

Además de su faceta asistencial esta unidad está en continua evolución para ofrecer la tecnología más avanzada a los pacientes, buscando mejorar su calidad de vida.

Destaca su faceta investigadora a través de la realización de ensayos clínicos y estudios propios, así como cooperativos con otros centros para el desarrollo de nuevos fármacos antiepilépticos.

Medios nacionales



No es cierto que la ósmosis percutánea, un supuesto tratamiento que consiste en **sumergirse en la bañera con agua caliente con una alta cantidad de sal** añadida, depure la sangre y **pueda sustituir a la diálisis,** como así asegura falsamente un vídeo en redes sociales que promociona esta pseudoterapia sin ningún tipo de evidencia científica.

Mensajes en redes sociales (Facebook, Instagram) adjuntan **un vídeo de casi dos minutos de duración** en el que una persona identificada como **Alberto Martí Bosch**, quien asegura ser médico, asevera que sumergirse en un baño de agua salada **elimina ácido carbónico, ácido graso y ácido úrico** da como resultado una **ósmosis** que no duda en calificar de **diálisis percutánea**.

LA ÓSMOSIS PERCUTÁNEA NO TIENE RIGOR CIENTÍFICO

Especialistas en salud renal han asegurado a **EFE Verifica** que los beneficios a la salud de los tratamientos termales o con agua salada **no tienen ningún rigor científico** y que la única manera de depurar el organismo y deshacerse del exceso de agua en los pacientes **sin funcionalidad en los riñones es a través de la diálisis**.

En este sentido, **Borja Quiroga**, nefrólogo en el Hospital Universitario de la Princesa de Madrid**,** rechaza de lleno que el uso de baños de agua combinada con sal pueda sustituir la diálisis. *«Si fuera así, erradicaríamos las diálisis y prescribiríamos baños salados»,* ha dicho.

Aunque un **baño de agua con alto contenido en sal puede generar cierta pérdida de agua (deshidratación)**, *«las funciones del riñón y cómo la diálisis las suple son mucho más complejas, por lo que no tiene ningún sentido sustituir estos procesos por un baño con agua salada»*, precisa.

Por su parte el **Emilio Sánchez**, presidente de la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.) y jefe de la Unidad de Gestión Clínica de Nefrología del Hospital Universitario Central de Asturias, en Oviedo, asegura que para que un tratamiento sea o no eficaz frente a una dolencia debe estar basado en el método científico.

«Un ensayo clínico es la base científica a la que debe someterse cualquier terapia, comparando la evolución de dos grupos de personas, unos tratados y otros no tratados, y se valoran las diferencias», añade Sánchez, que puntualiza que no hay un solo estudio que avale su utilidad en el cuidado de los pacientes con enfermedad renal crónica.

Los datos facilitados a **EFE Verifica** por la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.) indican que en España hay un total hay 67.625 personas en Tratamiento Renal Sustitutivo, es decir, en diálisis o trasplante, de las que 29.895 están en tratamiento de diálisis.

Según el **Registro Español de Enfermos Renales** (REER), la **enfermedad renal crónica** será la segunda causa de muerte en España en el año **2100**.

EL PELIGRO DE TRATAMIENTOS SIN RIGOR CIENTÍFICO

Otra de las afirmaciones lanzadas en el vídeo por el doctor Martí Bosch es que el **agua caliente combinada con la sal** produce un efecto que él llama *«ósmosis percutánea»* que permite **eliminar ácidos carbónicos, grasos y úricos,** que ya no necesitan ser **eliminados por los pulmones, los riñones y el hígado**.

Los supuestos beneficios de este proceso son negados por el doctor Quiroga, que le ha restado credibilidad y ha asegurado que ***«no hay ninguna evidencia científica»*** que apoye su aportación positiva a la salud.

También el doctor Emilio Sánchez rechaza que un baño con agua salada pueda depurar el organismo y advierte que las redes sociales están llenas de *«personas sin conocimiento alguno, [que] propugnan ideas que pueden comprometer la supervivencia de las personas enfermas y jugar con sus esperanzas».*

UN FACULTATIVO QUE DEFIENDE PSEUDOTERAPIAS

Alberto Martí Bosch fue detenido en 2002 en el marco de una red, en la que se vieron implicados 13 médicos, que distribuía y recetaba un suplemento nutritivo a pacientes con cáncer en fase terminal, bajo la falsa promesa de que ayudaba a remitir el tumor.

A día de hoy, Martí Bosch difunde vídeos en Internet en los que defiende terapias alternativas para tratar el cáncer y otras enfermedades.

Por tanto, no es cierto que los **baños con agua salada depuren el organismo y puedan ser considerados como una diálisis**, una afirmación sin base científica y que refutan expertos en salud renal consultados por EFE Verifica.

Medios especializados



iSanidad

Acceder

PROFESIONALES | ACTUALIDAD | ANÁLISIS | ENTIDADES PÚBLICAS Y PRIVADAS | iSANIDADENTAL

Aliados contra el cáncer: abbvie AstraZeneca BERBÉS Daiichi-Sankyo Roche SIEMENS Healthineers UNITECO hm hospitales

OPINIÓN

La revista AFT y el medicamento

Si cualquier dolencia nos sumerge en un mundo miserable, el medicamento nos ayuda a salir de él.

20 de febrero de 2025

Dr. Antonio G. García, médico y catedrático emérito de la Universidad Autónoma de Madrid y presidente de la Fundación Teófilo Hernando.

Me gusta el medicamento. Me ayuda a vivir más y mejor, con una mayor calidad de vida. Cualquier dolencia, pequeña o mayor, nos sumerge en una vida miserable. Un simple dolor de muelas que no nos deja dormir; una gastroenteritis vírica; un estreñimiento pertinaz; una infección de las mil posibles; una crisis asmática; un dolor precordial por un proceso isquémico-miocárdico; un tromboembolismo venoso; una picadura de un insecto; la alergia de la primavera; la pérdida de la ilusión de vivir que acompaña a la depresión mayor; la amenaza de uno de los numerosos cánceres que nos acosan... Ahí está el medicamento para paliar tantas posibles dolencias, para devolvernos la ilusión de una nueva mañana, soleada o con lluvia, para ir al trabajo con optimismo, para charlar con los amigos, para pasear o ir al teatro, para vivir de espaldas a la enfermedad, con ánimo, con alegría, con calidad de vida. El medicamento ayuda. A veces cura. Otras, mitiga el sufrimiento. Y aún otras nos abre la puerta a la esperanza de vivir, incluso ante la amenaza de una grave enfermedad. A veces hace daño; pero casi siempre, la relación entre su beneficio y el riesgo de una indeseada reacción adversa está a favor del primero, ya que llega a nuestras manos con la bendición de la autoridad sanitaria.

Hoy sobreviven dos de esas revistas, 'Actualidad en Farmacología y Terapéutica' (AFT) y 'Prescripción de Fármacos'

He estado tan convencido de las bondades del medicamento que desde que inicié mis actividades como profesor de farmacología en la Universidad de Valladolid, vencida la mitad de la década de 1970, he buscado las mil maneras de

Creating Possible
GILEAD
Every single day is about Changing tomorrow.
astellas
Con la colaboración

Dr. Antonio G. García, médico y catedrático emérito de la Universidad Autónoma de Madrid y presidente de la Fundación Teófilo Hernando.

Me gusta el medicamento. Me ayuda a vivir más y mejor, con una mayor calidad de vida. Cualquier dolencia, pequeña o mayor, nos sumerge en una vida miserable. Un simple dolor de muelas que no nos deja dormir; una gastroenteritis vírica; un estreñimiento pertinaz; una infección de las mil posibles; una crisis asmática; un dolor precordial por un proceso isquémico-miocárdico; un tromboembolismo venoso; una picadura de un insecto; la alergia de

la primavera; la pérdida de la ilusión de vivir que acompaña a la depresión mayor; la amenaza de uno de los numerosos cánceres que nos acosan… Ahí está el medicamento para paliar tantas posibles dolencias, para devolvernos la ilusión de una nueva mañana, soleada o con lluvia, para ir al trabajo con optimismo, para charlar con los amigos, para pasear o ir al teatro, para vivir de espaldas a la enfermedad, con ánimo, con alegría, con calidad de vida. El medicamento ayuda. A veces cura. Otras, mitiga el sufrimiento. Y aún otras nos abre la puerta a la esperanza de vivir, incluso ante la amenaza de una grave enfermedad. A veces hace daño; pero casi siempre, la relación entre su beneficio y el riesgo de una indeseada reacción adversa está a favor del primero, ya que llega a nuestras manos con la bendición de la autoridad sanitaria.

Hoy sobreviven dos de esas revistas, 'Actualidad en Farmacología y Terapéutica' (AFT) y 'Prescripción de Fármacos'

He estado tan convencido de las bondades del medicamento que desde que inicié mis actividades como profesor de farmacología en la Universidad de Valladolid, vencida la mitad de la década de 1970, he buscado las mil maneras de darlas a conocer lo mejor posible a los médicos en particular y a todo el variado personal sanitario que maneja esta «espada de doble filo», en general. Y lo he hecho valiéndome de distintos medios, pero sobre todo con la creación de revistas farmacoterápicas con enfoques clínicos. Algunas de ellas que tuvieron sus momentos de esplendor, pero que luego se acabaron cerrando; tales fueron los casos de las revistas *Farmacoterapia* y *Farmacología del SNC*, la primera de carácter general y la segunda enfocada a esa bellísima y estimulante temática de la neuropsicofarmacología. ¿Habrá algo más espectacular y «misterioso» que el hecho de calmar en unos segundos la agresividad y agitación de un esquizofrénico con unos miligramos de haloperidol intravenoso? ¿O el de practicar a un paciente una intervención cardiaca con circulación extracorpórea, durante horas, sin dolor y sin conciencia? El «milagro» del fármaco, esa pequeña molécula que se une a otra más grande, el receptor, para corregir una defectuosa vía patogénica en el organismo y sanar al paciente que sufre.

Desde ámbitos universitarios y hospitalarios he puesto en marcha iniciativas para mostrar esa doble cara del medicamento, su eficacia versus su riesgo.

Tiempo ha, mis colaboradores y yo creamos las revistas *Farmacoterapia* y *Farmacología del SNC* de la mano de la editorial EDIMSA; estuvieron vivas desde mediados de la década de 1980 hasta finales del siglo pasado. Cerraron por falta de apoyos comerciales, particularmente de anuncios. Quizás la llegada de internet cambió las estrategias publicitarias de las empresas farmacéuticas o quizás no se acertó en la traslación de los contenidos de las revistas del papel al soporte electrónico. Otra posibilidad es que las revistas que actualizan los avances farmacoterápicos puedan expresar opiniones controvertidas acerca de la relación beneficio/riesgo de los fármacos, aspecto este que solo el laboratorio propietario de un determinado fármaco quiera tratar. En cualquier caso, fuera lo que fuere, el hecho es que aquellas dos aventuras editoriales fueron extinguiéndose durante sus casi dos décadas de vida.

Pero el mundo no se acaba cuando se cierra una puerta; otra se abre y nos permite de nuevo disfrutar de una bocanada de aire fresco. La Fundación Teófilo Hernando (FTH), a la que mis colaboradores y yo, con el apoyo de la familia Hernando, dimos vida en 1996 con el egregio nombre del adelantado de la farmacología española, tomó la batuta de la difusión del medicamento con los más variados medios y soportes. Entre otras muchas iniciativas para dar a conocer los avances farmacoterápicos más diversos en todos los campos de la medicina, en 2004 la FTH registró la cabecera de una nueva revista que se dio en llamar *Actualidad en*

Farmacología y Terapéutica, conocida con el acrónimo AFT. En una visita que me hizo mi recordado amigo, excelente farmacólogo de la Universidad de Málaga, profesor Felipe Sánchez de la Cuesta, acordamos que la FTH y la Sociedad Española de Farmacología (SEF) colaboráramos para dar vida a AFT. Por entonces, Felipe presidía la SEF y también una fundación asociada a la SEF, la llamada Fundación Española de Farmacología (FEF). Desde entonces, AFT se ha gestionado desde la FTH, aunque la colaboración con miembros de la SEF y sus sucesivos presidentes ha sido y es muy eficaz y cordial. Durante unos años la edición se hizo en soporte de papel; sin embargo, los costes de impresión y, sobre todo, de distribución obligaron a abandonar el papel y a utilizar el soporte electrónico.

La creación de revistas de contenidos farmacoterápicos ha sido una de esas iniciativas

La revista AFT se edita con frecuencia trimestral y puede consultarse abierta y gratuitamente en la dirección de internet de la FTH (www.fth.es) y de la SEF (www.socesfar.com). Resumo a continuación los variados e interesantes contenidos del último número de diciembre de 2024 vol. 22-Nº4. Cada número da comienzo con un editorial del presidente de la SEF, en este caso, el profesor Antonio Rodríguez Artalejo, catedrático de Farmacología de la Universidad Complutense de Madrid. Su editorial, «Poner cara» versa sobre la típica expresión facial del dolor, que hoy se puede analizar experimentalmente para el estudio de nuevos analgésicos. Hace también una incursión más psiquiátrica aludiendo a los pacientes con agnosia visual que ilustra con el libro de Oliver Sacks *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*, paradigma de un paciente, el doctor T, que carecía de un verdadero yo visual. Finalmente, en su interesante editorial Antonio hace una alusión al último Congreso de la SEF, el 41, celebrado en Palma de Mallorca en septiembre del 2024.

En mi condición de director de AFT, presenté un editorial resumiendo otro interesante congreso relacionado con la neurociencia, las enfermedades del sistema nervioso, la neurodegeneración y la neuroprotección farmacológica. El GENN-44 (acrónimo de Grupo Español de Neurotransmisión y Neuroprotección) se celebró en medio de un auténtico y denso bosque, en el balneario de Elgorriaga, en el corazón del exuberante valle navarro de Baztán. Este editorial se siguió de otros editoriales invitados que trataron, desde una óptica personal, temas tan variados como el diseño computacional de macrociclos, el premio nobel de Medicina 2024 a los descubridores de los microRNA o un comentario sobre el fallecimiento de María Isabel Martín Fontelles, una farmacóloga clínica de la Complutense. Un interesante editorial es el relacionado con la centenaria aspirina en prevención primaria cardiovascular, escrito por Francisco J. de Abajo, catedrático de Farmacología clínica de la Universidad de Alcalá de Henares, y las dudas que plantea esta indicación. Finalmente, el editorial del doctor Carlos J. Herrero, director de I+D de fármacos en las etapas tempranas de desarrollo clínico, a nivel europeo, en Johnson & Johnson, es una verdadera joya de desarrollo profesional redactado en primera persona. Un ejemplo de cómo se llega, desde el laboratorio universitario y la tesis doctoral, a un puesto de investigación clínica de tanta responsabilidad.

Dos de esas revistas pasaron por momentos de esplendor, pero luego se extinguieron

En la sección de «Artículos» destacan el que se refiere a las mucinas como nuevas herramientas para el diagnóstico y tratamiento del cáncer (Julio Cortijo y col., Universidad de Valencia), el del tratamiento de la malaria (Wilson C. Santos y col., Universidad Federal Fluminense, Brasil) o el que trata de un nuevo analgésico, la suzetrigina, primero en su mecanismo de acción bloqueando el canal de sodio Nav1.8 (Adrián Gironda-Martínez y col.), que podría abrir un nuevo capítulo en el tratamiento del dolor con fármacos no adictivos.

En otras secciones de AFT se comentan ensayos clínicos recientes y fármacos que acaban de aprobarse por las agencias reguladoras o que están en fases avanzadas de investigación. También aparece la sección de educación continuada con cinco casos clínicos farmacoterápicos y sus correspondientes respuestas razonadas. Por último, AFT no se olvida de las humanidades, tan importantes en un mundo médico-asistencial tan tecnificado y termina su número de diciembre pasado con una poesía, «En la sombra» de Evaristo Carriego, comentada por Enrique Barbero en el libro *Recetario poético de los estudiantes de Medicina de la UAM.*

En el sentir de don Teófilo Hernando, el medicamento debe ocupar el núcleo central del acto médico; no en vano lo que busca el paciente al acudir a su médico es una solución terapéutica para su enfermedad.

Hay una segunda revista que creamos el profesor Francisco Abad y yo, cuando en 1996 nos incorporamos al madrileño Hospital de La Princesa, vinculado a la Universidad Autónoma de Madrid, para dar vida al Servicio de Farmacología Clínica. La bautizamos con el nombre de *Prescripción de Fármacos*, pues en sus 28 años de vida ha recogido en sus páginas los problemas inherentes al acto médico farmacoterápico detectados en el hospital. La revista PdF se edita en el marco de una colaboración entre el Servicio de Farmacología Clínica y la FTH, tiene periodicidad bimestral y puede consultarse en la web del hospital (pronto también en la de la FTH).

¿Por qué en la reflexión que mensualmente hago en iSanidad encaja esta sobre AFT y el medicamento? Pues sencillamente porque sus médicos lectores manejan a diario esta herramienta farmacoterápica, en las dolencias del aparato digestivo, del cerebro, del renal, del cardiopulmonar, de la piel, en la infección, en el cáncer o en la miríada de procesos inflamatorios que nos atormentan.

Creo que hay que escribir y leer más sobre el medicamento, eje central del acto médico-terapéutico que es, en última instancia, lo que busca el paciente, la curación de su enfermedad o su alivio. Se escribe mucho, ciertamente, en revistas internacionales de farmacología y farmacia (hay casi 400) y, muy esporádicamente, en revistas clínicas. Pero hay que escribir y leer más, mucho más, sobre el medicamento en sí y, por supuesto, en el contexto de la enfermedad. Nosotros, desde la Fundación Teófilo Hernando, hemos apoyado este desiderátum desde hace décadas. En nuestra hermosa lengua española, tenemos más de 500 millones de potenciales lectores en todo el mundo. La revista AFT quiere acercar sus mensajes sobre el medicamento al menos a médicos, enfermeros y farmacéuticos de España, Portugal y toda Latinoamérica. No sabemos a cuantas personas llega. Lo que sí sabemos es que no cejaremos en nuestro empeño de poner al medicamento en el primer plano del acto médico. Porque así ha de ser, dada su relevancia e impacto social y porque ya hace 100 años que don Teófilo Hernando lo ubicaba en el centro de la atención médica.

Medios nacionales



ABC Salud te trae el ranking de **los mejores profesionales de cada especialidad médica** en España. Cada semana, sabrás quiénes son los **médicos más reconocidos**, elegidos por sus propios compañeros de profesión de cada rama de la medicina, según el Monitor de Reputación Sanitaria (MRS) elaborado por Merco, al que ha tenido acceso en primicia este periódico.

En la primera entrega de esta serie, conocimos a los 10 mejores cardiólogos españoles elegidos por otros especialistas del corazón. Después llegó el top de los 10 mejores especialistas en Aparato Digestivo, a criterio de otros gastroenterólogos; el de los 10 mejores dermatólogos, los 10 mejores oncólogos, los 10 mejores neurólogos, los 10 mejores hematólogos, los 10 mejores endocrinos, los 10 mejores neumólogos, los 10 mejores urólogos, los 10 mejores nefrólogos, los 10 mejores oftalmólogos y los 10 mejores otorrinos. Ahora le toca el turno a los **especialistas más valorados en Anestesiología**.

El MRS lleva más de 10 años evaluando la reputación de los principales actores de la sanidad española (mejores hospitales públicos y privados, servicios, empresas farmacéuticas...). En esta ocasión, completa el informe con la segunda edición del ranking de los mejores médicos.

Dentro del mismo cuestionario MRS, son los propios especialistas (6.060 médicos) y más de 100 responsables de empresas farmacéuticas, los que eligen a los colegas que, según su criterio, son los **mejores profesionales sanitarios en 32 especialidades médicas**.

El seguimiento y verificación de su proceso de elaboración y resultados es objeto de una revisión independiente por parte de KPMG, según la norma ISAE 3000, que publica su dictamen para cada edición. Todos los criterios de ponderación son públicos. Por sus valores éticos y metodología, es el ranking de referencia para los médicos y sociedades científicas.

Los diez más valorados en Anestesiología

Los anestesistas son los médicos especialistas en la administración de **fármacos que sirven para aliviar el dolor** durante una cirugía u otros procedimientos invasivos y molestos. Se encargan de los pacientes antes, durante y tras una operación quirúrgica. Además, trabajan para **paliar el dolor producido por patologías** no quirúrgicas o enfermedades en fases muy avanzadas.

Entre otras labores, se encargan de estudiar la historia clínica del paciente para identificar algún problema de salud antes de una cirugía; monitorizan el funcionamiento fisiológico del paciente durante la intervención quirúrgica, pero también antes y después de la misma; mantienen las funciones vitales del paciente, **abordan las posibles complicaciones** postoperatorias derivadas de la anestesia y tratan a pacientes cuyas funciones vitales estén comprometidas gravemente, manteniendo las medidas terapéuticas necesarias hasta que se supere esa situación de riesgo.

Este es el top 10 de los más valorados por sus colegas de especialidad:

1.-Javier García Fernández. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda.

Jefe de Servicio de Anestesiología HUPdH-Majadahonda, presidente de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR), profesor de Anestesia, Cuidados Críticos y Dolor de la Universidad Autónoma de Madrid.

2.-Carlos Ferrando Ortolá. Hospital Clínic Barcelona.

Jefe de sección en el Servicio de Anestesiología y Reanimación en el Hospital Clínic Barcelona, profesor asociado en la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universitat de Barcelona y miembro del CIBER de Enfermedades Respiratorias, Instituto de Salud Carlos III.

3.-Pilar Argente Navarro. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

Jefa de Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitari i Politècnic La Fe, vicepresidenta primera de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR) y presidenta del Comité Científico Permanente de la SEDAR. Es presidenta de la Comisión Nacional de Anestesiología y Reanimación, miembro del Grupo de Investigación en Medicina Perioperatoria, Anestesiología y Reanimación, del Instituto de Investigación Sanitaria La Fe (IIS La Fe) y profesora de la Universidad de Valencia.

4.-Vicente Roqués Escolar. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Coordinador de la Unidad de Dolor Quirónsalud Murcia, vicepresidente de ESRA España y presidente de la Sociedad Murciana de Anestesia y Reanimación.

5.-Francisco Reinoso Barbero. Hospital Universitario La Paz.

Coordinador de la Unidad de Dolor Infantil y jefe del Servicio de Anestesiología-Reanimación Infantil del Hospital Universitario La Paz de Madrid, profesor asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, coordinador del Grupo de Dolor Pediátrico de la Sociedad Española del Dolor y coordinador del Grupo de Cuidados Paliativos de la Sociedad Española de Anestesiología-Reanimación y Tratamiento del Dolor (SEDAR).

6.-Francisco Javier Hortal Iglesias. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Jefe de Servicio de Anestesia y Reanimación del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y profesor asociado Universidad Complutense de Madrid.

7.-Rafael Badenes Quiles. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Jefe de Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor y coordinador de Trasplantes Hospitalarios del Hospital Clínico Universitario de Valencia, profesor titular y secretario del Departamento de Cirugía de la Universitat de València y coordinador de la Unidad Docente de Anestesiología y Cuidados Críticos.

8.-Fernando Ramasco. Hospital Universitario de La Princesa.

Jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario La Princesa de Madrid, coordinador de formación del Instituto de Investigación del Hospital Universitario de La Princesa, profesor asociado de la UAM y doctor en Medicina y Cirugía por la UAM.

9.-César Aldecoa Álvarez-Santullano. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, profesor asociado del departamento de cirugía de la Universidad de valladolid y vicepresidente saliente de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR).

10.-Ricard Valero Castell. Hospital Clínic de Barcelona.

Jefe de Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital Clínic Barcelona, investigador del grupo Enfermedades Cerebrovasculares del IDIBAPS y profesor titular de la Facultad de Medicina de la Universitat de Barcelona.

Medios locales



Diario de Sevilla

Iniciar sesión

Actualidad • Pacientes • Investigación y Tecnología • Nutrición y Bienestar • Encuentros • Opinión

TRANSPORTE Estos son los barrios mejor y peor comunicados de Sevilla

INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍA

Un estudio prueba retirar el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal en remisión: "Este hallazgo abre la puerta a un enfoque más personalizado de la EII"

Los especialistas recomiendan a los pacientes adoptar un estilo de vida saludable

¿En qué consiste Intercept, un estudio que "busca reducir el riesgo individual en pacientes con EII"?

Las **terapias biológicas anti-factor de necrosis tumoral** (TNF) han marcado un hito en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), ya que ha permitido a muchos pacientes tener la enfermedad bajo control. Sin embargo, su uso prolongado plantea **interrogantes** tanto para los pacientes como para los sistemas de salud por dos razones fundamentales.

Por un lado, los **efectos** estaban provocando un aumento del riesgo de infecciones en los pacientes, diferentes reacciones al tratamiento e, incluso, pérdida de eficacia. Por otro lado, está el aspecto económico que al ser de un elevado coste, estaba dificultado la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, sobre todo si existen alternativas viables para determinados pacientes.

Ante esta situación, la comunidad científica ha investigado la posibilidad de suspender estos fármacos en pacientes en remisión y ver si es una opción segura y sin aumentar el riesgo de recaídas. Se trata de un estudio pionero, liderado por los doctores **Javier P. Gisbert y María Chaparr**o del Hospital Universitario de La Princesa y del Centro de Investigación Biomédica en

Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), y que ha arrojado resultados alentadores en este sentido.

Un estudio clínico con resultados prometedores

Este ensayo clínico, realizado en 33 hospitales españoles, analizó la evolución de 140 pacientes con **colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn** que habían estado al menos seis meses en remisión clínica con tratamiento anti-TNF a dosis estándar. Dividieron a los participantes en dos grupos: uno continuó con la medicación y el otro la suspendió, evaluándose su evolución clínica, la presencia de lesiones intestinales y los niveles de marcadores inflamatorios.

"La suspensión de los anti-TNF podría ser una opción viable y segura"

La **prueba duró un año** durante el cual se les estuvo haciendo un seguimiento, obteniendo como resultado que tanto el 84% de los pacientes que mantuvieron el tratamiento y el 76% de los que lo suspendieron continuaban en remisión clínica, **sin apreciarse apenas diferencias**.

Sin embargo, el grupo que dejó el tratamiento registró una mayor proporción de pacientes con niveles elevados de calprotectina fecal, un marcador de inflamación intestinal. En cuanto a la seguridad, los efectos adversos graves fueron poco frecuentes en ambos grupos.

Hacia un tratamiento personalizado de la EII

Los autores del estudio concluyen que, en pacientes seleccionados que se encuentren en remisión clínica, endoscópica y radiológica, la suspensión de los anti-TNF **podría ser una opción viable y segura**, siempre con un seguimiento estrecho para detectar signos de reactivación de la enfermedad. "Este hallazgo **abre la puerta a un enfoque más personalizado** en el tratamiento de la EII, ajustando las terapias según la evolución de cada paciente y optimizando el balance entre eficacia y seguridad", manifiestan los autores.

Actualmente, existen diversas opciones terapéuticas para la enfermedad de Crohn, que van desde los **clásicos esteroides hasta los inmunosupresores, fármacos biológicos y pequeñas moléculas**. Estos últimos se emplean cada vez con mayor frecuencia y de manera más precoz, dado su impacto positivo en la evolución de la enfermedad.

"Aún no se establecido conclusiones que permitan establecer recomendaciones específicas"

En pacientes pediátricos, la dieta de exclusión de la Enfermedad de Crohn se ha mostrado eficaz para inducir y mantener la remisión, mientras que **en adultos se están realizando estudios sobre la dieta**, aunque sin conclusiones firmes aún. La cirugía, por su parte, sigue siendo una alternativa adecuada para ciertos pacientes, seguida de tratamiento farmacológico para prevenir la recurrencia de la enfermedad.

Impacto en la vida del paciente: hábitos y alimentación

Uno de los interrogantes al retirar el tratamiento anti-TNF es si la vida del paciente experimenta cambios en sus hábitos y alimentación. Aunque se han realizado numerosos estudios al respecto, **aún no se han alcanzado conclusiones** que permitan establecer recomendaciones específicas para la enfermedad de Crohn. Por ello, los especialistas recomiendan a los pacientes adoptar un **estilo de vida saludable,** con una **alimentación equilibrada** basada en la dieta mediterránea**, evitando ultraprocesados y** manteniendo una **actividad física regular**.

A pesar de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, las pautas de tratamiento para la enfermedad de Crohn son similares para ambos sexos, sin diferencias significativas en la estrategia terapéutica.

En definitiva, los avances en la investigación permiten vislumbrar un futuro en el que los tratamientos para la EII **puedan ajustarse a las necesidades** específicas de cada paciente, garantizando la eficacia y reduciendo los posibles riesgos asociados a las terapias a largo plazo.

Medios locales



Con tres cafés en el cuerpo tomados a lo largo de la mañana **sin leche ni azúcar** y unas **lentejas** con verduras y curry sin sal ni chorizo esperando en casa para comer, **el doctor Borja Quiroga** abre las puertas de su consulta en el Hospital La Princesa de Madrid para atender a El Periódico de Catalunya. Especialista en **Nefrología**, rama de la Medicina que se encarga de los **riñones**, Quiroga está tan convencido del poder de una dieta saludable que ha escrito el libro **'Por mis riñones que hoy como bien'** (editorial Rosamerón) en el que el chef con estrella Michelín **Miguel Cobo** aporta recetas sencillas para la buena salud no solo de los riñones sino del corazón y de cualquier otro órgano vital…

Medios especializados



Los **pacientes con shock séptico** han tenido hueco en la **X Reunión Nacional de la Sección de Cuidados Intensivos de la Sedar**. Organizada este jueves y viernes en Madrid, el encuentro ha reunido a varios centenares de profesionales que han abordado distintos aspectos que, en este momento, son claves para los pacientes críticos.

Así, en una de las mesas del viernes, bajo el nombre **'Fuera de las guías: cómo tomar decisiones en mi paciente con shock séptico'**, varios de estos trabajadores han ahondado en la cuestión. Raquel García, especialista en Anestesiología, ha sido una de las presentes en el coloquio y, en conversación con este periódico, se ha mostrado contundete.

"El **shock séptico** es una afección que tiene una mortalidad bastante importante", ha explicado. De hecho, según los últimos datos publicados, a nivel mundial en 2020 se produjeron cerca de 48,9 millones de casos y 11 millones de muertes relacionadas con la sepsis. Con ello, y bajo esta premisa, el relato de esta profesional se ha centrado en el uso de las guías para abordar este problema de salud que día a día afecta a miles de personas.

En este contexto, García ha subrayado: "Estas guías nos dan un resumen de la **evidencia científica** para ayudarnos a decidir. Pero es verdad que cada paciente es un mundo y hay que individualizar el tratamiento en cada uno".

"Dentro de las cosas más prometedoras nos encontramos con los **biomarcadores**", ha explicado la especialista. Así, ha desglosado que el uso de estos sistemas permiten, por un lado, ver si el paciente va a responder a una medicación o a otra. Asimismo, tiene otras aplicaciones. Se puede diferenciar, según ella, gracias a métodos de Inteligencia Artificial, distintos fenotipos de pacientes. "No todo paciente con sepsis es igual. Hay algunos que están más inflamados, otros menos. Hay otros que tienen más difusión cardíaca, y otros con menos", ha destacado García.

El uso de biomarcadores en España

Uno de los aspectos que más ha resaltado la especialista es el uso de biomarcadores para el tratamiento de pacientes con shock séptico. Cuestionada por la posición de España en cuanto a la utilización de estas herramientas, se ha mostrado concisa. **"Ni estamos a la cola ni somos una potencia"**, ha aventurado García.

"El nivel científico actualmente en España es bastante aceptable. Y, sobre todo, utilizamos **terapias que están en la vanguardia** actualmente. Entonces, creo que tenemos un nivel bastante aceptable para el resto de Europa", ha ahondado esta profesional durante la conversación con Redacción Médica.

Así ha sido el coloquio

La conversación, que ha sido una de las más concurridas de la mañana del viernes, ha contado con la participación de tres ponentes y dos moderadores. Los primeros han sido **Rosa María Méndez Hernández**, del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapeútica del Dolor Hospital Universitario de La Princesa (Madrid); **Raquel García Álvarez**, del servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor en el Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid); y **Gustavo Adolfo Ospina-Tascón**, profesor del departamento de Ciencias Básicas Médicas de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad ICESI (Cali). Por su parte, las moderadoras han sido **María Galiana Ivars**, de la sección del Servicio de Anestesiología y

Reanimación del Hospital General Universitario Dr. Balmis. (Alicante); y **Eduardo Kattan**, médico Anestesiólogo e Intensivista del Hospital Clínico UC Christus (Santiago de Chile).

Medios locales



EL DIARIO DE MADRID,

MADRID · OPINIÓN CULTURA · ECONOMÍA BREVERÍAS SE CUENTA POR MADRID... PLANES POR MADRID DEPORTES BIENESTAR

ACTUALIDAD

Premios

El Hospital La Princesa premia la excelencia y la innovación de sus profesionales

Primera edición de los Premios Princesa Excelente

El Hospital La Princesa premia la excelencia y la innovación de sus profesionales

REDACCIÓN 21/feb/25 · 17:43 **Actualizado:** 21/feb/25 · 17:43

El Hospital público **La Princesa** de la Comunidad de Madrid ha celebrado la primera edición de los **Premios Princesa Excelente**, un reconocimiento al **compromiso, esfuerzo e innovación** de sus profesionales. La viceconsejera de Sanidad, **Laura Gutiérrez**, ha presidido la gala destacando que estos galardones buscan **valorar y visibilizar** el trabajo de los sanitarios y sus proyectos de éxito en la mejora de la atención a los pacientes.

"Estos premios suponen un reconocimiento claro a vuestro compromiso, esfuerzo y dedicación diaria. Gracias a vuestro espíritu innovador, La Princesa sigue siendo un hospital de referencia para todos los madrileños", señaló Gutiérrez durante el acto.

LO MÁS VISTO ACTUAL

Programación Carnaval Majadahonda 2025: color, música y tradición

IX Encuentro Internacional "Silos Literario 2025": la espiritualidad y la...

La Real Casa de Correos, iluminada de naranja en recuerdo de Ariel y Kfir Bibas

El Hospital público **La Princesa** de la Comunidad de Madrid ha celebrado la primera edición de los **Premios Princesa Excelente**, un reconocimiento al **compromiso, esfuerzo e innovación** de sus profesionales. La viceconsejera de Sanidad, **Laura Gutiérrez**, ha presidido la gala destacando que estos galardones buscan **valorar y visibilizar** el trabajo de los sanitarios y sus proyectos de éxito en la mejora de la atención a los pacientes.

"Estos premios suponen un reconocimiento claro a vuestro compromiso, esfuerzo y dedicación diaria. Gracias a vuestro espíritu innovador, La Princesa sigue siendo un hospital de referencia para todos los madrileños", señaló Gutiérrez durante el acto.

Premiados en cuatro categorías

En esta primera edición, se han concedido **distinciones en cuatro categorías**:

- **Prácticas en Cuidados**: Unidad de Enfermería de **Neurología y Neurocirugía**, por su destacada labor en la atención a pacientes con patologías neurológicas.
- **Publicación Científica de Jóvenes Investigadores**: **Nieves Fernández-Gallego**, investigadora postdoctoral en **Inmunología**, por su contribución al avance del conocimiento científico.
- **Gestión Sanitaria**: **Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo**, por su enfoque innovador en la gestión hospitalaria.
- **Premio Princesa Excelente Especial**: **Servicio de Contabilidad**, por su eficiente gestión administrativa y apoyo al funcionamiento del hospital.

Reconocimientos especiales

Además, se ha otorgado un reconocimiento especial a la fisioterapeuta **Sandra García** por su **Proyecto de Humanización** y a las enfermeras **Virginia García Moreno y Laura Crespo**, en representación de un equipo multidisciplinar enfocado en la **seguridad del paciente**.

Un compromiso con la calidad y la innovación

El Hospital La Princesa reafirma con estos premios su **compromiso con la excelencia sanitaria**, destacando la importancia de la **innovación, la investigación y la humanización** en la atención a los pacientes. La Comunidad de Madrid continúa apostando por el reconocimiento del talento y la dedicación de sus profesionales sanitarios, fundamentales para la mejora del sistema de salud público.

Medios especializados



redacción médica

Portada > Secciones > NEUMOLOGÍA

El nuevo programa MIR de Cirugía Torácica verá la luz antes de 2026

Si no se actualiza pronto, "todas las innovaciones conseguidas recientemente no llegarán a los futuros residentes"

José Luis García Fernández, cirujano torácico del Hospital Universitario de la Princesa de Madrid y representante de Separ en la Comisión Nacional de la especialidad.

ACT: 21 FEB. 2025 14:39H SE LEE EN 5 MINUTOS

POR XAVIER MAGRANER

TAGS MIR FORMACIÓN SANITARIA CIRUGÍA TORÁCICA

El **Ministerio de Sanidad** afirma que el proceso para la actualización del programa formativo de **Cirugía Torácica**, que lleva ya casi tres décadas sin modificarse, verá la luz entre seis meses y un año y dependiendo de si la

GSK comprometidos con la Agenda 2030

GSK OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

Te puede interesar

Sedar entrega sus I Premios de Periodismo

El **Ministerio de Sanidad** afirma que el proceso para la actualización del programa formativo de **Cirugía Torácica,** que lleva ya casi tres décadas sin modificarse, verá la luz entre seis meses y un año y dependiendo de si la consulta previa no recibe modificaciones sustanciales. **José Luis García Fernández**, cirujano torácico del **Hospital Universitario de la Princesa** de Madrid y

representante de la Sociedad Española de Cirugía Torácica y Neumología (**Separ**) en la Comisión Nacional de esta rama, aspira a que el programa de una especialidad, que data del año **1978**, vea la luz cuanto antes. Ahora mismo el proceso se encuentra en la fase de consulta previa, por lo que "el siguiente paso será elaborar el Real Decreto y ya pasar al proceso legislativo habitual para ser oficialmente aprobado"..

El facultativo tira de hemeroteca para plasmar la actual situación de Cirugía Torácica, una especialidad "bastante reciente, ya que se constituyó en 1978 al margen de **Cirugía Cardíaca o Cirugía Digestiva**. La guía de formación de estos especialistas se elaboró y publicó el **25 de abril de 1996**". Desde ese año, el programa no ha sufrido ninguna actualización, por lo que "sigue siendo la **guía formativa** que los actuales residentes aplican".

García Fernández recuerda que el propio ministerio encargó hace un año a la **Comisión Nacional** la creación de los nuevos criterios de formación MIR de Cirugía Torácica: "Ya están elaborados y actualmente se encuentran **en consulta previa**. En esta parte del proceso, desde las sociedades científicas o el Colegio de Médicos se aportará cualquier tipo de sugerencia o modificación que se pueda hacer para enriquecer o mejorar el **documento elaborado por la Comisión**". Una vez finalice todo este proceso, el siguiente paso será iniciar el camino legislativo para llevar a cabo el **Real Decreto**.

"Desde las sociedades científicas o el Colegio de Médicos se aportará cualquier tipo de sugerencia para enriquecer el documento elaborado"

El especialista considera que la consulta previa "acostumbra a **generar pocas modificaciones** dentro del programa formativo, debido a que, dentro de la **propia Comisión,** ya hay representantes de las **sociedades científicas,** de residentes y de las comunidades autónomas, además de un miembro del **Colegio de Médicos**". Por experiencia, el cirujano asegura que el texto definitivo que escribe la comisión "suele sufrir muy pocos cambios debido a todas las partes que están involucradas y que participan en el proceso".

La actualización del programa es una "obligación"

Han pasado prácticamente 30 años desde la confección del programa formativo, por lo que su modificación es vista por parte del especialista como un hecho obligado: "El ministerio tiene la intención de que en las sucesivas **revisiones de las vías formativas** de Cirugía Torácica no se lleguen a demorar tanto tiempo, sino que haya un plazo de revisión más adecuado".

En caso de que el programa formativo de la especialidad siga sin actualizarse, esto provocaría, según el cirujano torácico, que "todas las **innovaciones conseguidas** con el paso de los años no

llegaran a los **futuros residentes**. El quehacer habitual y diario del especialista aplica estos avances. No se puede dejar al MIR sin el arsenal terapéutico que un cirujano de tórax maneja en cualquier hospital en España".

"No se puede dejar al MIR sin el arsenal terapéutico que un cirujano de tórax maneja en cualquier hospital en España"

Por lo que respecta a este asunto, García Fernández recuerda que, desde la propia Comisión, "se ha interpelado años atrás al ministerio para **revisar el programa formativo** por muchos motivos. La especialidad ha evolucionado de una manera muy significativa en tres décadas". Las principales **diferencias** destacadas por el especialista es que actualmente "hay mucho más volumen quirúrgico y se están aplicando nuevas tecnologías en los procedimientos como la cirugía robótica.

El papel de la cirugía robótica y la detección precoz

Este tipo de abordaje ha ganado enorme protagonismo dentro de la **Medicina**, ya que el facultativo señala que "en muchas especialidades,la cirugía robótica es fundamental. Además, la **detección precoz** provoca que haya un **diagnóstico muy inicial** de los pacientes que tienen neoplasias pulmonares, que al final es el objetivo de la Cirugía Torácica a través del tratamiento quirúrgico de los pacientes con **tumores**, con **neoplasias en el pulmón**, etc.".

Medios especializados



HOME › PROFESIONALES

Medicina Preventiva ante el reto del relevo generacional: "Hoy todo es asistencialismo"

Desde la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria lamentan la falta de apuesta por estrategias de salud pública que a pesar de ser coste-efectivas, no son políticamente eficientes

DIEGO DOMINGO

MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

El relevo generacional en el ámbito de la **medicina preventiva y la salud pública** en España es motivo de creciente **preocupación** entre los profesionales del sector. A pesar de su importancia estratégica, estas disciplinas han sido relegadas a un segundo plano por las administraciones, dificultando la atracción de nuevos profesionales. Así lo expone en declaraciones a ConSalud.es, el **Dr. Daniel Troncoso**, facultativo del Hospital de la Princesa en el Servicio de Medicina Preventiva y miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (SEMPSPGS).

"Uno de los principales problemas que tenemos es que esa misma administración que ahora se queja del relevo generacional en ningún momento ha apoyado la dotación de los puestos con técnicos o médicos formados en medicina preventiva", señala Troncoso. A su juicio, **la salud pública ha sido históricamente ignorada** y desprovista de recursos, en parte debido a su compleja gestión y su escasa visibilidad política.

El origen del problema radica en la **falta de comprensión sobre la importancia de la salud pública** dentro de la sanidad. "Desde los años 80-90, la asistencia sanitaria se convirtió en una potente arma política. Crear un hospital o

direct healthy

Cardiólogo: ¿Grasa abdominal después de los 50? Pon esto en tus zapatos

El relevo generacional en el ámbito de la medicina preventiva y la salud pública en España es motivo de creciente preocupación entre los profesionales del sector. A pesar de su importancia estratégica, estas disciplinas han sido relegadas a un segundo plano por las administraciones, dificultando la atracción de nuevos profesionales. Así lo expone en declaraciones a ConSalud.es, el Dr. Daniel Troncoso, facultativo del Hospital de la Princesa en el Servicio de Medicina Preventiva y miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (SEMPSPGS).

"Uno de los principales problemas que tenemos es que esa misma administración que ahora se queja del relevo generacional en ningún momento ha apoyado la dotación de los puestos con técnicos o médicos formados en medicina preventiva", señala Troncoso. A su juicio, la

salud pública ha sido históricamente ignorada y desprovista de recursos, en parte debido a su compleja gestión y su escasa visibilidad política.

El origen del problema radica en la falta de comprensión sobre la importancia de la salud pública dentro de la sanidad. "Desde los años 80-90, la asistencia sanitaria se convirtió en una potente arma política. Crear un hospital o un centro de salud daba réditos a corto plazo, pero ¿y la salud pública?", plantea el especialista quien reconoce que la salud pública ha sido siempre "el patito feo".

"La salud pública es coste-efectiva pero no políticamente eficiente"

Además el experto destaca como uno de los errores principales el hecho de no entender que la salud pública es un concepto transversal. "Esa primera decisión de atomizar la gestión de la salud pública en España, supuso un primer escollo y un palo en la rueda muy importante, en lo que va a ir deviniendo en los años posteriores". Denuncia que "el presupuesto de salud pública es ridículo, tiene una estructura funcional en la mayoría de los casos, arcaica y muy difícil de dotar". A pesar de los desafíos, el Dr. Troncoso destaca que los nuevos profesionales cuentan con una formación sólida. "Nos sorprendemos gratamente de que los actuales residentes tienen capacidades que ni siquiera podíamos soñar", reconoce. Sin embargo, esto no es suficiente si las administraciones no dotan de recursos a la especialidad.

"La salud pública es coste-efectiva pero no políticamente eficiente", sostiene el Dr. Troncoso que urge a la clase política a reconocer la rentabilidad de invertir en salud pública. "Los programas de prevención ahorran dinero al sistema, pero seguimos apostando por cirugías y medicaciones en lugar de educación sanitaria", añade. "El primer problema es el desinterés de las Administraciones públicas por la dotación de los programas de gestión de prevención y de la gestión de la salud pública", explica el Dr. Troncoso. "A esto se une la falta de visibilidad y la confusión entre áreas políticas y técnicas, así como la falta de formación de los estudiantes de medicina y enfermería, que también es importante en el área de salud pública". Y es que asevera: "Hoy todo es asistencialismo".

"La Salud Pública ha sido el triste jarrón de los jarrones chinos", afirma Troncoso quien relata que muchos de los que terminaron como técnicos de salud pública, no se habían formado en especialidades MIR. El COVID-19 evidenció la falta de referentes en medicina preventiva dentro de la salud pública. "Hemos visto técnicos de diferentes especialidades y políticos de distintas tendencias, pero los profesionales de salud pública y medicina preventiva han sido escasos", lamenta Troncoso.

UN PROBLEMA QUE COMIENZA EN LA FORMACIÓN

La formación en medicina preventiva ha ido perdiendo peso dentro de los programas académicos, según el Dr. Troncoso. "Cada vez se les quita más peso para ser ocupados por programas más asistenciales, medicalizados y tecnificados", denuncia Troncoso. "La higiene, las actividades de prevención o las actividades de conocimiento sobre las enfermedades transmisibles y no transmisibles, cada vez se han ido abandonando más", denuncia. Además, el experto explica cómo la estructura formativa ha perdido cohesión: "Antes nos formábamos en dos o tres escuelas en todo el país, lo que generaba un cuerpo homogéneo de profesionales con una visión transversal única. Ahora, con cada comunidad estableciendo su propio sistema, hemos perdido esa uniformidad", critica el Dr. Troncoso.

Otro obstáculo para la captación de nuevos especialistas es el desincentivo económico. "Si bien las guardias pueden llegar a ser agotadoras, complementan un sueldo que está por

debajo del salario mínimo", revela el Dr. Troncoso. En un contexto social donde la vivienda y el coste de vida representan grandes desafíos, los jóvenes optan por especialidades "más rentables a corto plazo".

"El mensaje debe empezar en las facultades de Medicina, enseñando a trabajar en salud y no solo en asistencia sanitaria"

"En el momento en el que los residentes o adjuntos jóvenes salen al exterior son rápidamente incorporados a los cuerpos técnicos de la Unión Europea porque la formación que tienen es muy buena", explica el Dr. Troncoso. Aunque en comparación con otros países europeos, España está rezagada en la consideración de la salud pública como un pilar de su sistema sanitario. "En Alemania, por ejemplo, el Robert Koch Institute es toda una institución multidisciplinar, pero las bases de la higiene y la salud pública están embebidas en toda la administración", expone el especialista que explica la situación con una metáfora ilustrativa: "Si inviertes en carreteras de calidad, no necesitas tantas estaciones de atención de urgencias. En salud ocurre lo mismo: cuanto más peso pongas en salud pública, menos necesitarás de la atención sanitaria. Nosotros seríamos los responsables de cuidar esas carreteras".

Entre las virtudes de Medicina Preventiva y Salud Pública destaca que es una especialidad en la que "no hay paro" por su visión transversal de la atención sanitaria y de la salud que es algo único en toda la formación de especialistas sanitarios. Pero ante el desafío que supone el relevo generacional apunta: "El mensaje debe empezar en las facultades de Medicina, enseñando a trabajar en salud y no solo en asistencia sanitaria. Tenemos que convertirnos en agentes de salud, no en asistentes de salud", concluye el Dr. Troncoso.

Medios locales



COMUNIDAD DE MADRID | MADRID

El Hospital La Princesa celebra la I edición de los Premios Princesa Excelente

REDACCIÓN · 24 febrero, 2025 · Comunidad de Madrid , Madrid

El Hospital público La Princesa ha celebrado hoy la primera edición de los Premios Princesa Excelente, con el objetivo de reconocer el compromiso, la innovación y el esfuerzo de sus profesionales. La viceconsejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Laura Gutiérrez, ha presidido la ceremonia, destacando la importancia de esta iniciativa para poner en valor el trabajo de los empleados del centro.

Durante su intervención, Gutiérrez señaló que los premios "reconocen el esfuerzo y el espíritu de mejora continua" de los profesionales del hospital, resaltando que iniciativas como estas "seguirán haciendo de La Princesa un hospital de referencia para todos los madrileños".

Los galardones se han entregado en cuatro categorías: *Prácticas en Cuidados* a la Unidad de Enfermería de Neurología y Neurocirugía; *Publicación Científica de Jóvenes Investigadores* a Nieves Fernández-Gallego, investigadora postdoctoral de Inmunología; *Gestión Sanitaria* al Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo; y *Princesa Excelente Especial* al Servicio de Contabilidad.

Además, se ha reconocido la labor de la fisioterapeuta Sandra García por su *Proyecto de Humanización* y a las enfermeras Virginia García Moreno y Laura Crespo, quienes representaron una iniciativa grupal centrada en la *Seguridad del Paciente*. Estos

premios, según Gutiérrez, son una clara muestra del compromiso de los profesionales del centro con la mejora de los servicios y la atención a los pacientes.

Medios nacionales



Con tres cafés en el cuerpo tomados a lo largo de la mañana sin leche ni azúcar y unas lentejas con verduras y curry sin sal ni chorizo esperando en casa para comer, el doctor Borja Quiroga abre las puertas de su consulta en el Hospital La Princesa de Madrid para atender a El Periódico de Catalunya. Especialista en Nefrología, rama de la Medicina que se encarga de los riñones, Quiroga está tan convencido del poder de una dieta saludable que ha escrito el libro 'Por mis riñones que hoy como bien' (editorial Rosamerón) en el que el chef con estrella Michelín Miguel Cobo aporta recetas sencillas para la buena salud no solo de los riñones sino del corazón y de cualquier otro órgano vital…

Medios nacionales



El implante coclear es una solución innovadora que ha revolucionado el tratamiento de la pérdida auditiva severa a profunda. Este dispositivo médico permite a personas con dificultades auditivas significativas, para quienes los audífonos convencionales no son eficaces, acceder nuevamente al mundo del sonido. Consiste en un sistema que transforma las señales acústicas en estímulos eléctricos, los cuales son enviados directamente al nervio auditivo, ofreciendo una experiencia auditiva distinta que requiere adaptación y rehabilitación posterior.

El Dr. Francisco Javier Olarieta Soto es Jefe de Sección de Otorrinolaringología en la Unidad de Cirugía Otológica e Implantes Cocleares del Hospital Universitario La Princesa de Madrid. Con una destacada trayectoria en el tratamiento de la pérdida auditiva, lidera procedimientos quirúrgicos especializados y supervisa la implementación de tecnologías avanzadas en implantes cocleares. Su labor combina experiencia clínica y compromiso con la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

En esta entrevista a OKSALUD, el Dr. Olarieta Soto explora aspectos clave del implante coclear, desde los criterios de selección de pacientes y las diferencias con los audífonos convencionales, hasta los avances tecnológicos recientes, los riesgos asociados a la cirugía y la importancia de la rehabilitación postoperatoria. Además, analizamos cómo la edad del paciente influye en los resultados y las recomendaciones para un uso adecuado del dispositivo.

El truco del experto de Bricomanía para quitar el moho de las paredes en minutosLos camioneros eligen el mejor restaurante de Castilla-La Mancha: solo está a 32 kilóme...COAC 2025: quién canta hoy 16 de febrero, dónde ver los cuartos de final y orden de act...Los abogados lo revelan: todo lo que no te pueden cobrar en un restaurantePañales para los caballos de El Retiro

PREGUNTA.- ¿Qué es un implante coclear? ¿Qué criterios se utilizan actualmente para determinar si un paciente es candidato para un implante coclear?

RESPUESTA.- Un implante coclear es un dispositivo que estimula la vía auditiva y permites oír a personas con sorderas de grados moderados a completos en las que un audífono no obtiene rendimiento adecuado. Los criterios que determinan si un paciente es candidato están basados en las pruebas de audición y el desempeño del paciente con un audífono. Es importante diferenciar entre niños y adultos. Actualmente en nuestro medio se realizan pruebas de audición a todos los niños al nacer (programas de cribado auditivo) en aquellos a los que se detecta una sordera severa profunda se les realiza el implante entre los 9 y los 12 meses si por el grado de pérdida el audífono y la estimulación auditiva no van a ser suficientes para el correcto desarrollo del lenguaje. En estos casos la situación ideal es realizar el implante en ambos oídos.

P.- ¿Cuáles son las principales diferencias entre un implante coclear y un audífono convencional?

R.- El audífono convencional es un dispositivo que modifica la señal acústica que recibe el oído para la persona que lleva pueda oír lo mejor posible dentro de su patología, es decir, se adapta a la patología del oído y a las frecuencias donde la persona tiene la pérdida auditiva. El implante coclear es un dispositivo electrónico igualmente, que requiere una intervención quirúrgica para su colocación y consta de 2 partes: la externa que recibe el sonido y la interna que es la que estimula eléctricamente el nervio y la vía auditiva consiguiendo una sensación sonora al paciente en su corteza cerebral auditiva. En resumen, el audífono proporciona la mejor señal acústica posible a un oído que está dañado. El implante es un paso más y sustituye la función de las células de oído interno estimulando eléctricamente el nervio auditivo. Por tanto, la sensación auditiva del paciente es distinta con audífono y con implante. Lo que se recibe a través del audífono son sonidos más parecidos a los reales, mientras la sensación sonora que produce el implante requiere una parte de rehabilitación posterior a la

implantación para interpretar e identificar los sonidos percibidos adecuadamente. El implante tiene la ventaja de rehabilitar pérdidas auditivas a las que el audífono no llega.

P.- ¿Cómo ha evolucionado la tecnología de los implantes cocleares en los últimos años y qué avances se esperan?

R.- La evolución es constante tanto en la precisión con la que la parte interna estimula el nervio produciendo unos sonidos más nítidos y reales como la parte externa cada vez menos visible y con más opciones de conectividad y autonomía.

P.- ¿Cuáles son los riesgos asociados a la cirugía de implantación coclear y cómo se minimizan estas complicaciones?

R.- Los riesgos son los mismos que en cualquier cirugía de oído, sangrado, infecciones, rechazo del dispositivo, parálisis del nervio facial. Afortunadamente el porcentaje de estas complicaciones está por debajo del 5 %. Por otra parte estás complicaciones se minimizan con las pruebas de imagen previas que se realizan, los antibióticos, las vacunaciones y las monitorizaciones intraoperatorias del nervio facial.

P.- ¿Qué tipo de seguimiento y rehabilitación se requiere tras la implantación de un implante coclear?

R.- El implante coclear requiere un seguimiento al menos anual por el especialista, y precisa siempre una rehabilitación que supervisan médicos rehabilitadores y realizan logopedas especializados en el tema. La rehabilitación tiene una duración variable que depende de las características del paciente y el tipo de patología y puede durar entre 2 meses y 1 año.

P.- ¿Cómo afecta la edad del paciente al éxito y los resultados del implante coclear, especialmente en niños pequeños y adultos mayores?

R.- En los niños permite el correcto desarrollo del lenguaje, la memoria y el aprendizaje, con lo cual tiene una gran relevancia. En adultos mayores retrasa el deterioro cognitivo, mejora la calidad de vida y evita el aislamiento.

P.- ¿Existen limitaciones o actividades que los pacientes con implante coclear deben evitar para proteger el dispositivo?

R.- En principio no existen limitaciones, pero en determinadas circunstancias deben retirar la parte externa o procesador, por ejemplo, en algunos deportes y actividades acuáticas.

P.- ¿Cuáles son los factores más importantes que influyen en el pronóstico y la eficacia del implante coclear a largo plazo?

R.- En niños el factor más importante es la implantación temprana en el caso de pérdidas severas bilaterales y realizar una adecuada rehabilitación, En los adultos el factor pronóstico más importante es que el oído implantado haya estado previamente estimulado o bien porque la pérdida sea reciente o por lo que es más frecuente haya estado estimulado con un audífono.

Medios nacionales



El **implante coclear** es probablemente la gran esperanza para muchas de las personas que padecen **sordera o hipoacusia,** que es el daño en la capacidad auditiva de una persona.

- Según el Informe Mundial de la Audición de la OMS, son **más de 1.500 millones de personas en todo el mundo** los que tienen este problema. **E**
- **En nuestro país, hay 1.230.000 personas con discapacidad auditiva según los datos del INE correspondientes al año 2022.**
- En cuanto a las causas que pueden llevar a perder el oído los especialistas de la Sociedad Española de Otorrinolaringología (SEORL-CCC) señalan varias:
- **Puede tener un origen genético**
- **Traumatismos o lesiones en el nervio acústico**

- **Tumores de oído (neurinoma del acústico)**
- **La sordera súbita o pérdida repentina de la audición**
- **O el síndrome de Ménière.**

Este martes, 25 de febrero, se celebra el Día Internacional del Implante Coclear.

Además, de la variedad de causas también existen muchos tipos, grados y tratamientos para la hipoacusia, según la parte del sistema auditivo que se haya alterado y a la intensidad de la pérdida de audición. **Entre estos tratamientos destacan los implantes cocleares. Se calcula que en España unas 22.000 personas llevan este dispositivo.**

¿Cuándo es posible un implante coclear?

Lo primero que hay que saber es que **el implante coclear no se puede utilizar en cualquier paciente con sordera**. **Solo son aptos aquellos que sufren sordera neurosensorial severa o profunda,** es decir la ocasionada por la afección del oído interno, donde se localiza la cóclea, del nervio auditivo o del cerebro, explican los especialistas del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de La Princesa.

Y como explican los otorrinos de este centro hospitalario, que tiene grandes tasas de éxito en la implantación de este tipo de dispositivos electrónicos en adultos y personas de la tercera edad;

- "**Los pacientes con este tipo de sordera obtienen poca mejoría con la utilización de audífonos, por lo que el implante coclear se convierte en una alternativa válida para recuperar la audición y por tanto su calidad de vida**",
- Otra de las indicaciones del implante coclear es para aquellas **personas con sordera congénita desde el nacimiento**.

¿Cómo se realiza el implante coclear?

El implante coclear consta de dos partes fundamentales, "la externa donde está **el procesador que recoge la señal sonora para procesarla y la parte interna en la que se encuentra el receptor que recibe esa señal y la transmite a la vía auditiva a través de los electrodos, consiguiendo que se produzca una sensación sonora en la corteza cerebral auditiva**", explican los especialistas en otorrinolaringología.

Para realizar su colocación se requiere la participación de profesionales de distintas especialidades médicas al tratarse de un proceso terapéutico complejo.

- **Antes de realizar la intervención se somete al paciente a un estudio audiológico con el que se comprueba que el daño auditivo está efectivamente en la cóclea**.
- También se comprueba como las otras opciones terapéuticas, como el uso de un audífono, tienen poco o ningún beneficio para la audición del paciente.

En esta primera fase interviene el otorrinolaringólogo, así como los neurofisiólogos y el personal de enfermería.

"A continuación, se requiere una valoración por el médico rehabilitador y el logopeda, y se realizará un TAC y resonancia magnética que permitirán ver la anatomía del oído y la viabilidad del implante", añaden los expertos.

Además, **en algunos casos también va a ser necesaria la valoración neurológica y psiquiátrica del paciente**. Con todos los datos de este completo estudio es cuando se lleva a cabo la implantación del dispositivo.

La intervención se realiza mediante anestesia general, y se realiza una incisión detrás de la oreja por donde se introduce la parte interna del implante hasta la cóclea. El receptor se coloca detrás de la oreja y se conecta.

Una vez que termina la intervención y activado el implante "**comienza la fase de rehabilitación combinada con la programación que suele durar entre 2 y 6 meses. Posteriormente se realizan seguimientos anuales para revisar la situación anatómica y técnica del dispositivo**", concluyen los otorrinos del Hospital de La Princesa.

Medios especializados



El Hospital Universitario de La Princesa, centro público de la Comunidad de Madrid, ha celebrado la gala de los 'Premios Princesa Excelente 2024', presidida por la viceconsejera de Sanidad, Laura Gutiérrez Barreno. Se trata de la primera edición de una iniciativa de comunicación interna que pretende reconocer el compromiso, esfuerzo e innovación de los diferentes servicios y unidades de este centro, desde el punto de vista de la asistencia, la seguridad del paciente, la humanización y la investigación.

La entrega de premios, celebrada el pasado 21 de febrero, comenzó con un vídeo resumen de todo lo acontecido en el centro durante 2024. Asistieron los profesionales de todos los servicios y unidades del hospital, que estuvieron acompañados por la viceconsejera de Sanidad y la directora general de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente, Celia García Menéndez, que fueran las encargadas de entregar las estatuillas a los ganadores, junto al equipo directivo del centro.

Al final de la gala el director gerente del centro, José Julián Díaz Melguizo, anunció un Premio Especial

En este certamen se dieron distinciones en seis categorías. El Premio Princesa Excelente al servicio con mejor Gestión Sanitaria, cuyo objetivo es reconocer y poner en valor el cumplimiento de los servicios de los estándares fijados para una atención de la máxima calidad a los pacientes a los que atiende, que en este caso recayó sobre el Servicio de Cirugía General y Digestivo, quedando finalistas los servicios de Nefrología y Medicina Intensiva.

En cuanto al Premio Princesa Excelente a las Mejores Prácticas en Cuidados que valoró la actividad llevada a cabo por Unidades de Enfermería, lo obtuvo la Unidad de Enfermería de las especialidades de Neurología y Neurocirugía. Las finalistas en este caso fueron las Consultas Externas y las Unidades de Urología y Digestivo.

El premio al Mejor Proyecto de Humanización como motor y reconocimiento de ideas y proyectos de los profesionales que mejoren el aspecto humano de la asistencia fue para el proyecto titulado "Impacto de la fisioterapia en la salud emocional de pacientes que cursan ingreso en una unidad de hospitalización". El Camino de Vida del servicio de Oncología Médica, la escuela de Pacientes de UCI y la Escuela de Pacientes de Diabetes quedando como finalistas.

El premio a la Mejor Publicación Científica Jóvenes Investigadores, que pone de relevancia el esfuerzo investigador de los miembros jóvenes del Hospital y del Instituto de Investigación a través de la valoración de trabajos y estudios publicados en revistas científicas, recayó en Nieves Fernández- Gallego Anaya, investigadora postdoctoral de Inmunología, con el trabajo "Allergic inflammation triggers dyslipidemia via IgG signalling". El trabajo Paediatric Emergency Nurses' Percepti on of Medicati on Errors: A Qualitative Study quedó en segundo lugar.

Con respecto a los Premios Princesa Excelente en Seguridad del Paciente se entregaron dos galardones, uno al "Diseño de plan de cuidados para pacientes en aislamiento infeccioso y pacientes LET", como Mejor Proyecto Implantado, quedando finalistas los trabajos Mejoras en el diagnóstico etiológico de la Sepsis desde una correcta petición, recogida adecuada e interpretación de sus resultados; y la Implantación de un sistema de alertas a la prescripción. Iniciativa PrimEPGx.

"Este certamen va a permitir reconocer el esfuerzo y el espíritu de mejora continua de todos y cada uno y poner en valor proyectos de éxito y nuevas iniciativas"

Como Nueva Propuesta en Seguridad salió ganadora la "Implementación de la trazabilidad digital en la recogida y procesamiento de muestras de biopsias en la Unidad de Endoscopias". Las propuestas finalistas fueron Enfermera gestora de casos en el Servicio de Urgencias. Un punto de conexión vital y la Optimización de la comunicación de equipos de enfermería mediante el uso de herramientas Microsoft 365 para la gestión de información,

protocolo, competencias y avisos; junto con la Mejora del procesado de instrumental desde la perspectiva de seguridad del paciente.

Al final de la gala el director gerente del centro, José Julián Díaz Melguizo, anunció un Premio Especial para un servicio del ámbito de la gestión siendo el ganador el servicio de Contabilidad Económica Financera. Este galardón buscaba destacar el trabajo de servicios y unidades claves y necesarias, para garantizar el correcto funcionamiento del hospital.

Asimismo, en el marco de la gala, se presentó la nueva insignia del Hospital Universitario de La Princesa, que fue entregada a todos los servicios y unidades premiados y finalistas. El doctor Díaz Melguizo también hizo entrega de esta nueva insignia a la directora de Humanización y a la viceconsejerra de Sanidad, que fue la encargada de clausurar el acto. En su intervención se dirigió a los profesionales manifestando que "estos premios suponen un reconocimiento claro a vuestro compromiso, esfuerzo, dedicación diaria, ganas de seguir innovando y mejorando vuestros servicios y unidades, siempre pensando en los pacientes y en sus familias. También destacó que este certamen "va a permitir reconocer el esfuerzo y el espíritu de mejora continua de todos y cada uno y poner en valor proyectos de éxito y nuevas iniciativas que seguirán haciendo de La Princesa, un hospital de referencia para todos los madrileños".

Medios especializados



La **Inteligencia Artificial** ha sido otra de las protagonistas de la **X Reunión Nacional de la Sección de Cuidados Intensivos de la Sedar**, celebrada en Madrid. Durante una de las últimas mesas redondas de la jornada del jueves, distintos profesionales del ámbito sanitario han abordado el uso de esta nueva tecnología en la práctica clínica y en la investigación. Y, más concretamente, en su uso en las **Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)**.

De hecho, este debate ha sido uno de los más esperados en la convocatoria. La sala, casi a rebosar, se encontraba llena de asistentes casi a última hora de la tarde. Una prueba de que las nuevas tecnologías como la IA o el Big Data se han convertido en aspectos claves de un **sistema sanitario en transformación**.

En este sentido, Pedro Wendel, procedente de la University Hospital Zürich, en Suiza, ha sido uno de los ponentes que ha puesto sobre la mesa la necesidad de implementar estos sistemas tecnológicos en el tratamiento de los pacientes. En conversación con *Redacción Médica*, este ingeniero ha destacado que "en estos momentos se utilizan distintas herramientas". Así, ha nombrado, entre otras, el **Big Data y el Chat GPT**.

Wendel, como experto en Big Data, ha incidido a lo largo de su coloquio en este aspecto. "Creo que hoy en día somos capaces de entender la **complejidad de los síndromes** que hace 50 años pensábamos que eran mucho más homogéneos", ha aludido en referencia a las ventajas que ha traído consigo la evolución y la implantación de las nuevas herramientas en el mundo sanitario.

Así ha sido la mesa sobre la IA

El coloquio ha contado con la participación de **Pedro Wendel García**, procedente de la University Hospital Zürich (Suiza); **Alex Barroso**, del servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapeútica del dolor en el Hospital Regional Universitario de Málaga; **Fernando Barturen Fernández**, jefe de Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapeútica del dolor del hospital Universitario Son Espases (Palma de Mallorca); **José Luis Lafuente Carrasco**, coordinador del Grado de Ingeniería Biomédica y responsable de sensorización en IA Salud en la Universidad Europea (UEM), en Madrid. Además, el coloquio ha contado con la moderación de **Álvaro Mingote Lladó**, vicepresidente de la sección Sedar Joven y **Fernando Ramasco Rueda**, jefe de Servicio de Anestesia y Reanimación del Hospital Universitario de La Princesa (Madrid).

Ingenieros, investigadores y especialistas. Todos han tenido cabida en este coloquio que ha centrado sus palabras en las ventajas de la implantación de la IA y los nuevos sistemas tecnológicos en la práctica, la docencia y la investigación en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Asimismo, a lo largo de la conferencia, los distintos ponentes han puesto varios ejemplos para dilucidar los **avances** que han supuesto la llegada de estos sistemas a la sanidad. Además, Wendel, se ha mostrado optimista con respecto al hecho de que los profesionales más mayores y, por tanto, desvinculados en su mayoría de las nuevas tecnologías. **"Tenemos que demostrar que sirve de algo"**, ha comenzado su discurso con este periódico.

"Si lo único que queremos es implementar tecnología por implementar tecnología y hacer todo más complejo por hacerlo más complejo, no llegaremos a ningún lado. Lo que tenemos que demostrar es que **la Inteligencia Artificial puede facilitarnos el día a día clínico** y puede darnos una visión diferente a la medicina clínica que hacemos", ha subrayado.

Así, la IA se ha posicionado como la bandera de un nuevo sistema en el que la tecnología se posiciona en el centro a la hora de establecer las nuevas decisiones clínicas.

Medios nacionales



El III Congreso Nacional Urgencias y Emergencias tuvo lugar el pasado 20 de febrero en Madrid con más de 400 inscripciones.

Este congreso proporcionó una plataforma invaluable para el intercambio de conocimientos, experiencias y mejores prácticas.

El objetivo principal del congreso fue dar visibilidad al trabajo y los retos que se enfrentan los profesionales sanitarios en el servicio de urgencias.

Resumen

¿Te gustaría descubrir lo qué paso en cada ponencia?

¡Sigue leyendo y no te pierdas ningún detalle sobre el congreso!La inauguración estuvo a cargo de D. Alberto Rando Caño, director de formación de Cursos FNN.

Mesa debate

El III Congreso Nacional de Urgencias y Emergencias comenzó con una **mesa de debate inaugural**, moderada por **D. Alberto Rando Caño**, donde se abordó un tema fundamental para el ámbito sanitario: **la evolución del cuidado en urgencias**.

Durante la sesión, se analizaron aspectos clave como las **competencias del personal de enfermería**, el **crecimiento en la demanda de atención**, los desafíos en la gestión de urgencias y la importancia de la **coordinación entre niveles asistenciales**.

La mesa contó con la participación de dos expertas en el sector:

Dña. María Dolores Velázquez del Pino, Supervisora de Urgencias del **Hospital Universitario de La Princesa**, quien compartió su visión sobre la optimización de los servicios de urgencias en hospitales.

Dña. María Soledad Ochandorena Juanena, Directora Asistencial de Enfermería de la **Dirección Asistencial Noroeste de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid**, quien destacó la necesidad de fortalecer la coordinación entre atención primaria y hospitalaria.

El debate permitió un **intercambio enriquecedor** de ideas sobre el futuro de la atención sanitaria, el impacto de la tecnología en la gestión de urgencias y la importancia de la formación continua.

Este encuentro inaugural marcó el inicio de un congreso dinámico, centrado en la mejora continua y la innovación en la atención de urgencias.

Sesión de conferencias

Mesa 1: El valor del TCAE en Urgencias

La primera mesa del congreso estuvo dedicada a resaltar el papel esencial de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs) en el ámbito de las urgencias hospitalarias. Moderada por **D. Alberto Rando Caño**, Director de Formación de Fnn, la sesión permitió reflexionar sobre la importancia de estos profesionales en la atención sanitaria de urgencias y su contribución al bienestar del paciente.

Bajo el título **«El valor del TCAE en Urgencias»**, la mesa contó con dos ponencias impartidas por expertas del sector, quienes compartieron su experiencia y conocimientos en la materia.

La primera intervención estuvo a cargo de **Dña. Andrea Muñoz Valera**, TCAE del servicio de urgencias del **Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz**. En su ponencia, titulada **«Recogida de muestras desde la visión del TCAE en Urgencias»**, Andrea abordó la importancia de realizar una correcta y eficaz recogida de muestras, destacando la necesidad de cumplir con protocolos rigurosos para garantizar la seguridad del paciente y la precisión de los resultados. Asimismo, subrayó la relevancia de una comunicación efectiva con el resto del equipo sanitario, lo que permite optimizar los tiempos de respuesta y mejorar la calidad de la atención.

Seguidamente, **Dña. Rosa Llorente de Andrés**, TCAE del servicio de urgencias del **Hospital Universitario Ramón y Cajal**, realizó varias intervenciones en las que destacaba el papel fundamental del TCAE desde la llegada del paciente a urgencias hasta su seguimiento posterior.

Gracias a la participación de estas dos grandes profesionales, la mesa permitió poner en valor el trabajo diario de los TCAEs en urgencias, destacando su compromiso, dedicación y el impacto positivo que tienen en la calidad asistencial.

Mesa 2: Práctica avanzada en urgencias

La segunda mesa del congreso estuvo dedicada a analizar la **práctica avanzada en urgencias**, un modelo asistencial que está transformando la atención sanitaria a través de la especialización y la optimización de recursos. La sesión fue moderada por **Dña. Guadalupe Fontán Vinagre**, Coordinadora del Instituto de Investigación Enfermera del **Consejo General de**

Enfermería de España, quien destacó la creciente importancia de la formación avanzada y el liderazgo enfermero en los servicios de urgencias.

En esta mesa participaron dos destacados expertos en la gestión de urgencias, quienes compartieron su experiencia y visión sobre la evolución de la práctica avanzada en este ámbito.

El primero en intervenir fue **D. Rubén Sánchez Rodríguez**, Supervisor de Urgencias del **Hospital Universitario Ramón y Cajal**, con su ponencia titulada **«Enfermera de Práctica Avanzada en los Servicios de Urgencias: ventajas, aportaciones y retos de su implementación»**. Durante su exposición, subrayó el impacto positivo de la práctica avanzada en la optimización de recursos, la reducción de tiempos de espera y la mejora en la calidad asistencial. Asimismo, destacó los beneficios que este modelo aporta a los pacientes y al equipo multidisciplinar, a la vez que señaló los principales desafíos en su implementación, como la necesidad de un marco normativo sólido y una mayor inversión en formación especializada.

A continuación, **D. Javier Díaz**, Supervisor de Urgencias del **Hospital Universitario Rey Juan Carlos**, ofreció su perspectiva sobre la evolución y mejora de la atención en urgencias. En su intervención, enfatizó el papel clave de la **enfermería de práctica avanzada**, resaltando cómo esta figura contribuye a la seguridad del paciente, la toma de decisiones clínicas y la eficiencia en la gestión de los servicios de urgencias. Además, abordó el impacto de la tecnología y la innovación en la atención urgente, señalando la necesidad de un enfoque basado en la evidencia para fortalecer el rol de estos profesionales en el sistema sanitario.

El debate posterior puso de manifiesto la relevancia de la especialización y la formación avanzada en el ámbito de las urgencias, destacando el liderazgo enfermero y la innovación como pilares fundamentales para mejorar la atención al paciente. La sesión concluyó con un llamamiento a seguir impulsando el desarrollo de la **enfermería de práctica avanzada**, promoviendo su reconocimiento y potenciando su integración en los equipos de urgencias para afrontar los retos del futuro en la atención sanitaria.

Mesa 3: Humanización y seguridad del paciente en Urgencias

La tercera mesa del congreso estuvo dedicada a un aspecto fundamental en la atención sanitaria: la **humanización y seguridad del paciente en urgencias**. Moderada por **Dña. Patricia Fernán Pérez**, Directora de Enfermería del **Hospital Universitario de Getafe**, la sesión permitió reflexionar sobre cómo combinar la excelencia clínica con un trato más cercano, empático y seguro, tanto para los pacientes como para el equipo sanitario.

Esta mesa contó con la participación de tres ponentes expertos, quienes compartieron su visión y experiencias sobre cómo mejorar la calidad asistencial en los servicios de urgencias sin perder de vista la importancia del acompañamiento humano.

El primero en intervenir fue **D. Enrique González Ramírez**, Supervisor de Urgencias del **Hospital La Moraleja Sanitas**, con su ponencia **«Los protagonistas de la humanización en urgencias»**. Durante su exposición, destacó el papel esencial del equipo sanitario en la creación de un entorno más acogedor para los pacientes, subrayando la importancia de la comunicación efectiva, el trato cercano y la empatía en situaciones de alta tensión. Además, enfatizó cómo la implicación del personal sanitario es clave para mejorar la experiencia del paciente en un entorno que, por su naturaleza, puede resultar estresante y despersonalizado.

A continuación, **D. Juan Ignacio Lazo Álvarez**, Supervisor de Enfermería de Urgencias del **Hospital Universitario Infanta Leonor**, presentó la ponencia **«Seguridad y humanización en urgencias: Más allá del protocolo»**. En su intervención, abordó la necesidad de integrar las medidas de seguridad con un enfoque humanizado, asegurando que la aplicación de protocolos y normativas no debe hacer olvidar el trato individualizado. Expuso estrategias para mantener un equilibrio entre la rigurosidad clínica y el bienestar emocional del paciente, destacando cómo un entorno seguro y cálido contribuye a la recuperación y a la confianza del paciente en el sistema sanitario.

Por último, **Dña. Marta Manero Solanas**, Supervisora de Urgencias del **Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)**, aportó una perspectiva centrada en el desarrollo del personal con su ponencia **«Desarrollo competencial de la enfermera novel en urgencias con la implementación de un programa de tutorización»**. En ella, resaltó la importancia de la mentoría y el acompañamiento estructurado para las enfermeras que inician su trayectoria en un entorno de alta exigencia como las urgencias. Explicó cómo la implementación de programas de tutorización contribuye al crecimiento profesional, genera confianza y mejora la calidad asistencial, asegurando que los nuevos profesionales se integren de manera efectiva y desarrollen las competencias necesarias para ofrecer una atención segura y humanizada.

El debate posterior puso en valor la necesidad de equilibrar la eficiencia clínica con un trato más humano, resaltando la importancia de promover iniciativas que **mejoren la experiencia del paciente y faciliten el desarrollo del personal sanitario**. Se destacó que la humanización y la seguridad no son conceptos opuestos, sino elementos complementarios que deben guiar la evolución de los servicios de urgencias.

Mesa 4: La innovación del cuidado en urgencias

La cuarta y última mesa del congreso estuvo centrada en la **innovación en los cuidados de urgencias**, un ámbito en constante evolución que demanda nuevas estrategias y modelos asistenciales adaptados a las necesidades emergentes de los pacientes. Moderada por **Dña. Esther Escalero Carboneras**, Directora de Enfermería de **Viamed Santa Elena** y Responsable de Coordinación de Proyectos Asistenciales, la sesión permitió reflexionar sobre la importancia de la especialización y la mejora continua en los servicios de urgencias.

En esta mesa participaron dos expertas en la atención urgente, quienes compartieron iniciativas innovadoras destinadas a optimizar la asistencia de los pacientes más vulnerables.

La primera intervención estuvo a cargo de **Dña. Belén Rebollo Mosquera**, Supervisora de Urgencias del **Hospital Universitario Puerta de Hierro**, con su ponencia **«UFRA: Unidad de fragilidad dentro de un servicio de urgencias»**. Durante su exposición, destacó la necesidad de un enfoque especializado para los pacientes frágiles, un grupo que requiere una atención diferenciada debido a su alto riesgo de deterioro clínico. Explicó cómo la implementación de la **Unidad de Fragilidad en Urgencias (UFRA)** ha permitido ofrecer una atención más personalizada y eficaz, reduciendo complicaciones y mejorando la calidad de vida de estos pacientes.

A continuación, **Dña. Pilar Gallego-Preciado García**, Enfermera de Urgencias del **Hospital Fundación Jiménez Díaz**, presentó la ponencia **«La atención del paciente vulnerable en el servicio de urgencias»**. En su intervención, abordó las estrategias clave para garantizar un cuidado adecuado a los pacientes más vulnerables, incluyendo personas mayores, pacientes con patologías crónicas o en situación de exclusión social. Subrayó la importancia de la

detección temprana de sus necesidades, la coordinación entre equipos asistenciales y la aplicación de protocolos específicos que permitan una atención más eficiente y humanizada.

Esta mesa, que puso el broche final al congreso, resaltó la importancia de la **innovación en los cuidados de urgencias**, destacando la necesidad de adaptar los servicios a los nuevos retos asistenciales. Se hizo especial hincapié en la mejora continua de los procesos, la personalización del cuidado y el uso de estrategias innovadoras para ofrecer una atención más eficaz, segura y centrada en el paciente.

Desde Fnn, queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a **todos los ponentes, moderadores y profesionales** que han compartido su conocimiento y experiencia en cada una de las mesas de debate. Su dedicación y compromiso han sido clave para enriquecer este espacio de aprendizaje y reflexión sobre la evolución y los desafíos de la atención en urgencias.

Asimismo, queremos dar las **gracias a todos los asistentes** online. Su interés, participación e interacción han hecho de este congreso un evento dinámico y enriquecedor, demostrando una vez más la importancia de la formación continua y la innovación en el ámbito sanitario.

Esperamos que este encuentro haya sido una fuente de inspiración y crecimiento profesional para todos. ¡Nos vemos en la próxima edición!

Medios especializados



El lunes 3 de marzo en el Hospital Universitario de La Princesa (Diego de León, 62, Madrid. Encuentro a las 10:45 en el despacho de la AECC -planta baja, junto a atención al paciente-) la Asociación Española Contra el Cáncer en Madrid contará con la presencia de la actriz Ángela Conde para coordinar un taller de "Teatro espontáneo".

La actividad, destinada a pacientes oncológicos, se centrará en la expresión, en la emoción y en la improvisación. Se desplegarán distintas dinámicas, que ayudarán a desarrollar capacidades y cualidades propias de los participantes. María Salvador, coordinadora de voluntariado en La Princesa, será la otra conductora de la actividad (la duración estimada es de una hora y media).

Medios nacionales



Lo mejor de lo mejor en sanidad. La revista Newsweek ha publicado un ránking con los que considera los 250 mejores centros sanitarios del mundo, entre los que incluye doce hospitales españoles y, como no podía ser de otra manera, hay un representante de la Comunitat Valenciana. El estudio, basado en la opinión de miles de expertos médicos de 30 países, datos sobre la experiencia de los pacientes, métricas de calidad hospitalaria y una encuesta de implantación de PROMs, incluye al Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia y lo coloca en el puesto 169 del total.

El primero de los centros nacionales en aparecer es el Hospital Universitario La Paz de Madrid, en el puesto 49, seguido del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid (52); el Hospital Clínic de Barcelona (59); el Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona (70), el Hospital General Universitario Gregorio de Madrid (76); la Clínica Universidad de Navarra (79); el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla (160); el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid (163); el mencionado anteriormente Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia (169); el Hospital Clínico San Carlos de Madrid (175), el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de Madrid (198) y el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona (217).

'Top ten' mundial y ránking nacional

Los diez primeros puestos de la tabla están ocupados por este orden por: La Clínica Mayo (Estados Unidos), Clínica Cleveland (Estados Unidos), Toronto General-Red de Salud Universitaria (Canadá), Hospital Johns Hopkins (Estados Unidos), Universidad Karolinska Jukhuset (Suecia), Hospital General de Massachusetts (Estados Unidos), Charité-Universitätsmedizin Berlín (Alemania), Centro médico Sheba (Israel), Hospital General de Singapur (SGH) y Hospital universitario de Zúrich (Suiza).

El estudio también hace un ranking de los mejores hospitales de cada país. En el caso de España, aparecen cuatro centros de la Comunitat Valenciana. El ránking lo encabeza la Paz con una puntuación del 91,83%, seguido del Hospital Universitario 12 de Octubre (88,35%), Clínica Barcelona (87,12%), Hospital Universitario Vall d'Hebron (85,50%), Hospital General Universitario Gregorio Marañón (85,30%), Clínica Universidad de Navarra (82,97%), Hospital Universitario Virgen del Rocío (80,86%), Universitario Ramón y Cajal (80,48%), Hospital Universitario y Politécnico La Fe (80,36%) y Hospital Clínico San Carlos (78,74%).

Medios locales





JAÉN.- El Hospital Universitario de Jaén ha sido incluido en el ranking 'World Best Hospitals 2025' de la revista 'Newsweek', pero en una posición que refleja su lejanía con los principales referentes sanitarios del país. A pesar de formar parte de la lista de los mejores hospitales de España, el centro jiennense se encuentra en la parte baja del ranking, muy por detrás de otros hospitales andaluces como el Virgen del Rocío de Sevilla o el Virgen de las Nieves de Granada, que sí ocupan posiciones más destacadas. De hecho ocupa la posición 88 de una lista de 100 hospitales de España.

El ranking, que analiza más de 2.400 hospitales de 30 países, se basa en indicadores de calidad asistencial, experiencia del paciente y valoración de expertos sanitarios. La inclusión del Hospital Universitario de Jaén en la lista podría interpretarse como un reconocimiento, pero también evidencia las diferencias con los grandes hospitales del país y la necesidad de mejoras estructurales y de servicios.

Jaén, a la sombra de otros centros hospitalarios

Mientras hospitales de Madrid, Barcelona, Valencia y Sevilla aparecen en posiciones privilegiadas, Jaén vuelve a quedarse en un segundo plano, sin alcanzar los estándares de

excelencia de otros centros sanitarios. El estudio hace el ranking de los mejores hospitales de cada país. En el caso de España lo encabeza la Paz con una puntuación del 91,83%, seguido del Hospital Universitario 12 de Octubre (88,35%), Clínica Barcelona (87,12%), Hospital Universitario Vall d'Hebron (85,50%), Hospital General Universitario Gregorio Marañón (85,30%), Clínica Universidad de Navarra (82,97%), Hospital Universitario Virgen del Rocío (80,86%), Universitario Ramón y Cajal (80,48%), Hospital Universitario y Politécnico La Fe (80,36%) y Hospital Clínico San Carlos (78,74%).

Entre el puesto 11 y el 30 están Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz; Hospital de la Santa Creu y Sant Pau 75,75%; Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; Hospital Universitario Puerta de Hierro – Majadahonda; Hospital Quirónsalud Barcelona; Hospital Universitario HM Sanchinarro de Madrid ; Hospital Ruber Internacionalde Madrid; Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba; Hospital Universitario de Bellvitge; Centro Médico Teknon; Hospital Universitario Virgen de Las Nieves de Granada; Hospital Clínico Universitario de Valencia; Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla; Hospital Universitario Quirónsalud Madrid; Hospital Universitario de Coruña; Hospital Universitario la Zarzuela de Madrid; Hospital Universitario de la Princesa de Madrid; Hospital Universitario Dexeus del Barcelona y el Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia.

Les siguen Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza; Hospital Universitario Central de Asturias; Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca en Murcia; Hospital Universitario Regional de Málaga; Hospital Clínico Universitario de Santiago; Hospital Universitario Infanta Leonor de Madrid; Complejo Asistencial Universitario de Salamanca; Hospital Quirónsalud Málaga; Hospital Clínico Universitario de Valladolid; Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón de Sevilla; Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid; Hospital Universitario HM Montepríncipe de Madrid; Hospital General Universitario de Ciudad Real; Hospital Universitario Galdakao-Usansolo; Hospital Universitario Sagrat Cor de Barcelona; Hospital Universitario San Roque de Las Palmas de Gran Canaria; Hospital Universitario de Cruces en Baracaldo; Hospital HLA Universitario Moncloa de Madrid; Hospital Vitas Valencia 9 de Octubre; Consorcio Hospital General Universitario de Valencia y Hospital de Barcelona:

Después del puesto 50 están Hospital Alemanes Trias i Pujol de Badalona; Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia; Hospital General Universitario de Alicante; Hospital Universitario Basurto; Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga; Hospital del Mar de Barcelona; Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia; Hospital Universitario Donostia; Hospital Universitario de Móstoles; Hospital Universitario Fundación Alcorcón; Hospital Universitario Rey Juan Carlos de Móstoles; Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz; Hospital Universitario HM Madrid; Hospital Universitario Virgen de Valme en Sevilla; Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria en Santa Cruz de Tenerife; Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; Hospital Costa del Sol de Marbella; Hospital Universitario Torrecárdenas de Almería; Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza y Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena.

Cierran la tabla el Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres; Universitario Clínico San Cecilio de Granada; Hospital Universitario de Araba; Hospital de San Juan de Dios de Manresa; Clínica Sagrada Familia de Barcelona; Hospital Universitario de Getafe; Complejo Asistencial Universitario de León; Hospital Universitario de Girona Doctor Josep Trueta; Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; Hospital Universitario del Vinalopó; Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín; Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés; Hospital San Pedro de Logroño; Hospital Universitario La Moraleja de Madrid; Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz; HCB Benidorm; Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla de Madrid; Hospital Universitario de Jaén; Hospital Vithas Xanit Internacional de Benalmádena; Hospital Universitario San Juan de Alicante; Complejo Asistencial de Ávila; Hospital de Sabadell; Hospital HM Nou Delfos de Barcelona; Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol; Hospital Universitario Son Llàtzer de Palma; Complejo Asistencial Universitario de Burgos; Juan Cardona de Ferrol; Hospital Universitario Juan XXIII de Tarragona; Complejo Hospitalario Universitario de Lugo y Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

EL DIARIO DE MADRID,

SOCIEDAD

Sanidad

El Hospital de Torrejón participa en un estudio que confirma la seguridad de suspender tratamientos biológicos en enfermedad inflamatoria intestinal

El ensayo clínico EXIT demuestra que es seguro interrumpir el tratamiento con anti-TNF-alfa en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en remisión sin aumentar el riesgo de recaídas



El Hospital Universitario de Torrejón, perteneciente a la red pública de la Comunidad de Madrid, ha participado en el ensayo clínico EXIT, el primero en comparar los efectos de la suspensión y el mantenimiento del tratamiento con fármacos anti-TNF-alfa en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en remisión.

El estudio, publicado en la prestigiosa revista científica GUT, ha sido liderado por el Hospital Universitario de La Princesa y ha contado con la colaboración del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Torrejón. Sus resultados indican que interrumpir el tratamiento en pacientes seleccionados no aumenta el riesgo de recaídas en un año, lo que podría suponer un cambio en la forma de abordar la terapia en estos pacientes.

Un estudio clave en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal

Los fármacos anti-TNF-alfa, como infliximab y adalimumab, son tratamientos biológicos utilizados para controlar enfermedades inflamatorias intestinales crónicas, como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. Estas enfermedades son autoinmunes, lo que significa que el sistema inmunológico ataca por error el intestino, provocando inflamación y daño en los tejidos.

"Dado que estos fármacos pueden provocar efectos adversos y en algunos casos deben suspenderse temporalmente, era fundamental evaluar científicamente si la interrupción del tratamiento es segura", explica el Dr. Manuel Van Domselaar, jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Torrejón.

Resultados del ensayo clínico

El estudio EXIT realizó un seguimiento durante 12 meses a 124 pacientes, dividiéndolos en dos grupos:

Un grupo continuó el tratamiento con anti-TNF-alfa.

Otro suspendió el tratamiento biológico, pero ambos grupos mantuvieron el tratamiento inmunodepresor.

Los resultados mostraron que en pacientes cuidadosamente seleccionados (con remisión clínica estable, sin lesiones graves y con bajo riesgo de recaída), la suspensión del tratamiento biológico no conlleva un aumento significativo de recaídas en comparación con los pacientes que lo mantuvieron.

Sin embargo, los pacientes que suspendieron el anti-TNF-alfa presentaron niveles más elevados de calprotectina fecal (un marcador de inflamación intestinal) y mayor presencia de lesiones endoscópicas. Por ello, la suspensión del tratamiento debe realizarse con precaución y bajo estrecha supervisión médica.

Un avance en la personalización del tratamiento

Los especialistas del Hospital Universitario de Torrejón consideran que el estudio EXIT demuestra que, en condiciones controladas y en pacientes adecuados, la suspensión del

tratamiento con anti-TNF-alfa es segura y efectiva en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en remisión.

"Estos resultados pueden contribuir a optimizar el tratamiento de estas enfermedades crónicas y mejorar la calidad de vida de los pacientes, evitando efectos adversos innecesarios y reduciendo el impacto económico de estos fármacos en el sistema sanitario", concluye la Dra. Isabel Blázquez, especialista del Servicio de Aparato Digestivo del hospital torrejonero. Este hallazgo abre la puerta a futuras investigaciones para seguir evaluando qué pacientes pueden beneficiarse de la suspensión del tratamiento sin comprometer su bienestar.

Medios especializados



El Hospital Universitario de Torrejón ha participado en un ensayo clínico que ha investigado los diferentes efectos provocados por la suspensión y el mantenimiento del tratamiento con medicamentos biológicos –específicamente anti-TNF-alfa, como infliximab y adalimumab,– en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal en remisión. El Estudio multicéntrico EXIT, publicado recientemente en la revista científica internacional GUT y en el que ha participado el Servicio de Aparato Digestivo del centro torrejonero, sugiere que se puede interrumpir el

tratamiento en estos pacientes sin poner en riesgo la remisión en un año. Este estudio ha sido liderado por el Hospital Universitario de La Princesa.

Los medicamentos anti-TNF-alfa son fármacos biológicos frecuentemente utilizados de forma crónica para tratar enfermedades autoinmunomediadas, como las patologías de Crohn y la colitis ulcerosa, dos enfermedades inflamatorias intestinales crónicas. Estos fármacos actúan bloqueando el Factor de Necrosis Tumoral, una proteína que juega un papel determinante en los procesos inflamatorios, ya que, en estas enfermedades, el sistema inmunológico la produce en exceso, provocando una inflamación excesiva y daño en los tejidos del cuerpo.

En pacientes cuidadosamente seleccionados, interrumpir el tratamiento biológico no conlleva un aumento significativo de recaídas en comparación con aquellos pacientes que lo mantienen

“Dado que estos fármacos pueden ocasionar efectos adversos y hay situaciones en las que se deben suspender durante una temporada, era necesario evaluar científicamente en un estudio si se puede suspender de forma segura el tratamiento con anti-TNF-alfa sin exponerse a un riesgo elevado de recaída”, introducen el Dr. Manuel Van Domselaar, jefe del servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Torrejón, y la Dra. Isabel Blázquez, especialista del mismo servicio.

El ensayo clínico ha realizado un seguimiento durante 12 meses a un total de 124 pacientes que completaron el tratamiento según el protocolo establecido, dividiéndoles en dos grupos: uno continuaba con el tratamiento anti-TNF-alfa y otro lo suspendía, aunque ambos grupos mantenían el tratamiento inmunodepresor. En los resultados arrojados, se muestra que en pacientes cuidadosamente seleccionados –con remisión clínica estable, sin lesiones graves y con bajo riesgo de recaída– interrumpir el tratamiento biológico no conlleva un aumento significativo de recaídas en comparación con aquellos pacientes que lo mantienen. Este estudio ha desvelado que aquellos pacientes que suspendieron el anti-TNF-alfa, manteniendo el inmunosupresor, tuvieron una evolución similar a los pacientes que mantuvieron el anti-TNF, por lo que la suspensión de la medicación podría ser una opción segura.

Aunque la suspensión del tratamiento no afectó a la calidad de vida ni a la productividad laboral de los pacientes, estos sí que presentaron una mayor proporción de niveles elevados con calprotectina fecal, un marcador de inflamación intestinal, y lesiones endoscópicas. Por ese motivo, no se recomienda suspender estos tratamientos sin tener en cuenta los factores de riesgo y, en caso de llevarlo a cabo, es necesario realizar un seguimiento cercano.

“El estudio EXIT manifiesta que en condiciones controladas y en pacientes seleccionados, la suspensión del tratamiento con anti-TNF-alfa puede ser segura y efectiva en pacientes con una enfermedad inflamatoria intestinal en remisión”, sentencian los profesionales del Hospital Universitario de Torrejón.

Medios locales



SEGÚN 'NEWSWEEK'

Buenas noticias para el Hospital de Salamanca: está entre los 40 mejores centros de España

EP

LOCAL

Actualizado 26/02/2025 19:10

Tres hospitales de Castilla y León: el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, el Clínico Universitario de Valladolid y el Hospital Universitario Río Hortega, también la capital vallisoletana, se encuentran entre los 40 mejores centros sanitarios de España según un ranking de la revista 'Newsweek'.

El estudio, titulado 'World Best Hospitals 2025', recoge la opinión de miles de expertos médicos de 30 países, datos sobre la experiencia de los pacientes, métricas de calidad hospitalaria y una encuesta de implantación de PROMs, y define así un ranking internacional en el que España ha colocado doce hospitales, ninguno castellanoleonés.

No obstante, el estudio también hace un ranking de los mejores hospitales de cada país, incluido España, con una lista de 100 centros, entre los que Castilla y León está representada por el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (69,53 por ciento de puntuación), que ocupa el puesto 36; el Clínico Universitario de Valladolid (69,39), puesto 38; y el Río Hortega vallisoletano (69,3), en el puesto 40.

Ya en el puesto 77, se encuentra el Complejo Asistencial Universitario de León (67,68 por ciento de puntuación); en el 91 el Complejo Asistencial de Ávila (67,23) y, en el puesto 96, el Complejo Asistencial Universitario de Burgos (67,15).

A nivel nacional, el ranking España lo encabeza la Paz con una puntuación del 91,83 por ciento, seguido del Hospital Universitario 12 de Octubre (88,35), Clínica Barcelona (87,12), Hospital Universitario Vall d'Hebron (85,50), Hospital General Universitario Gregorio Marañón (85,30), Clínica Universidad de Navarra (82,97), Hospital Universitario Virgen del Rocío (80,86), Universitario Ramón y Cajal (80,48), Hospital Universitario y Politécnico La Fe (80,36) y Hospital Clínico San Carlos (78,74).

Entre el puesto 11 y el 30 están Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz; Hospital de la Santa Creu y Sant Pau 75,75 por ciento; Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; Hospital Universitario Puerta de Hierro - Majadahonda; Hospital Quirónsalud Barcelona; Hospital Universitario HM Sanchinarro de Madrid ; Hospital Ruber Internacionalde Madrid; Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba; Hospital Universitario de Bellvitge; Centro Médico Teknon; Hospital Universitario Virgen de Las Nieves de Granada; Hospital Clínico Universitario de Valencia; Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla; Hospital Universitario Quirónsalud Madrid; Hospital Universitario de Coruña; Hospital Universitario la Zarzuela de Madrid; Hospital Universitario de la Princesa de Madrid; Hospital Universitario Dexeus del Barcelona y el Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia.

Les siguen Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza; Hospital Universitario Central de Asturias; Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca en Murcia; Hospital Universitario Regional de Málaga; Hospital Clínico Universitario de Santiago; Hospital Universitario Infanta Leonor de Madrid; el de Salamanca; Hospital Quirónsalud Málaga; el Clínico de Valladolid; Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón de Sevilla; el Río Hortega de Valladolid; Hospital Universitario HM Montepríncipe de Madrid; Hospital General Universitario de Ciudad Real; Hospital Universitario Galdakao-Usansolo; Hospital Universitario Sagrat Cor de Barcelona; Hospital Universitario San Roque de Las Palmas de Gran Canaria; Hospital Universitario de Cruces en Baracaldo; Hospital HLA Universitario Moncloa de Madrid; Hospital Vitas Valencia 9 de Octubre; Consorcio Hospital General Universitario de Valencia y Hospital de Barcelon.

Después del puesto 50 están Hospital Alemanes Trias i Pujol de Badalona; Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia; Hospital General Universitario de Alicante; Hospital

Universitario Basurto; Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga; Hospital del Mar de Barcelona; Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia; Hospital Universitario Donostia; Hospital Universitario de Móstoles; Hospital Universitario Fundación Alcorcón; Hospital Universitario Rey Juan Carlos de Móstoles; Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz; Hospital Universitario HM Madrid; Hospital Universitario Virgen de Valme en Sevilla; Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria en Santa Cruz de Tenerife; Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; Hospital Costa del Sol de Marbella; Hospital Universitario Torrecárdenas de Almería; Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza y Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena.

Cierran la tabla el Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres; Universitario Clínico San Cecilio de Granada; Hospital Universitario de Araba; Hospital de San Juan de Dios de Manresa; Clínica Sagrada Familia de Barcelona; Hospital Universitario de Getafe; Complejo Asistencial Universitario de León; Hospital Universitario de Girona Doctor Josep Trueta; Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; Hospital Universitario del Vinalopó; Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín; Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés; Hospital San Pedro de Logroño; Hospital Universitario La Moraleja de Madrid; Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz; HCB Benidorm; Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla de Madrid; Hospital Universitario de Jaén; Hospital Vithas Xanit Internacional de Benalmádena; Hospital Universitario San Juan de Alicante; Complejo Asistencial de Ávila; Hospital de Sabadell; Hospital HM Nou Delfos de Barcelona; Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol; Hospital Universitario Son Llàtzer de Palma; Complejo Asistencial Universitario de Burgos; Juan Cardona de Ferrol; Hospital Universitario Juan XXIII de Tarragona; Complejo Hospitalario Universitario de Lugo y Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

La clasificación de este año sobre más de 2.400 hospitales incluye los mejores hospitales de 30 países: Australia, Austria, Bélgica, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, India, Israel, Italia, Japón, Malasia, México, Países Bajos, Noruega, Arabia Saudita, Singapur, Corea del Sur, España, Suecia, Suiza, Taiwán, Tailandia, Emiratos Árabes Unidos, Reino Unido y Estados Unidos.

Estos países fueron seleccionados en función de múltiples factores de comparabilidad, como el nivel de vida, la esperanza de vida, el tamaño de la población, el número de hospitales y la disponibilidad de datos.

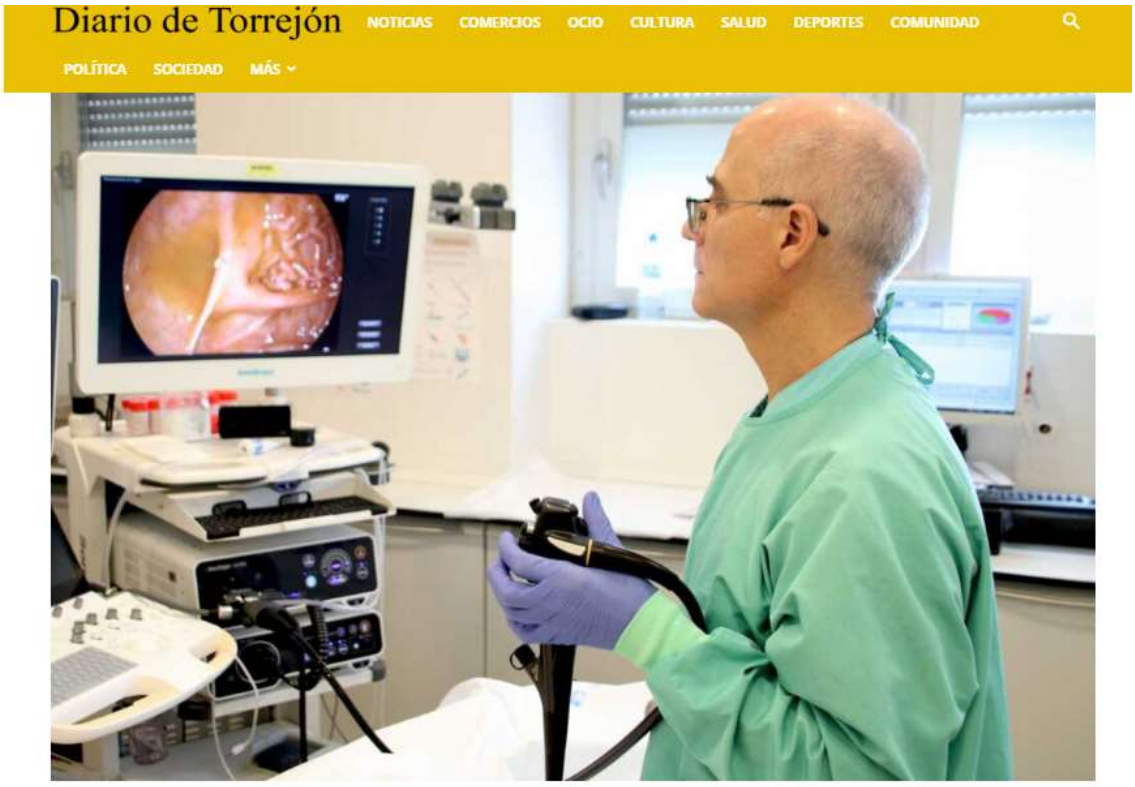
DOCE MEJORES DEL MUNDO

Así, en cuanto a los mejores hospitales del mundo, el primer centro español en aparecer es el Hospital Universitario La Paz de Madrid, en el puesto 49, seguido del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid (52); el Hospital Clínic de Barcelona (59); el Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona (70), el Hospital General Universitario Gregorio de Madrid (76); la Clínica Universidad de Navarra (79); El Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla (160); el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid (163); el Hospital Universitari i Politècnic La

Fe de Valencia (169); el Hospital Clínico San Carlos de Madrid (175), el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de Madrid (198) y el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona (217).

Los diez primeros puestos de la tabla están ocupados por este orden por: La Clínica Mayo (Estados Unidos), Clínica Cleveland (Estados Unidos), Toronto General - Red de Salud Universitaria (Canadá), Hospital Johns Hopkins (Estados Unidos), Universidad Karolinska Jukhuset (Suecia), Hospital General de Massachusetts (Estados Unidos), Charité - Universitätsmedizin Berlín (Alemania), Centro médico Sheba (Israel), Hospital General de Singapur (SGH) y Hospital universitario de Zúrich (Suiza).

Medios locales



Suspender tratamientos biológicos en Enfermedad Inflamatoria Intestinal puede ser seguro, según un estudio

26 de febrero de 2025



El estudio EXIT es el primer ensayo clínico controlado en comparar los efectos específicos de la suspensión y del mantenimiento del tratamiento con fármacos anti-factor de necrosis tomoral-alfa (anti-TNF-alta) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en remisión

El Hospital Universitario de Torrejón, perteneciente a la red pública de la Comunidad de Madrid, ha participado en un ensayo clínico que ha investigado los diferentes efectos provocados por la suspensión y el mantenimiento del tratamiento con medicamentos biológicos –específicamente anti-TNF-alfa, como infliximab y adalimumab,– en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal en remisión.

El Estudio multicéntrico EXIT, publicado recientemente en la prestigiosa revista científica internacional GUT y en el que ha participado el Servicio de Aparato Digestivo del centro torrejonero, sugiere que se puede interrumpir el tratamiento en estos pacientes sin poner en riesgo la remisión en un año. Este importante estudio ha sido liderado por el Hospital Universitario de La Princesa.

Los medicamentos anti-TNF-alfa son fármacos biológicos frecuentemente utilizados de forma crónica para tratar enfermedades autoinmunomediadas, como las patologías de Crohn y la colitis ulcerosa, dos enfermedades inflamatorias intestinales crónicas. Estos fármacos actúan bloqueando el Factor de Necrosis Tumoral, una proteína que juega un papel determinante en los procesos inflamatorios, ya que, en estas enfermedades, el sistema inmunológico la produce en exceso, provocando una inflamación excesiva y daño en los tejidos del cuerpo.

“Dado que estos fármacos pueden ocasionar efectos adversos y hay situaciones en las que se deben suspender durante una temporada, era necesario evaluar científicamente en un estudio si se puede suspender de forma segura el tratamiento con anti-TNF-alfa sin exponerse a un riesgo elevado de recaída”, introducen el Dr. Manuel Van Domselaar, jefe del servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Torrejón, y la Dra. Isabel Blázquez, especialista del mismo servicio.

El ensayo clínico ha realizado un seguimiento durante 12 meses a un total de 124 pacientes que completaron el tratamiento según el protocolo establecido, dividiéndoles en dos grupos: uno continuaba con el tratamiento anti-TNF-alfa y otro lo suspendía, aunque ambos grupos mantenían el tratamiento inmunodepresor.

En los resultados arrojados, se muestra que en pacientes cuidadosamente seleccionados –con remisión clínica estable, sin lesiones graves y con bajo riesgo de recaída– interrumpir el tratamiento biológico no conlleva un aumento significativo de recaídas en comparación con aquellos pacientes que lo mantienen. Este estudio ha desvelado que aquellos pacientes que suspendieron el anti-TNF-alfa, manteniendo el inmunosupresor, tuvieron una evolución similar a los pacientes que mantuvieron el anti-TNF, por lo que la suspensión de la medicación podría ser una opción segura.

Aunque la suspensión del tratamiento no afectó a la calidad de vida ni a la productividad laboral de los pacientes, estos sí que presentaron una mayor proporción de niveles elevados con calprotectina fecal, un marcador de inflamación intestinal, y lesiones endoscópicas. Por

ese motivo, no se recomienda suspender estos tratamientos sin tener en cuenta los factores de riesgo y, en caso de llevarlo a cabo, es necesario realizar un seguimiento cercano.

“El estudio EXIT manifiesta que en condiciones controladas y en pacientes seleccionados, la suspensión del tratamiento con anti-TNF-alfa puede ser segura y efectiva en pacientes con una enfermedad inflamatoria intestinal en remisión”, sentencian los profesionales del Hospital Universitario de Torrejón.

Medios Locales


La sanitaria Anisa Milud recibirá el Premio Mujer 10

El Partido Popular de Ceuta destaca "su trayectoria ejemplar y su compromiso con la salud"

Por María Valverde — 28/02/2025 - 11:45

Lo más visto hoy

La labor y el esfuerzo de Anisa Milud ha tenido su recompensa. Tras años de dedicación, la sanitaria ha sido reconocida por su empeño como sanitaria en Ceuta. El Partido Popular la ha elegido como la galardonada de su Premio Mujer 10.

La organización política ha destacado de esta vecina “su trayectoria ejemplar y su compromiso tanto con la salud como con el bienestar de la comunidad”. Este es el motivo por el que el jurado a cargo de entregar la distinción se ha decantado por ella, una ceutí de la que han remarcado su trabajo “incansable” y la han catalogado como un “referente de vocación y entrega”.

Anisa se jubiló en el año 2020 tras 43 años plenamente volcados al cuidado de los demás. Fue enfermera durante estas cuatro décadas. Estuvo en primera fila al servicio de los pacientes de diferentes áreas médicas, desde UCI o Cirugía Digestiva en el Hospital La Princesa de Madrid hasta su ejercicio como coordinadora y supervisora de Consultas Externas del HUCE. Esta última área fue en la que estuvo con el uniforme puesto.

Lucha contra el Covid-19

Una vez finalizada su vida laboral en marzo de 2020, se topó meses después con la crudeza de la pandemia. Pasó de cuidar a los demás a estar bajo el ala del equipo del centro hospitalario local.

El Covid-19 se convirtió en algo más que una especie de gripe y se convirtió en una paciente más de ingreso en el clínico de Loma Colmenar. La ceutí, criada en la barriada de El Morro, pasó 22 días encamada en el centro hasta lograr recomponerse del virus.

Este le causó una neumonía bilateral con la que tuvo que combatir durante casi un mes. Después de su alta, tuvo un periodo de tiempo de recuperación hasta sanarse.

“Su dedicación profesional ha dejado una huella imborrable en la comunidad sanitaria de la ciudad”, ha indicado el partido en el comunicado difundido para dar parte de la buena noticia.

Acto de entrega

Anisa celebrará este reconocimiento junto a sus allegados el próximo 10 de marzo a las 17:30 horas. Ese día se le hará entrega del distintivo en la sede del Partido Popular “en un homenaje que festeja el esfuerzo y la dedicación de las mujeres”.

La entidad política ha recalcado que este premio se entrega de forma anual como parte de los actos conmemorativos con motivo del Día Internacional de la Mujer. El mismo pone el foco en aquellas profesionales que han pisado fuerte en su empleo y que han contribuido de una manera significativa en este.

Medios locales

La enfermera Anisa Milud, Premio Mujer 10 del PP de Ceuta



El partido busca reconocer su “trayectoria ejemplar y su compromiso con la salud y el bienestar de la comunidad” de esta vecina del Morro

El Partido Popular de Ceuta ha anunciado que el Premio Mujer 10 de este año será otorgado a la enfermera ceutí Anisa Milud Ali, “una destacada figura” en el ámbito sanitario de la ciudad, “en reconocimiento a su trayectoria ejemplar y su compromiso con la salud y el bienestar de la comunidad”.

Este galardón se entrega anualmente como parte de los actos conmemorativos del Día Internacional de la Mujer, para rendir homenaje a mujeres que han dejado una huella significativa en sus sectores profesionales y sociales. El reconocimiento pasará a manos de Anisa el lunes 10 de marzo, en un evento que dará comienzo a las 17:30h en la sede del partido (calle Teniente Arrabal).

Anisa Milud Ali nació en Ceuta, en la Barriada del Morro, el 19 de marzo de 1955. Diplomada Universitaria de Enfermería (DUE), dedicó 43 años de su vida al servicio sanitario, jubilándose en marzo de 2020 tras una carrera profesional ejemplar.

A lo largo de su trayectoria, Anisa ha desempeñado funciones en diversas especialidades médicas, desde UCI y Cirugía Digestiva en el Hospital La Princesa de Madrid hasta la supervisión y coordinación de Consultas Externas en el Hospital Universitario de Ceuta, "donde concluyó su admirable labor", según han relatado desde el PP a través de una nota de prensa.

"Su compromiso incansable con la salud de los ceutíes y su dedicación profesional han dejado una huella imborrable en la comunidad sanitaria de Ceuta, convirtiéndola en un referente de vocación y entrega", ha manifestado el partido.

El PP pretende poner en valor "la trayectoria profesional" de la homenajeada, destacando su "entrega y vocación" al servicio sanitario en Ceuta. "Con este Premio Mujer 10, el Partido Popular de Ceuta reafirma su compromiso con la igualdad de oportunidades y el reconocimiento de mujeres que han contribuido de manera extraordinaria al progreso y bienestar de la sociedad", han concluido.

Medios nacionales



El **implante coclear** es probablemente la gran esperanza para muchas de las personas que padecen **sordera o hipoacusia,** que es el daño en la capacidad auditiva de una persona.

- Según el Informe Mundial de la Audición de la OMS, son **más de 1.500 millones de personas en todo el mundo** los que tienen este problema. **E**
- **En nuestro país, hay 1.230.000 personas con discapacidad auditiva según los datos del INE correspondientes al año 2022.**

En cuanto a las causas que pueden llevar a perder el oído los especialistas de la Sociedad Española de Otorrinolaringología (SEORL-CCC) señalan varias:

- **Puede tener un origen genético**
- **Traumatismos o lesiones en el nervio acústico**

- **Tumores de oído (neurinoma del acústico)**
- **La sordera súbita o pérdida repentina de la audición**
- **O el síndrome de Ménière.**

Este martes, 25 de febrero, se celebra el Día Internacional del Implante Coclear.

Además, de la variedad de causas también existen muchos tipos, grados y tratamientos para la hipoacusia, según la parte del sistema auditivo que se haya alterado y a la intensidad de la pérdida de audición. **Entre estos tratamientos destacan los implantes cocleares. Se calcula que en España unas 22.000 personas llevan este dispositivo.**

¿Cuándo es posible un implante coclear?

Lo primero que hay que saber es que **el implante coclear no se puede utilizar en cualquier paciente con sordera**. **Solo son aptos aquellos que sufren sordera neurosensorial severa o profunda,** es decir la ocasionada por la afección del oído interno, donde se localiza la cóclea, del nervio auditivo o del cerebro, explican los especialistas del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de La Princesa.

Y como explican los otorrinos de este centro hospitalario, que tiene grandes tasas de éxito en la implantación de este tipo de dispositivos electrónicos en adultos y personas de la tercera edad;

- "**Los pacientes con este tipo de sordera obtienen poca mejoría con la utilización de audífonos, por lo que el implante coclear se convierte en una alternativa válida para recuperar la audición y por tanto su calidad de vida**",
- Otra de las indicaciones del implante coclear es para aquellas **personas con sordera congénita desde el nacimiento**.

¿Cómo se realiza el implante coclear?

El implante coclear consta de dos partes fundamentales, "la externa donde está **el procesador que recoge la señal sonora para procesarla y la parte interna en la que se encuentra el receptor que recibe esa señal y la transmite a la vía auditiva a través de los electrodos, consiguiendo que se produzca una sensación sonora en la corteza cerebral auditiva**", explican los especialistas en otorrinolaringología.

Para realizar su colocación se requiere la participación de profesionales de distintas especialidades médicas al tratarse de un proceso terapéutico complejo.

- **Antes de realizar la intervención se somete al paciente a un estudio audiológico con el que se comprueba que el daño auditivo está efectivamente en la cóclea**.
- También se comprueba como las otras opciones terapéuticas, como el uso de un audífono, tienen poco o ningún beneficio para la audición del paciente.

En esta primera fase interviene el otorrinolaringólogo, así como los neurofisiólogos y el personal de enfermería.

"A continuación, se requiere una valoración por el médico rehabilitador y el logopeda, y se realizará un TAC y resonancia magnética que permitirán ver la anatomía del oído y la viabilidad del implante", añaden los expertos.

El implante coclear requiere una rehabilitación programada de entre 2 y 6 semanas. **/ ZINKEVYCH. FREEPIK.**

Además, **en algunos casos también va a ser necesaria la valoración neurológica y psiquiátrica del paciente**. Con todos los datos de este completo estudio es cuando se lleva a cabo la implantación del dispositivo.

La intervención se realiza mediante anestesia general, y se realiza una incisión detrás de la oreja por donde se introduce la parte interna del implante hasta la cóclea. El receptor se coloca detrás de la oreja y se conecta.

Una vez que termina la intervención y activado el implante "**comienza la fase de rehabilitación combinada con la programación que suele durar entre 2 y 6 meses. Posteriormente se realizan seguimientos anuales para revisar la situación anatómica y técnica del dispositivo**", concluyen los otorrinos del Hospital de La Princesa.

Medios locales



El Partido Popular de Ceuta se complace en anunciar que el Premio Mujer 10 de este año será otorgado a Anisa Milud Ali, una destacada figura en el ámbito sanitario de Ceuta, en reconocimiento a su trayectoria ejemplar y su compromiso con la salud y el bienestar de la comunidad.

Este galardón se entrega anualmente como parte de los actos conmemorativos del Día Internacional de la Mujer, rindiendo homenaje a mujeres que han dejado una huella significativa en sus sectores profesionales y sociales.

Una vida de servicio y dedicación a la sanidad Anisa Milud Ali nació en Ceuta, en la Barriada del Morro, el 19 de marzo de 1955. Diplomada Universitaria de Enfermería (DUE), dedicó 43 años de su vida al servicio sanitario, jubilándose en marzo de 2020 tras una carrera profesional ejemplar.

A lo largo de su trayectoria, Anisa ha desempeñado funciones en diversas especialidades médicas, desde UCI y Cirugía Digestiva en el Hospital La Princesa de Madrid hasta la

supervisión y coordinación de Consultas Externas en el Hospital Universitario de Ceuta, donde concluyó su admirable labor. Su compromiso incansable con la salud de los ceutíes y su dedicación profesional han dejado una huella imborrable en la comunidad sanitaria de Ceuta, convirtiéndola en un referente de vocación y entrega.

El acto de entrega del Premio Mujer 10 se llevará a cabo en la sede del Partido Popular de Ceuta, en un homenaje que celebra el esfuerzo y la dedicación de las mujeres, destacando sus contribuciones esenciales a la sociedad.

Medios locales


El Norte de Castilla

Esta es la posición que ocupan los hospitales de Valladolid entre los mejores de España

La clasificación 'World Best Hospitals 2025', publicada por la revista 'Newsweek', recoge a los 250 mejores centros sanitarios del mundo y el top 100 de diferentes países

Un total de doce hospitales españoles se encuentra entre los 250 mejores centros sanitarios del mundo según el ranking 'World Best Hospitals 2025' publicado por la revista 'Newsweek', que recoge la opinión de miles de expertos médicos de 30 países, datos sobre la experiencia de los pacientes, métricas de calidad hospitalaria y una encuesta de implantación de PROMs.

El primero de los centros sanitarios de España en aparecer es el Hospital Universitario La Paz de Madrid, en el puesto 49), seguido del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid (52); el Hospital Clínic de Barcelona (59); el Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona (70), el

Hospital General Universitario Gregorio de Madrid (76); la Clínica Universidad de Navarra (79); El Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla (160); el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid (163); el Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia (169); el Hospital Clínico San Carlos de Madrid (175), el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de Madrid (198) y el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona (217).

Los 100 mejores hospitales de España, de acuerdo con la revista 'Newsweek'

El estudio también hace un ranking de los mejores hospitales de cada país. En el caso de España lo encabeza La Paz con una puntuación del 91,83%, seguido del Hospital Universitario 12 de Octubre (88,35%), Clínica Barcelona (87,12%), Hospital Universitario Vall d'Hebron (85,50%), Hospital General Universitario Gregorio Marañón (85,30%), Clínica Universidad de Navarra (82,97%), Hospital Universitario Virgen del Rocío (80,86%), Universitario Ramón y Cajal (80,48%), Hospital Universitario y Politécnico La Fe (80,36%) y Hospital Clínico San Carlos (78,74%).

Entre el puesto 11 y el 30 están Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz; Hospital de la Santa Creu y Sant Pau 75,75%; Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; Hospital Universitario Puerta de Hierro - Majadahonda; Hospital Quirónsalud Barcelona; Hospital Universitario HM Sanchinarro de Madrid ; Hospital Ruber Internacional de Madrid; Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba; Hospital Universitario de Bellvitge; Centro Médico Teknon; Hospital Universitario Virgen de Las Nieves de Granada; Hospital Clínico Universitario de Valencia; Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla; Hospital Universitario Quirónsalud Madrid; Hospital Universitario de Coruña; Hospital Universitario la Zarzuela de Madrid; Hospital Universitario de la Princesa de Madrid; Hospital Universitario Dexeus del Barcelona y el Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia.

Hospital Clínico y Río Hortega de Valladolid, entre los 40 mejores de España

Les siguen Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza; Hospital Universitario Central de Asturias; Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca en Murcia; Hospital Universitario Regional de Málaga; Hospital Clínico Universitario de Santiago; Hospital Universitario Infanta Leonor de Madrid; Complejo Asistencial Universitario de Salamanca; Hospital Quirónsalud Málaga; Hospital Clínico Universitario de Valladolid (puesto 38, con una puntuación del 69,39%); Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón de Sevilla; Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid (puesto 40, con una puntuación del 69,30%); Hospital Universitario HM Montepríncipe de Madrid; Hospital General Universitario de Ciudad Real; Hospital Universitario Galdakao-Usansolo; Hospital Universitario Sagrat Cor de Barcelona; Hospital Universitario San Roque de Las Palmas de Gran Canaria; Hospital Universitario de Cruces en Baracaldo; Hospital HLA Universitario Moncloa de Madrid; Hospital Vitas Valencia 9 de Octubre; Consorcio Hospital General Universitario de Valencia y Hospital de Barcelona:

Después del puesto 50 están Hospital Alemanes Trias i Pujol de Badalona; Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia; Hospital General Universitario de Alicante; Hospital Universitario Basurto; Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga; Hospital del Mar de Barcelona; Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia; Hospital Universitario Donostia; Hospital Universitario de Móstoles; Hospital Universitario Fundación Alcorcón; Hospital Universitario Rey Juan Carlos de Móstoles; Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz; Hospital Universitario HM Madrid; Hospital Universitario Virgen de Valme en Sevilla; Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria en Santa Cruz de Tenerife; Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; Hospital Costa del Sol de Marbella;

Hospital Universitario Torrecárdenas de Almería; Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza y Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena.

Cierran la tabla el Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres; Universitario Clínico San Cecilio de Granada; Hospital Universitario de Araba; Hospital de San Juan de Dios de Manresa; Clínica Sagrada Familia de Barcelona; Hospital Universitario de Getafe; Complejo Asistencial Universitario de León; Hospital Universitario de Girona Doctor Josep Trueta; Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; Hospital Universitario del Vinalopó; Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín; Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés; Hospital San Pedro de Logroño; Hospital Universitario La Moraleja de Madrid; Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz; HCB Benidorm; Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla de Madrid; Hospital Universitario de Jaén; Hospital Vithas Xanit Internacional de Benalmádena; Hospital Universitario San Juan de Alicante; Complejo Asistencial de Ávila; Hospital de Sabadell; Hospital HM Nou Delfos de Barcelona; Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol; Hospital Universitario Son Llàtzer de Palma; Complejo Asistencial Universitario de Burgos; Juan Cardona de Ferrol; Hospital Universitario Juan XXIII de Tarragona; Complejo Hospitalario Universitario de Lugo y Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Estados Unidos, Canadá o Alemania, a la cabeza

A nivel mundial, los diez primeros puestos de la tabla están ocupados por este orden por: La Clínica Mayo (Estados Unidos), Clínica Cleveland (Estados Unidos), Toronto General - Red de Salud Universitaria (Canadá), Hospital Johns Hopkins (Estados Unidos), Universidad Karolinska Jukhuset (Suecia), Hospital General de Massachusetts (Estados Unidos), Charité - Universitätsmedizin Berlín (Alemania), Centro médico Sheba (Israel), Hospital General de Singapur (SGH) y Hospital universitario de Zúrich (Suiza).

La clasificación de este año sobre más de 2.400 hospitales incluye los mejores hospitales de 30 países: Australia, Austria, Bélgica, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, India, Israel, Italia, Japón, Malasia, México, Países Bajos, Noruega, Arabia Saudita, Singapur, Corea del Sur, España, Suecia, Suiza, Taiwán, Tailandia, Emiratos Árabes Unidos, Reino Unido y Estados Unidos. Estos países fueron seleccionados en función de múltiples factores de comparabilidad, como el nivel de vida, la esperanza de vida, el tamaño de la población, el número de hospitales y la disponibilidad de datos.

El ranking se basa en un proceso de evaluación exhaustivo, que incluye una encuesta en línea a miles de expertos médicos (médicos, gerentes de hospitales y profesionales de la salud), datos de la experiencia de los pacientes, métricas de calidad hospitalaria y una encuesta de implementación de PROM. Las medidas de resultados informadas por el paciente (PROM) se definen como cuestionarios estandarizados y validados que completan los pacientes para medir su percepción de su bienestar funcional y calidad de vida.

Medios locales



Redacción

Viernes, 28 de Febrero de 2025

Reconocimientos

El Partido Popular de Ceuta otorga el Premio Mujer 10 a Anisa Milud Ali, destacada profesional sanitaria

Reconocimiento a una trayectoria de más de cuatro décadas en el ámbito sanitario

https://ceutaahora.com/art/18308/el-partido-popular-de-ceuta-otorga-el-premio-mujer-10-a-anisa-milud-ali-destacada-profesional-sanitaria/

Medios locales



La ceutí del Morro recogerá el 10 de marzo este reconocimiento a sus 43 años de trayectoria en el ámbito sanitario que han dejado tras de sí "una huella imborrable" en la ciudad y "una carrera profesional ejemplar"

Anisa Milud Ali, una destacada figura en el ámbito sanitario de Ceuta, ha sido reconocida con el Premio 'Mujer 10' que otorga el Partido Popular de Ceuta. La formación reconoce así su "trayectoria ejemplar y su compromiso con la salud y el bienestar de la comunidad".

Este galardón se entrega anualmente como parte de los actos conmemorativos del Día Internacional de la Mujer, rindiendo homenaje a mujeres que han dejado una huella significativa en sus sectores profesionales y sociales.

Milud Ali nació en Ceuta, en la Barriada del Morro, el 19 de marzo de 1955. Diplomada Universitaria de Enfermería (DUE), dedicó 43 años de su vida al servicio sanitario, jubilándose en marzo de 2020 tras "una carrera profesional ejemplar". A lo largo de su trayectoria, Anisa ha desempeñado funciones en diversas especialidades médicas, desde Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y Cirugía Digestiva en el Hospital La Princesa de Madrid hasta la supervisión y coordinación de Consultas Externas en el Hospital Universitario de Ceuta (HUCE), donde concluyó su "admirable labor".

Su "compromiso incansable" con la salud de los ceutíes y su dedicación profesional han dejado "una huella imborrable" en la comunidad sanitaria de Ceuta, convirtiéndola en "un referente de vocación y entrega" que será reconocido por los populares en la sede del Partido Popular de Ceuta el próximo 10 de marzo en un homenaje que celebra el esfuerzo y la dedicación de las mujeres, destacando sus contribuciones esenciales a la sociedad.

Medios nacionales



Desde hace miles de años, tener una buena **salud** se ha convertido en algo vital para todos nosotros. Para ello es necesario alimentarse de la mejor manera posible, realizar ejercicio físico varios días a la semana y descansar bien.

En esta rueda también entra el tema de la hidratación. Beber dos litros de agua al día siempre es una de las recomendaciones que más nos hacen a la hora de hablar de salud, pues ayuda a que nuestros **riñones** funcionen de la mejor manera posible. Y es que, aquí se encuentra la **clave de la juventud.**

¿CUÁL ES EL ELIXIR DE LA ETERNA JUVENTUD?

Borja Quiroga, nefrólogo del Hospital Universitario de la Princesa de Madrid y doctor en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid, apuntaba en 'La Tarde' de COPE el desconocimiento que hay de los riñones en general, y eso que desempeña funciones muy importantes como regular la anemia y el calcio.

Pero la clave está en el **cloto**, una proteína desconocida y que "es el elixir de la eterna juventud". Son las personas que lo tienen bajo las que envejecen antes y, según el doctor, esto puede deberse a una **enfermedad renal.** Esta última suele provocar **"síntomas muy complicados de interpretar por parte del paciente"** y, sobre todo, cuando se encuentra en un grado muy avanzado.

Bandeja de ultraprocesados

Es un órgano tan vital que **"tiene implicaciones a todos los niveles"**, pues **regula la anemia, el calcio y el fósforo**, fundamental en la alimentación. El **inorgánico**, que se encuentra en los **conservantes y ultra procesados**, es tóxico a muchos niveles, además de disminuir los niveles de cloto.

Esto se une a las que suelen ser las causas de la enfermedad renal, **la diabetes y la hipertensión**, que están, además, relacionadas con la **dieta y el consumo de ultraprocesados**, los responsables de que el riñón elimine el fósforo a través de la orina utilizando cloto, situación que provoca el fallecimiento por un **evento cardiovascular.**

¿SÓN TÓXICAS LAS PROTEÍNAS PARA EL RIÑÓN?

Otro aspecto importante es el consumo de **proteínas**, algo que está muy de moda en la actualidad, y que **tiene su límite "en la pureza de las que consumimos".** Hay que diferenciar entre quienes tienen una enfermedad renal y los que no.

Como explicaba Quiroga a Pilar García Muñiz, el dintel de proteínas para las personas enfermas es de **1,2 gramos por kilo al día**, mientras que quienes no sufren una enfermedad renal pueden llegar a **2,5 gramos por kilo al día.**

Medios locales



Ana María Domínguez Berrot, coordinadora de Trasplantes del Caule desde hace casi dos décadas, señala en esta entrevista que 2024 ha sido un punto de inflexión para esta acción altruista que se vio seriamente afectada por la pandemia. La cifra récord de donantes en el Caule, 36, la ostenta precisamente 2019, el año anterior al covid-19- «Después de la pandemia costó mucho y hemos ido recuperando lentamente», afirma la también jefa de la UCI en el Caule, que sigue esperando una obra que permitirá una ampliación de camas hasta 26-28 al igual que la unidad de reanimación.

—¿Está satisfecha de las donaciones hubo en 2024?

—El año pasado tuvimos 31 donantes que fueron muy efectivos. Obtuvimos un montón de órganos. Ha sido un año relativamente bueno. En total, han sido 60 riñones, 18 hígados, 3 corazones, 22 pulmones y 2 páncreas.

—Además con hito especial como dos donaciones simultáneas.

—Sí, porque había que hacerlo los dos a la vez, también por dar cobertura a las familias, que tenían problemas y necesitaban que se hiciera la donación ese día. Los donantes también estaban al límite y se podrían haber deteriorado si hubiéramos esperado mucho más. Lo bueno es que logramos encontrar suficiente personal como para hacer las dos extracciones: personal de quirófano, de anestesia, cirujanos, o sea, urólogos nuestros.

—¿Cuál es el perfil de las personas donantes?

—La mayor parte son accidentes cerebrovasculares. Hay muy pocos donantes que sean por accidentes de tráfico y, este año, no ha habido ninguno por agresión. Luego están donantes resultantes de paradas cardíacas reanimadas que no han salido. Este año hemos tenido más. Por lo general son donantes en asistolia.

—¿La edad media es alta?

—Estamos en 63-64 años. En Castilla y León estamos un poco por encima de la media de España, por el envejecimiento de la población.

—¿Hay más donantes hombres que mujeres o viceversa?

—Hay más donantes hombres que mujeres, pocos más. Pero no porque no quieran donar las mujeres o sus familias. En la UCI se dan más ingresos de hombres que mujeres y el porcentaje es como sesenta y cuarenta más o menos.

—¿Encuentran reticencias o desconocimiento para donar?

—Algún año hemos tenido que no ha habido ninguna negativa. Pero lo normal es tener dos, tres, hasta cuatro negativas en un año. La mayor parte de la gente dice que sí, por múltiples motivos.

—¿Encuentran reticencias o desconocimiento para donar?

—La mayor parte de la gente están convencida de que cuando no se puede hacer más por la vida de un familia puede ayudar a los demás. A otros les motiva pensar que cualquier día les puede tocar a ellos o sus familiares. Hay gente que dice que no o porque no quiere, o porque les da miedo o porque, en vida, el familiar había dicho en vida que no quería de ninguna manera que donar. Hemos tenido el caso de alguna muerte judicial a la que había que hacer autopsia y la familia dijo no a la donación. Prefirió que los órganos no fueran a nadie. Ese caso me sorprendió mucho y me entristeció bastante porque prefirieron que los riñones se quedaran en el Instituto Anatómico Forense en lugar de sacar a alguien de la diálisis. Pero bueno, hay que respetarlo. Lo primero que hay que respetar es la voluntad de fallecido y, en cualquier caso, la de la familia. Este año hemos tenido dos negativas en todo el año, pero lo normal es que la gente diga que sí. Eso es lo normal. Está bastante arraigado en la población el tema de donar y muchas veces ha habido personas que han fallecido y querían donar pero, por motivos médicos, estaba contraindicada la donación.

—El aumento de las voluntades anticipadas, aunque aún sean pocas, favorece el acto de la donación?

—Todavía es muy poquita la población que las tiene hechas, pero cada vez hay más gente. El documento de las voluntades anticipadas supone expresar exactamente cómo quieres que ocurran las cosas o cómo quieres que sea el final de tu vida. En ese documento, por defecto, viene la posibilidad de la donación. Pero todo es modificable. Aquí no se me ha dado el caso, pero cuando alguien tiene documento de voluntades anticipadas y dice que quiere donar, eso es lo que hay que cumplir.

—¿Se puede oponer la familia a esta última voluntad?

—Se nos puede dar el caso de que la familia no quiera. Entonces, nosotros lo que tenemos que hacer recordar que la persona que ha fallecido había dicho que quería que esto se hiciera en el documento y que es lo que hay que respetar. No la voluntad de la familia, ni la voluntad mía, ni la voluntad de nadie, sino la voluntad del fallecido. En esos casos tenemos un argumento para hablar con la familia. Pero cuando la familia de ninguna manera lo autoriza… Madre mía. Yo no lo hago. Intento convencerles. Hasta ahora lo han aceptado. Alguno me ha dicho, mire, yo no soy muy partidario, pero hago lo que él quería. Respeta su voluntad. Son momentos de muchísima carga emocional y no tiene ningún sentido añadir más dolor a una situación y si no quieren y se empeñan y no aceptan tampoco forzamos. No tiene sentido.

—¿La ampliación de la UCI puede favorecer las donaciones?

—Sobre todo nos puede facilitar las cosas en el sentido de que incluye un habitáculo o box, en el que se puedan hacer todas las técnicas que se hacen para la donación en asistolia, el preliminar, aunque luego la extracción se hace en quirófano. Cuando tengamos la UCI nueva, si Dios quiere que no tarde mucho, pues espero que haya un box o un habitáculo que nos permita, que lo que estamos haciendo ahora, hacerlo con más holgura, con más comodidad. A día de hoy no hemos perdido ningún donante por falta de espacio pues seguimos utilizando las camas de la UCI extendida, que están un poco separadas físicamente de aquí, de la UCI normal. Por lo demás, no tiene no tiene por qué haber más donantes. Hay los que hay y no va a haber más porque la UCI sea más grande. Lo que creo es que trabajaremos con más holgura y que trabajaremos con menos presión de camas.

—¿Tienen algún proyecto nuevo para este año?

—Nuestro proyecto es seguir intentando aumentar la tasa de donación en asistolia porque es por donde están creciendo en todas las comunidades. En León fuimos de los primeros hospitales de Castilla y León en los que se montó esta modalidad de donación. El problema es que es un poco más limitada para la edad de los donantes, que como máximo puede ser de 70-72 años. Más allá ya no suele poder hacerse. Además de incrementar y mejorar la donación en asistolia, buscamos aumentar el pool de donantes. Vamos más lentos en la implantación de la donación con personas que piden la prestación para la ayuda a morir, por la complejidad no solo técnica. En Burgos y en Valladolid ya han debido hacer un par de ellos. Es todavía más complejo de organizar que una donación en asistolia normal y corriente.

—¿Cuál es el principal escollo para esta donación?

—La donación en los pacientes que solicitan la prestación de ayuda a morir tiene un plus de complejidad no solo técnica —es muy parecida a una donación en asistolia—, también influye la forma de hacer la prestación de la ayuda a morir pues supone una limitación. Los

intensivistas no podemos poner la medicación y es un poco complejo organizarlo. Emocionalmente es muy complejo para todos los que participamos, para los médicos que tienen que administrar la eutanasia y para nosotros que vamos detrás, nosotros no podemos hacerlo. A ver si podemos iniciarlo el próximo año. Tenemos que hacer un protocolo. Tampoco son muchos pacientes, aunque sí hubo un caso de un paciente que había solicitado la prestación de ayuda a morir que nos comentaron como potencial donante. El problema es que era un paciente con contraindicaciones médicas y no hubiera valido de ninguna forma.

—¿Tendrían que ser pacientes que fallezcan en el Hospital de León o podrían morir en casa y luego hacer la donación?

—Si se trata de que haya donación, tienen que fallecer en el hospital. Para garantizar la viabilidad de los órganos, lo óptimo es que fallezcan en el hospital, pero hay algunos que no quieren, que quieren donar, pero no quieren venir al hospital a morir, pues a veces el hospital tiene mucha connotación negativa y triste. La gente quiere morir en casa aunque después no le importe donar.

—¿Cómo va la ampliación de la UCI?

—Sólo sé lo que lo que la Junta publicó en su momento en el portal sobre la autorización de la ampliación de la UCI, que va a ser 26-28 camas y que iba pareja a la ampliación de la unidad de reanimación. No he tenido más noticias. Sé que el gerente del hospital hizo una solicitud formal para la ampliación y que el consejero le había dado el visto bueno.

—¿En qué situación está ahora la UCI? ¿Hay urgencia por esta obra?

—En cuanto a necesidad, la UCI está siempre llena y es frecuente que tengamos pacientes en la unidad de cuidados intermedios a nuestro cargo. El año pasado hubo 80 días con pacientes de la UCI en la unidad de intermedios por falta de camas aquí. A los pacientes se les atiende igual de bien, la atención es buena, es decir, pero los pacientes pero los días que esta unidad está llena y hay necesidad de camas fuera. Es cierto que la ampliación de la UCI y la ampliación de la unidad de reanimación son desde el punto de vista de la logística y de la arquitectura es compleja en un hospital que no para de funcionar. Pero cuando las cosas son complicadas pues hay que ponerse a trabajar mucho en ellas.

—¿Cómo ha evolucionado la UCI desde la pandemia?

—Aquí, como decía, seguimos teniendo UCI extendida.

—¿Todavía hay pacientes con covid en la UCI?

—Tenemos un par de ellos al año aunque tienen el covid, pero no ingresan por el covid. Este año tenemos bastantes gripes, neumonías por gripe, están ingresando sobre todo por gripe A y algunos con gripe B.

Trayectoria

Ana María Domínguez Berrot es especialista de Área del Servicio de Medicina Intensiva del Complejo Asistencial Universitario de León (Caule). Coordinadora de trasplantes desde 2008 y jefa del Servicio de Medicina Intensiva desde 2022.
Estudió la carrera en la Universidad de Oviedo, hizo su doctorado en la Universidad de León y la especialidad como intensivista entre el Hospital de León y el Hospital de La Princesa de Madrid.
Participó en la docencia del Máster Universitario en el Departamento de Ciencias Biomédicas y

de la Salud por la Universidad de León, así como en el Máster Universitario en donación y trasplante de órganos por la Universidad de Barcelona.
Colabora en la impartición de cursos de formación continuada de Soporte Vital Avanzado. Asimismo ha sido tutora de Médicos Internos Residentes (MIR).
Ha publicado más de 40 artículos en revistas nacionales e internacionales en el ámbito de la Medicina Intensiva, entre las que se pueden destacar Critical Care Medicine, Intensive Care Medicine y Medicina Intensiva.
Al frente de la Coordinación de Trasplantes ha sido la encargada, entre otros hitos, de poner en marcha el programa de donación en asistolia controlada, que consiste en la utilización de órganos provenientes de pacientes con daño cerebral catastrófico, enfermedades neurodegenerativas, cardiacas o respiratorias en fase terminal.

Medios nacionales



32:08-35:33

https://www.ondacero.es/emisoras/comunidad-madrid/madrid/audios-podcast/mas-uno-madrid/mas-uno-madrid-28022025_2025022867c1b5f2cbf1400001b4ae90.html

También de contarnos cosas muy chulas, como por ejemplo que el Hospital de la Princesa está llevando a cabo un proyecto para humanizar el centro con espacios de ocio y lectura para pacientes ingresados.

Medios locales

21 de marzo de 2025

Regístrate | Acceso Madrid

Castellana, Fuente del Berro, Guindalera, Goya, Lista y Recoletos

DSalamanca

EL PERIÓDICO DEL DISTRITO SALAMANCA DE MADRID

Recibi
inform

Catorce investigadoras del Hospital público de La Princesa, reconocidas por el CSIC entre las mejores de España



COMUNIDAD DE MADRID, 13 DE FEBRERO DE 2025

COMUNIDAD DE MADRID, 13 DE FEBRERO DE 2025

Dos de ellas se encuentran entre los 700 primeros puestos

Un total de 14 investigadoras del Hospital Universitario de La Princesa y de su Instituto de Investigación Sanitaria (IIS-Princesa), figuran en la nueva actualización de la clasificación de investigadoras españolas elaborada por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) a partir de los perfiles científicos registrados en la base de datos de Google Académico (Google Scholar, en inglés). Dos de estas investigadoras, María Chaparro (puesto 210) y Carmen Suárez (puesto 669) se encuentran entre los 700 primeros puestos de las 10.000 investigadoras que hay en total. La presencia de estas 14 científicas demuestra, un día como hoy en el que se celebra el Día Internacional

de la Mujer y la Niña en la Ciencia, el alto nivel de investigación que se practica en este centro público de la Comunidad de Madrid.

Esta lista reúne a 10.000 mujeres españolas que investigan en España o fuera del país y a mujeres investigadoras extranjeras con afiliación a instituciones españolas. Los datos se han recogido en febrero de 2025, seleccionando los perfiles de Google Scholar que incluyen el identificador ORCID (Open Researcher and Contributor ID), un identificador único para cada investigadora, y están ordenados en función de sus publicaciones y el impacto de las mismas.

Las científicas seleccionadas del Hospital Universitario de La Princesa y su Instituto de Investigación Sanitaria pertenecen a diferentes especialidades y son las doctoras María Chaparro (puesto 210) especialista del Servicio de Aparato Digestivo, coordinadora de la Unidad de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal y pertenece al grupo 38 del Instituto de Investigación Sanitaria que estudia las Enfermedades Inflamatorias esófago-gastro-intestinales. La sigue Carmen Suárez Fernández (puesto 669), jefa de Servicio de Medicina Interna y responsable del grupo de investigación 57 del IIS-Princesa sobre Nuevos Avances Diagnósticos y Terapéuticos en Enfermedades Cardiovasculares. A continuación están Hortensia de La Fuente (puesto 1.428), inmunóloga investigadora del grupo 37 sobre Marcadores Pronósticos y Predictores de Respuesta Terapéutica en Enfermedades Autoinmunes; Teresa Alarcón (puesto 1.617), facultativa del Servicio de Microbiología y responsable del grupo de investigación 52 sobre Nuevas Terapias en Patología Infecciosa; Mar Llamas Velasco (puesto 2.064), dermatóloga perteneciente al grupo de investigación 37 acerca de Marcadores Pronósticos y Predictores de Respuesta Terapeútica en Enfermedades Autoinmunes; Elena Fernández Ruiz (puesto 3.348), especialista del Servicio de Inmunología y responsable del grupo de investigación 45 acerca de Monitorización Biológica Celular y Molecular en Oncohematología; Almudena Zapatero (puesto 3.709), especialista de Oncología Radioterápica y responsable del grupo 53 de investigación sobre Medicina Individualizada en Tumores Sólidos; Noa Martín Cófreces (puesto 4.290), inmunóloga y miembro del grupo 1 sobre Comunicación Intercelular en Respuesta Inflamatoria; Rosario López Rodríguez (puesto 4.581), del Servicio de Farmacología Clínica; Olga P. Nyssen (puesto 4.732), especialista del Servicio de Aparato Digestivo y miembro del grupo 38 del IIS-Princesa que estudia las Enfermedades Inflamatorias esófago-gastro-intestinales; María José Casanova (5.561), especialista en Aparato Digestivo y miembro del grupo 38 del IIS-Princesa; Nuria Romero Laorden (7.186) oncóloga médica e investigadora del grupo 40 que estudia la medicina individualizada en tumores sólidos; Rebeca Martínez Hernández (7.393), endocrinóloga perteneciente al grupo 25 centrado en el estudio de Mecanismos y mediadores de inflamación en enfermedades endocrinas; y Alicia González Martínez (9061), neuróloga e investigadora del grupo 35 de enfermedades cerebrovasculares.

La incursión de la mujer en el mundo de la investigación va aumentando año tras año, pero todavía queda mucho por hacer. Por ello, todos los 11 de febrero se celebra el Día Internacional de la Mujer y la Niña en la Ciencia, con la intención dar visibilidad a la participación de la mujer en la ciencia,

resaltar la importancia de sus aportaciones a este campo y animar a otras mujeres o niñas que sientan inquietudes investigadoras.

MARZO

CATEGORIAS

- Agencias
- Medios nacionales
- Medios locales
- Medios especializados
- Medios radiofónicos
- Medios audiovisuales
- Medios institucionales
- Otros medios

Medios locales



El estudio EXIT es el primer ensayo clínico controlado en comparar los efectos específicos de la suspensión y del mantenimiento del tratamiento con fármacos anti-factor de necrosis tomoral-alfa (anti-TNF-alta) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en remisión

El Hospital Universitario de Torrejón, perteneciente a la red pública de la Comunidad de Madrid, ha participado en un ensayo clínico que ha investigado los diferentes efectos provocados por la suspensión y el mantenimiento del tratamiento con medicamentos biológicos –específicamente anti-TNF-alfa, como infliximab y adalimumab,– en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal en remisión. El Estudio multicéntrico EXIT, publicado recientemente en la prestigiosa revista científica internacional GUT y en el que ha participado el Servicio de Aparato Digestivo del centro torrejonero, sugiere que se puede interrumpir el tratamiento en estos pacientes sin poner en riesgo la remisión en un año. Este importante estudio ha sido liderado por el Hospital Universitario de La Princesa.

Los medicamentos anti-TNF-alfa son fármacos biológicos frecuentemente utilizados de forma crónica para tratar enfermedades autoinmunomediadas, como las patologías de Crohn y la colitis ulcerosa, dos enfermedades inflamatorias intestinales crónicas. Estos fármacos actúan bloqueando el Factor de Necrosis Tumoral, una proteína que juega un papel determinante en los procesos inflamatorios, ya que, en estas enfermedades, el sistema inmunológico la produce en exceso, provocando una inflamación excesiva y daño en los tejidos del cuerpo.

“Dado que estos fármacos pueden ocasionar efectos adversos y hay situaciones en las que se deben suspender durante una temporada, era necesario evaluar científicamente en un estudio si se puede suspender de forma segura el tratamiento con anti-TNF-alfa sin exponerse a un riesgo elevado de recaída”, introducen el Dr. Manuel Van Domselaar, jefe del servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Torrejón, y la Dra. Isabel Blázquez, especialista del mismo servicio.

El ensayo clínico ha realizado un seguimiento durante 12 meses a un total de 124 pacientes que completaron el tratamiento según el protocolo establecido, dividiéndoles en dos grupos: uno continuaba con el tratamiento anti-TNF-alfa y otro lo suspendía, aunque ambos grupos mantenían el tratamiento inmunodepresor. En los resultados arrojados, se muestra que en pacientes cuidadosamente seleccionados –con remisión clínica estable, sin lesiones graves y con bajo riesgo de recaída– interrumpir el tratamiento biológico no conlleva un aumento significativo de recaídas en comparación con aquellos pacientes que lo mantienen.

Este estudio ha desvelado que aquellos pacientes que suspendieron el anti-TNF-alfa, manteniendo el inmunosupresor, tuvieron una evolución similar a los pacientes que mantuvieron el anti-TNF, por lo que la suspensión de la medicación podría ser una opción segura.

Aunque la suspensión del tratamiento no afectó a la calidad de vida ni a la productividad laboral de los pacientes, estos sí que presentaron una mayor proporción de niveles elevados con calprotectina fecal, un marcador de inflamación intestinal, y lesiones endoscópicas. Por ese motivo, no se recomienda suspender estos tratamientos sin tener en cuenta los factores de riesgo y, en caso de llevarlo a cabo, es necesario realizar un seguimiento cercano.

“El estudio EXIT manifiesta que en condiciones controladas y en pacientes seleccionados, la suspensión del tratamiento con anti-TNF-alfa puede ser segura y efectiva en pacientes con una enfermedad inflamatoria intestinal en remisión”, sentencian los profesionales del Hospital Universitario de Torrejón.

Medios corporativos



En el marco de las actividades del 'Día Mundial de la Mujer' (8 de marzo) y en el contexto del Observatorio de Igualdad de la Sociedad Española de Reumatología, hemos organizado un webinar para pacientes sobre «Perspectiva de género en las enfermedades reumáticas: una realidad», que se llevará a cabo el martes 4 de marzo, a las 17 horas, vía Zoom.

En este encuentro participarán 4 especialistas en Reumatología, los Dres. Rosario García de Vicuña (Hospital Universitario de La Princesa, Madrid), Elena Aurrecoechea (Hospital Sierrallana, Cantabria), Blanca Hernández (Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla) y Javier Rivera (Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid).

En este encuentro se expondrán conceptos clave como diferencias entre sexo y género, la importancia de considerar la perspectiva de género, cómo las diferencias biológicas, psicológicas y el papel de la mujer en la sociedad influyen en diferentes aspectos como en la atención sanitaria, en el diagnóstico, en la investigación. Aspectos de gran interés que reflejan una realidad no sólo en las enfermedades reumáticas.

Medios nacionales



Un profesional del Hospital Universitario de La Princesa, centro público de la Comunidad de Madrid, ha sido incluido en el 'ranking' de los 10 mejores anestesistas españoles según el 'Monitor de Reputación Sanitaria'. Se trata del doctor Fernando Ramasco Rueda, jefe de sección y actual responsable del Servicio de Anestesiología y Reanimación.

Los anestesistas que figuran en este ranking, como es el caso de Ramasco, son elegidos por los propios compañeros de profesión en un cuestionario del Monitor de Reputación Sanitaria (MRS) elaborado por Merco (Monitor Empresarial de Reputación Corporativa). El MRS lleva más de 10 años evaluando la reputación de los principales actores de la sanidad española (mejores hospitales públicos y privados, servicios, empresas farmacéuticas…). Dentro del mismo cuestionario son los propios especialistas (6.060 médicos) y más de 100 responsables de empresas farmacéuticas, los que seleccionan a los mejores profesionales sanitarios en 32 especialidades médicas.

El doctor Fernando Ramasco es un profesional de reconocido prestigio; ostenta la jefatura de sección y actualmente hace las funciones de la jefatura del Servicio de Anestesia y Reanimación del Hospital Universitario de La Princesa. Además, es jefe de estudios de residentes y coordinador de Formación Continuada. En cuanto al ámbito de docencia es profesor Asociado Universidad Autónoma de Madrid y Vicepresidente de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR).

Tiene en su historial más de 65 participaciones en Congresos Internacionales y Nacionales, Miembro de la Redacción de la Revista electrónica Anestesia (2009 y 2012), Revisor de la REDAR (Revista Española Anestesia y Reanimación), participación en 20 publicaciones periódicas, referidos a la especialidad, 14 Capítulos de libros sobre anestesia, 4 Libros completos dirigidos y coordinados por él.

Más de 8.000 pacientes al año

La Unidad de Anestesia y Reanimación que lidera el Dr. Ramasco dispone de 10 camas de Cuidados Intensivos que registran 1.200 ingresos de pacientes al año, a las que hay que sumar las camas de Recuperación Postanestésica, en las que se ingresan 7.000 pacientes tras ser sometidos a intervenciones quirúrgicas. Una de las características a destacar de la Unidad es su versatilidad, lo que permite que, en un momento dado y por necesidades de la situación de los pacientes, pueda funcionar como una Unidad de Cuidados Intermedios.

La renovación de la certificación de Calidad por la Norma ISO 9001/2015 ha permitido a la Unidad de Reanimación continuar con la implantación de una cultura de seguridad y formación de los profesionales en el ámbito de los pacientes de alto riesgo con necesidad de cuidados críticos, los sometidos a intervenciones quirúrgicas o a procesos intervencionistas.

Por otra parte, y en lo que respecta a medidas de Humanización de la asistencia en esta área, se han impulsado importantes cuestiones como la ampliación de horarios de visita para los acompañantes, la colocación de relojes que permitan disminuir la desorientación de los pacientes durante su ingreso, y la mejora del confort de los espacios de información a familiares.

Medios nacionales



En una entrevista con EFEsalud, el psiquiatra, quien **es el investigador principal del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)**, hace hincapié en cómo era la salud mental de la ciudadanía antes, durante y cinco años después de la pandemia, que embistió a un sistema sanitario "que no estaba preparado" para afrontarla.

Antes de la pandemia

La salud mental en España antes de la pandemia era similar a la de los países del entorno, señala el psiquiatra, de forma que las enfermedades mentales suponían un quinto de la carga de enfermedad vinculada con discapacidad en la población general.

No obstante, en los años previos a la covid, los especialistas ya evidenciaban una tendencia creciente en las cifras de mortalidad por suicidio, "particularmente preocupante y relevante en la población joven", lo que auguraba que sería difícil pensar en conseguir uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de reducir esa cifra un tercio para 2030: "la tendencia iba en sentido contrario".

"Desde el punto de vista de la organización asistencial estábamos bien posicionados, teníamos una salud mental pública con cobertura universal, gratuita, basada en un modelo que pivota sobre la atención comunitaria, con unidades de hospitalización y con la Primaria como puerta de entrada y filtro a la atención especializada", describe Ayuso, quien también es catedrático de la Universidad Autónoma de Madrid.

Durante la pandemia

Llega la pandemia de la covid y el sistema no estaba preparado “ni en lo más básico”, como los sistemas de protección.

En el ámbito de la salud mental, detalla el psiquiatra, la pandemia causó mucha situaciones de dolor de familiares que vieron como morían sus seres queridos sin ni siquiera poder despedirse.

Pero también de estrés por parte de los cuidadores y familiares de los enfermos, sin olvidar a los profesionales sanitarios, que tuvieron una sobrecarga de trabajo y unas vivencias en los hospitales de difícil olvido.

“El sistema sanitario se reorientó a los pacientes agudos de covid, pero dadas las evidencias de que las patologías psiquiátricas y las complicaciones psiquiátricas eran evidentes, se respetaron las plantillas de los profesionales de salud mental, para que siguieran haciendo lo que tenían que hacer”, señala el psiquiatra.

Y es que había que atender a las personas con trastornos mentales crónicos, que requerían una continuidad asistencial, porque “ademas, era mas necesaria particularmente en esa situación”. Todo ello en un contexto de confinamiento y con la Atención Primaria saturada.

“La Atención Primaria hay que recordar cómo estaba (…) y muchas de las intervenciones que hacían eran telefónicas y es muy difícil identificar, en ese contexto, un paciente que no conoces si tiene depresión. Eso sí lo vimos, que los pacientes que venían referidos de la Atención Primaria bajaron bruscamente”, recuerda.

Esfuerzo y reto

Fue en la época más aguda del confinamiento, “que requirió un esfuerzo” de todos los profesionales para tratar de asegurar en la medida de lo posible seguir atendiendo al menos a los más graves.

No obstante, recuerda el psiquiatra, enseguida se pusieron para esos cuadros clínicos psiquiátricos surgidos a raíz de la pandemia programas específicos para hacer un seguimiento a esos pacientes dados de alta, así como para los profesionales sanitarios que lo necesitaban y cuidadores y personas que estaban viviendo situaciones difíciles, como tratar de sobrellevar el duelo.

“Fue un reto profesional y personal, pero creo que al final sientes la satisfacción de cómo los equipos responden ante estos retos, (…) con un sistema hizo frente a la situación de la mejor manera que pudo”, afirma Ayuso.

Cinco años después

Cinco años después, “es evidente que las cosas no han vuelto a ser igual”que antes de 2020, prosigue el experto. Hay cosas que, en su momento, se pensaba que iban a ocurrir, y “afortunadamente” no ocurrieron. En cambio, hay otras que los expertos nunca pensaron que podían pasar y pasaron.

Uno de los fenómenos que, según Ayuso, se ha hecho “evidente” es el incremento de la morbilidad psiquiátrica en la población infantojuvenil cuando se esperaba que fueran las personas mayores, más vulnerables a la covid, las que pudieran estar más afectadas, también por el aislamiento físico.

“Evidentemente en el ámbito de COVID, se ha ido acelerando una tendencia que había en la sociedad, un aumento de la demanda, no en el número de casos de enfermedad mental severa sino en las consultas por patología psiquiátrica menor”, asegura el psiquiatra.

En este sentido, uno de los aspectos positivos de la pandemia es “la sensibilización de la sociedad respecto a la importancia de los problemas de salud mental”. También un aumento de los recursos, según el psiquiatra, y la aprobación de un Plan de Acción para la Prevención del Suicidio, entre otras iniciativas.

Pero también, resalta, se están derivando a la atención especializada “problemáticas de la vida cotidiana que realmente no deberían ser derivadas a los especialistas y que no deberían medicalizarse”.

Medios locales


Granada Hoy

Iniciar sesión

El Clínico de Granada organiza un curso de ventilación mecánica no invasiva con expertos nacionales

Llevada a cabo en el Hospital San Rafael, la formación *Hot Topics en Soporte Ventilatorio No Invasivo* ha reunido a 28 profesionales sanitarios de toda España

El Clínico de Granada, sede de unas jornadas para abordar el diagnóstico y tratamiento de pat
infecciosas importadas

GRANADA/Un total de 28 profesionales de sanitarios procedentes detoda la geografía nacional se han reunido en el **Hospital San Rafael** de Granada para el curso ***Hot Topics en Soporte Ventilatorio No Invasivo,*** organizado por el Servicio de Neumología del **Hospital Universitario Clínico San Cecilio** en colaboración con la Unidad Provincial de Ventilación Domiciliaria del centro anfitrión.

Dirigido a neumólogos, rehabilitadores, enfermería, fisioterapeutas y otros profesionales implicados en la asistencia a pacientes con patología neuromuscular, el curso ha abordado las últimas novedades en el uso de **ventilación mecánica no invasiva** (VMNI) en diversas enfermedades. La formación ha combinado ponencias teóricas con talleres prácticos sobre ajuste de parámetros ventilatorios, modos duales, ventilación con pieza bucal y telemonitorización de pacientes.

La formación ha contado con la participación de ponentes de reconocido prestigio, entre ellos el doctor **Pedro Landete**, presidente del Área de Sueño y Ventilación de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y especialista en el Hospital de La Princesa de Madrid; el doctor **Francisco Rodríguez Jerez** y la doctora **María Sánchez Palop**, de la Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) del Clínico San Cecilio; y el doctor **Germán García de Vinuesa**, del Hospital de Mérida.

Concretamente, durante las sesiones los asistentes han podido profundizar en el uso de **modos duales en patologías específicas**, el tratamiento del síndrome de distrés respiratorio agudo con soporte ventilatorio no invasivo, y la aplicación de ecografía torácica en pacientes con patología neuromuscular, entre otros temas. El balance de la formación ha sido muy positivo para docentes y asistentes. La posibilidad de compartir experiencias clínicas y actualizar conocimientos en el uso de VMNI ha sido especialmente valorada, consolidando este curso como un **punto de encuentro para profesionales interesados en la mejora de la asistencia a pacientes** con insuficiencia respiratoria y enfermedades neuromusculares.

El neumólogo del Hospital Clínico San Cecilio y uno de los coordinadores de la formación, Francisco Rodríguez Jerez, ha destacado que “la ventilación mecánica no invasiva es una **herramienta clave en la atención a pacientes con insuficiencia respiratoria crónica** y

patologías neuromusculares, y su uso avanzado requiere formación específica y multidisciplinar". Además, ha subrayado que "este tipo de encuentros permite la actualización de conocimientos y la puesta en común de experiencias entre profesionales de distintos ámbitos".

Desde el Servicio de Neumología del Clínico San Cecilio, se destaca la importancia de continuar impulsando este tipo de iniciativas, favoreciendo la formación continua y la colaboración entre profesionales para garantizar una atención de calidad a los pacientes con patologías respiratorias complejas.

Por su parte, desde el año 1998, el Hospital San Rafael alberga la **unidad provincial de ventilación domiciliaria de Granada**, en la que los profesionales de este hospital, en colaboración con los del Clínico San Cecilio han atendido desde su creación a alrededor de medio millar de pacientes ventilo-dependientes procedentes de toda la provincia de Granada y algunos de provincias limítrofes, proporcionando cuidados especializados y rehabilitación por un equipo altamente especializado en este ámbito.

Medios locales



EL DIARIO DE MADRID,

La sanidad pública madrileña, premiada por su innovación tecnológica en los IX Premios Salud Digital

La Comunidad de Madrid ha sido reconocida por su apuesta en innovación tecnológica aplicada a la sanidad con dos galardones en los IX Premios Salud Digital, organizados por el Grupo Mediforum

En la gala de entrega, celebrada hoy, la consejera de Sanidad, **Fátima Matute**, ha destacado la importancia de la **digitalización** en la mejora de la **atención sanitaria** y el bienestar de los pacientes.

El **Hospital General Universitario Gregorio Marañón** ha sido premiado en la categoría de **Mejor APP de Medicina** por eMidCare, una aplicación que facilita el seguimiento y la comunicación con pacientes que padecen enfermedades inflamatorias mediadas por la inmunidad. Este avance tecnológico permite un control más preciso de los tratamientos, optimizando la atención médica y mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Por su parte, el **Hospital Universitario de La Princesa** ha sido distinguido en la categoría de **Telemedicina** por Neurosphere, una plataforma que posibilita la programación en remoto de dispositivos de estimulación cerebral profunda. Esta herramienta es clave en el tratamiento de enfermedades neurológicas como el párkinson, al permitir ajustes personalizados sin necesidad de que los pacientes se desplacen al hospital.

Durante su intervención, la consejera Matute subrayó que la **tecnología** se ha convertido en un pilar fundamental del **sistema sanitario**, no para sustituir a los profesionales, sino para complementar y potenciar su labor. "El Gobierno regional apuesta decididamente por la digitalización, impulsando herramientas como la Tarjeta Sanitaria Virtual o la telemedicina, que acercan el sistema a los ciudadanos y proporcionan mayor comodidad a nuestros pacientes", afirmó.

Medios corporativos



Los futuros médicos internos residentes (MIR) que aspiran a elegir su plaza en la Comunidad de Madrid ya pueden planificar su asistencia a las jornadas de puertas abiertas organizadas por los distintos hospitales.

A continuación, se presenta el calendario completo de jornadas de puertas abiertas MIR 2025 en hospitales madrileños:

- **Hospital Infantil Universitario Niño Jesús**
    - Av. de Menéndez Pelayo, 65, Retiro, 28009 Madrid
    - 11 de marzo de 2025
    - 15:30h
    - ℹ Más info
- **Hospital Universitario de Getafe**
    - Salón de actos del hospital
    - 14 de marzo de 2025
    - 10:00h
    - Inscríbete
- **Hospital Universitario Fundación Alcorcón**
    - C. Budapest, 1, 28922 Alcorcón, Madrid
    - 18 de marzo de 2025
    - 09:30h - 12:00h
    - ℹ Más info

- **Asociación de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública**
    - Online
    - 18 de marzo de 2025
    - 17:30h - 19:30h
    - Inscríbete
- **Hospital Universitario de Torrejón**
    - Salón de actos del hospital
    - 19 de marzo de 2025
    - 09:00h - 11:00h
    - Inscríbete
- **Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz**
    - Av. de los Reyes Católicos, 2, Moncloa - Aravaca, 28040 Madrid
    - 19 de marzo de 2025
    - 08:00h - 15:00h
    - Apúntate
- **Hospital Universitario Severo Ochoa**
    - Salón de actos del hospital
    - 20 de marzo de 2025
    - 09:00h
- **Hospital Universitario Gregorio Marañón**
    - Aula Magna del Pabellón Docente
    - 20 de marzo de 2025
    - 09:30h
    - Apúntate
- **Hospital Universitario del Henares**
    - Salón de actos, 2ª planta
    - 21 de marzo de 2025
    - 09:30h - 15:00h
    - Apúntate
- **Hospital Universitario La Paz**
    - Salón de actos del Hospital General (Aula Ortiz Vázquez)

    - 24 y 25 de marzo de 2025
    - 09:00h
    - Apúntate
- **Hospital Infanta Cristina**
    - Salón de actos (1ª planta)
    - 25 de marzo de 2025
    - 09:30h
    - Apúntate
- **Hospital Clínico San Carlos**
    - Calle del Prof. Martín Lagos, S/N, Moncloa - Aravaca, 28040 Madrid
    - 26 de marzo de 2025
    - 09:00h
- **Hospital Universitario de La Princesa**
    - Salón de actos del hospital
    - 27 de marzo de 2025
    - 10:00h
    - Apúntate

Para más información sobre cada jornada, se puede acceder a los enlaces proporcionados o contactar directamente con los hospitales organizadores.

Medios locales



l Hospital Universitario de La Princesa, un destacado centro público ubicado en Madrid, ha iniciado los preparativos para la segunda edición de un ambicioso proyecto que busca desarrollar y validar métodos para evaluar las competencias transversales de los médicos residentes (MIR) que se forman en el hospital.

Este proyecto, titulado “Desarrollo, validación y testeo para la evaluación de competencias transversales en médicos en formación (MIR)”, tiene como propósito principal entender y optimizar las habilidades que van más allá del conocimiento estrictamente médico, con el fin de mejorar el desempeño profesional de los residentes.

La iniciativa, que cuenta con la colaboración del Instituto de Ingeniería del Conocimiento (IIC), una entidad reconocida por su especialización en inteligencia artificial, se basa en un sistema informático que permite identificar las fortalezas y áreas de mejora de los médicos en formación.

La idea es que, a través de esta herramienta, los tutores pueden asegurar que la formación de los residentes sea más ajustada a las necesidades específicas de cada uno de ellos, fomentando así un enfoque más integral, humano y centrado en el paciente.

En 2024, se llevó a cabo la primera edición de este proyecto, en la cual participaron 220 médicos residentes de diversas especialidades. De ellos, un 65% respondió a las encuestas diseñadas, en las que se plantearon 114 preguntas que evaluaban 10 competencias transversales. Estas competencias incluyen aspectos como el pensamiento crítico, el profesionalismo, la colaboración multidisciplinar y la comunicación con pacientes y familiares.

Cada una de estas competencias se clasifica en cuatro niveles: no adquirido, nivel básico, nivel avanzado y nivel especializado, lo que permite obtener una evaluación detallada del progreso de cada residente.

Los resultados de esta primera edición fueron alentadores en general: los residentes mostraron un buen desempeño en la mayoría de las áreas evaluadas.

Sin embargo, la competencia que recibió calificaciones más bajas fue la relacionada con el "autocontrol", un aspecto crucial que implica la gestión de emociones en situaciones de alta tensión, donde hasta un 20% de los participantes indicaron un nivel "no adquirido".

Por otro lado, las competencias mejor valoradas fueron la de "comunicación" con pacientes y familiares y la de "autoevaluación veraz", en las que más del 50% de los participantes alcanzaron un nivel avanzado.

Los médicos del hospital y los representantes del Instituto de Ingeniería del Conocimiento han valorado los resultados como muy útiles tanto para los residentes como para sus tutores, lo que ha llevado a la implementación de mejoras en el enfoque formativo para esta segunda edición.

Se espera que la nueva etapa de este proyecto continúe enriqueciendo la formación de los futuros médicos y contribuya a la excelencia en la atención sanitaria.

Históricamente, la medicina ha evolucionado desde simples curas físicas hasta un enfoque más integrado que considera el bienestar emocional y psicológico del paciente.

Este tipo de evaluaciones no solo forman profesionales más competentes, sino que también preparan a los médicos para enfrentar los desafíos del médico moderno, donde la empatía y la comunicación son tan vitales como el conocimiento técnico.

Medios nacionales



El Hospital Universitario de La Princesa, centro público de la Comunidad de Madrid, está preparando la puesta en marcha de la segunda edición del proyecto "Desarrollo, validación y testeo para la evaluación de competencias transversales en médicos en formación (MIR)", cuyo objetivo es conocer las competencias transversales de los residentes que desarrollan su actividad formativa en este centro, para optimizar su desempeño profesional. Este tipo de competencias son las cualidades de las personas que van más allá de la disciplina en la que se han formado, en este caso en Medicina. Los doctores Verónica Martín y Jorge Mendoza, especialistas del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de La Princesa, han desarrollado este proyecto junto a la Comisión de Docencia del centro y el Instituto de Ingeniería del Conocimiento (IIC).

El Hospital Universitario de La Princesa en colaboración con el Instituto de Ingeniería del Conocimiento, centro de I+D+i experto en Inteligencia Artificial, han sido los pioneros en el desarrollo y aplicación de esta herramienta académica, cuya planificación, desarrollo y puesta en marcha tuvo lugar en 2024.

El software desarrollado identifica los puntos fuertes y áreas de mejora con fines formativos. Gracias a esta herramienta, los tutores de los residentes pueden ir más allá de la enseñanza del trabajo médico y valorar las competencias transversales para orientar y personalizar la formación de acuerdo con las necesidades específicas de cada MIR. Las competencias transversales les permiten mejorar su ejercicio de la medicina, además de brindar una atención más integral, humana y centrada en el paciente.

La primera edición de este proyecto se realizó en el Hospital Universitario de La Princesa entre los meses de abril y julio de 2024, obteniendo un porcentaje de respuesta del 65% de los residentes de todas las especialidades. La muestra estuvo compuesta por 220 médicos en formación, agrupados según su especialidad, y en su puesta en práctica, la prueba demostró excelentes garantías psicométricas.

114 preguntas, 10 competencias transversales

La prueba, a la que se responde de manera voluntaria, está compuesta por 114 preguntas, a través de las cuales se evalúan 10 competencias transversales: pensamiento crítico, profesionalismo, práctica basada en el conocimiento científico, rigor y calidad médica, colaboración multidisciplinar, comunicación con familiares y pacientes, liderazgo y gestión de equipos, autonomía, autocontrol/gestión de emociones y autoevaluación veraz. Estás preguntas a su vez se clasifican en 4 niveles competenciales: no adquirido, nivel básico, nivel avanzado y nivel especializado.

Los resultados mostraron que los residentes tienen un buen nivel de competencias en casi todas las áreas. La que alcanzó un nivel más bajo fue la referida a "Autocontrol", que se relaciona con la gestión de emociones propias y ajenas en situaciones de estrés, en la que hasta un 20% reflejaron un nivel "no adquirido". Las competencias mejor valoradas fueron la de "Comunicación" con familiares y pacientes y la "Autoevaluación Veraz", donde más del 50% obtuvo un nivel avanzado.

El equipo que conforma este proyecto tanto del centro madrileño, como del Instituto de Ingeniería del Conocimiento, así como la Comisión de Docencia y la Gerencia del hospital, han valorado muy positivamente y de gran utilidad los resultados obtenidos tanto para los propios residentes, como para los tutores, por lo que han implementado mejoras para una segunda edición.

Medios locales

La sanidad madrileña recibe dos premios por proyectos de telemedicina y seguimiento digital de pacientes



La Comunidad de Madrid ha sido reconocida este jueves por dos proyectos tecnológicos desarrollados en hospitales públicos, según ha informado el **Gobierno regional** en un comunicado.

La consejera de Sanidad, Fátima Matute, participó en la gala de entrega de los Premios Salud Digital, organizados por **Grupo Mediforum**, que destacan iniciativas destinadas a mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes a través de la innovación tecnológica.

El **Hospital Gregorio Marañón** recibió el galardón a la Mejor APP de Medicina por eMidCare, una aplicación enfocada en el seguimiento y comunicación con pacientes que padecen enfermedades inflamatorias mediadas por la inmunidad. Por su parte, el **Hospital de La Princesa** fue distinguido en la categoría de Telemedicina por Neurosphere, una herramienta que permite la programación remota de dispositivos de estimulación cerebral profunda.

Durante el acto, Matute subrayó que la tecnología es ya un pilar fundamental en la sanidad, no como un sustituto de los profesionales, sino como un complemento a su labor. Asimismo, reafirmó el compromiso del Ejecutivo regional con la digitalización del sistema sanitario, destacando avances como la Tarjeta Sanitaria Virtual y el impulso de la telemedicina, herramientas que, en sus palabras, "potencian el papel del profesional en la distancia y proporcionan mayor comodidad a los pacientes".

Medios nacionales



La eficiencia en la gestión de los hospitales de la Comunidad de Madrid, tiene su reflejo en las **listas de espera quirúrgicas**. Según los últimos datos del **Servicio Madrileño de Salud (SERMAS),** correspondientes al mes de enero, en Madrid, 78.604 personas se encuentran pendientes de una intervención quirúrgica con un tiempo medio de espera de 49,20 días, 71,8 días por debajo de la media nacional, que se sitúa en 121 días.

De la red asistencial madrileña sobresalen por su excelencia y menores tiempos de espera los **hospitales de alta complejidad (Grupo 3),** que son los que más pacientes atienden y también los que manejan los casos más complejos. Entre ellos, la Fundación Jiménez Díaz lidera, un mes más, como el hospital de referencia con menor demora para intervenciones quirúrgicas con 24,45 días, cifra que además reduce en 2,59 con respecto al mes anterior (27,04). Tras la FJD, se situó en enero, aunque a distancia, el Hospital Clínico San Carlos con 52,53 días; seguido del Hospital Gregorio Marañón con 54,98; La Paz con 58,66; La princesa con 61,79; el Hospital Ramón y Cajal, 63,97; El Puerta de Hierro Majadahonda, 67,32; y por último, el 12 de Octubre con 67,52.

Tiempos reducidos para las operaciones más saturadas

En los hospitales madrileños de gran complejidad, incluso las especialidades quirúrgicas con más espera a nivel nacional como **Cirugía Plástica**, (239 días); **Neurocirugía** (213) y **Traumatología** (149), presentan tiempos considerablemente inferiores. En la Fundación Jiménez Díaz, un paciente puede acceder a una operación de Cirugía Plástica en tan solo 17,51 días, de Neurocirugía en 9,43 días y de Traumatología en 26,4 días. Además de la Jiménez Díaz, otros hospitales de alta complejidad en la Comunidad de Madrid también muestran buenas cifras en las especialidades más demandadas. En Cirugía Plástica, hay un promedio de espera de 28,56 días en el Hospital de La Princesa y en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, 46,04 días. En Neurocirugía, los tiempos son igualmente competitivos en hospitales como el Ramón y

Cajal: 37,32 días de espera, el Gregorio Marañón: 48,63 días, el Hospital la Princesa: 52,57 días y el Puerta de Hierro: 58,77 días. Por su parte, en el Hospital Clínico San Carlos se puede acceder a una operación de Traumatología en 60 días y en la Paz en 65,21 días.

Entre los **hospitales de media complejidad (Grupo 2),** que manejan un menor volumen de pacientes y casos menos complejos, el Hospital General de Villalba es el que menor tiempo de espera registra para todo tipo de operaciones con 12,39 días; le siguen en menor demora, el Hospital Rey Juan Carlos, con 20,25 días; el Hospital de Fuenlabrada con 42,44; el Hospital Gómez Ulla con 42,47; el Severo Ochoa con 44,42; el Hospital Fundación Alcorcón, 54,53; el Hospital Universitario de Torrejón, 54,57 y el Hospital Universitario de Móstoles, 58,42. días. El resto de hospitales de media complejidad superan los dos meses de espera: el Niño Jesús, 62,01; el Hospital Infanta Sofía, 64,01; el Infanta Leonor, 64,10; el Hospital de Getafe, 69,95 y el más rezagado el Príncipe de Asturias, con 84,39 días

Destacan en eficiencia los centros de gestión mixta

Todos los centros madrileños, tanto los del Grupo 3 como los del Grupo 2, registran tiempos por debajo de la media nacional para las intervenciones quirúrgicas. Se observa además que destacan por su eficacia **los centros madrileños de gestión mixta**, en concreto, el Hospital Universitario General de Villalba, la Fundación Jiménez Díaz y el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, que son líderes en menor demora para operaciones de todos los de la Comunidad de Madrid. La operatividad de estos hospitales ha venido impulsada por la libre elección de centro y el sistema de colaboración público-privada que ha permitido desde su instauración aligerar la carga que soportan los hospitales públicos.

Según los últimos datos del **Sistema Nacional de Salud (SISLE),** correspondientes al primer semestre de 2024, en España un total de 848.340 pacientes se encuentran pendientes de una operación, 28.376 más que a junio de 2023, lo que representa una tasa de 18 pacientes por cada 1.000 habitantes**.** Madrid, aunque es la comunidad que enfrenta la mayor presión asistencial de todo el territorio nacional, también es la que mejores resultados arroja. Registra la tasa más baja, según el SISLE, entre todas las comunidades con 10,06 pacientes por cada 1000 habitantes en lista de espera. En autonomías con una demanda asistencial similar a la madrileña, como son Cataluña o Andalucía, la tasa asciende al 26,6 y 31,6, respectivamente.

Medios especializados



En los últimos años, la sociedad camina hacia una mayor concienciación en el reconocimiento de la diversidad, incluyendo todas aquellas formas de expresión social, racial, cultural, de género, de edad, de religión expresadas en la naturaleza humana. Todos estos ejes se integran en los llamados determinantes sociales de la salud, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, y que pueden ser influidos por políticas públicas. En este sentido, uno de los aspectos en los que la sociedad ha trabajado más para conseguir la igualdad y la inclusión ha sido la perspectiva de género, por ello desde la Sociedad Española de Reumatología se decidió organizar un webinar para pacientes, bajo el título: “Perspectiva de género en las enfermedades reumáticas: una realidad”, junto con la colaboración de asociaciones de pacientes.

En este encuentro han participado cuatro especialistas en Reumatología, los Dres. Rosario García de Vicuña (Hospital Universitario de La Princesa, Madrid), Elena Aurrecoechea (Hospital Sierrallana, Cantabria), Blanca Hernández (Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla) y Javier Rivera (Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid), quienes expusieron conceptos clave como diferencias entre sexo y género, abordaron el tema de la mayor prevalencia de las enfermedades reumáticas en mujeres, y expusieron las diferencias en cuanto a sintomatología y comorbilidades entre varones y mujeres. Además, explicaron cómo influye la base biológica en el desarrollo y evolución de la enfermedad; así como en la percepción del dolor. También mencionaron el distinto uso por parte de los profesionales de las herramientas para medir la actividad de las enfermedades y los posibles sesgos de género a la hora de establecer diagnósticos.

Los expertos concluyeron que “afortunadamente la visión de perspectiva de sexo/género, tan interconectadas en la biología de la enfermedad empieza a investigarse y a tenerse en cuenta. Esto sin duda hará que nuestras herramientas clínicas mejoren al tener presentes las diferencias y nos acercará al reto del futuro: la medicina personalizada”. La grabación de este encuentro está disponible a continuación:

Medios locales



En un esfuerzo por innovar la formación médica, el Hospital Universitario de La Princesa y el Instituto de Ingeniería del Conocimiento han implementado con éxito una herramienta académica avanzada basada en inteligencia artificial, destinada a evaluar y perfeccionar las competencias transversales de los médicos residentes. Este software, cuya fase de desarrollo y ejecución se llevó a cabo en 2024, marca un hito en la educación médica al permitir a los tutores personalizar el proceso formativo según las necesidades individuales de cada médico en formación.

Durante la primera edición del proyecto, realizada entre abril y julio de 2024, se evaluaron 220 médicos residentes a través de un cuestionario extenso compuesto por 114 preguntas. Estas estaban diseñadas para medir 10 competencias transversales clave, tales como el pensamiento crítico, el profesionalismo y la comunicación efectiva con pacientes y sus familias, entre otras. Las respuestas se categorizaban en cuatro niveles competenciales que iban desde «no adquirido» hasta «nivel especializado». Este enfoque busca no solo enseñar el trabajo médico técnico, sino también enriquecer la práctica clínica con habilidades interpersonales y de gestión emocional.

La iniciativa obtuvo un notable éxito, con un 65% de participación de los residentes de diversas especialidades. Los resultados de la evaluación arrojaron insights valiosos; aunque los residentes demostraron un alto nivel de competencia en áreas como la comunicación y la autoevaluación honesta, la gestión de emociones durante situaciones de estrés, identificada como «Autocontrol», emergió como un área de mejora, con un 20% de los participantes mostrando un nivel «no adquirido». Este hallazgo subraya la importancia de integrar el equilibrio emocional en la formación médica, un factor crucial para la prestación de una atención sanitaria más humana y centrada en el paciente.

El éxito inicial del proyecto ha sido altamente valorado por los equipos del Hospital Universitario de La Princesa y el Instituto de Ingeniería del Conocimiento, junto con la

Comisión de Docencia y la Gerencia del hospital. Con los resultados en mano, se han planificado mejoras para una segunda edición, subrayando el compromiso continuo de estas instituciones por renovar y enriquecer la formación médica en un mundo donde la tecnología y el humanismo deben ir de la mano. Este esfuerzo pionero no solo refuerza la calidad de la educación médica, sino que también establece un nuevo estándar para la evaluación y desarrollo de competencias en el ámbito sanitario.

Medios nacionales



Gastro

"Nada está bueno, se come mal": la experiencia de 'Cocituber' en uno de los hospitales más prestigiosos de España

El establecimiento cuenta con una media de 3,4 en Google

Cocituber, en la cafetería del Hospital 12 de Octubre. / INSTAGRAM

Redacción
Cadena SER 10/03/2025 - 17:13 CET

Madrid • El *influencer* Alfonso Ortega, conocido como *Cocituber*, siempre hace lo mismo: visita un establecimiento en el que se come

PUBLICIDAD
Carrefour
20€
En primera compra en el
Super Online
Utiliza este código
SUPER20MAR
Por compras superiores a 100€

Lo más leído

Lo más escuchado

Escuchar 01:47:29

Realidades distintas en LaLiga para Real Madrid y Atlético antes del 'Euroderbi' definitivo
09/03/2025

Escuchar 02:10

El *influencer* Alfonso Ortega, conocido como *Cocituber*, siempre hace lo mismo: visita un establecimiento en el que se come bien, prueba varios platos, los comenta —nunca falta un buen chascarrillo— y, al final, teniendo en cuenta lo que le ha costado, emite un veredicto. En sus vídeos, además, es fácil ver un bufé libre seguido de una tasca en la que sirven bocadillos gigantes o una estrella Michelin. Bares de barrio, pizzerías, restaurantes de carretera, hoteles de lujo... ¡Todo le interesa! De vez en cuando, sin embargo, también acude a sitios que son famosos por todo lo contrario, como el chiringuito que sirve la peor paella de Valencia o, en este caso, la cafetería de un hospital.

La comida de los centros hospitalarios —igual que la de colegios e institutos— lleva varios años en el ojo del huracán, tanto por su calidad como por su composición nutricional. En una entrevista concedida a *Gastro SER*, el crítico gastronómico Philippe Regol ya se explayó sobre el tema: "Los enfermos están debilitados y se les pone una especie de compota y caldos insípidos, mal preparados, sin sustancia y con muy poca gracia. No sé de quién depende esto. ¿De las instituciones? ¿De las grandes empresas, que no miran por el interés del enfermo?".

También hay centros que destacan por la calidad de su cocina, por supuesto. Tras la reformulación de sus menús, el Hospital Universitario de León consiguió que los niños

ingresados en su planta pediátrica comieran un 20% más y, hace unos meses, el hospital público La Princesa (Madrid) ganó el VIII Concurso Estrella Princesa al mejor menú navideño de la región. Pero la gran referente del sector es, sin duda, la chef de la Clínica de Navarra, Xandra Luque, quien ganó el premio a la Mejor Ensaladilla de Madrid y no deja de encontrar notas de agradecimiento en las bandejas.

"Si te pones malo, aquí te atienden rápido"

Todo apunta a que los pacientes y trabajadores del Hospital 12 de Octubre (Madrid), sin embargo, no están tan contentos. Aunque este centro público ocupa el cuarto puesto del ránking en el Monitor de Reputación Sanitaria (MRS), según comenta *Cocituber*, la cafetería del hospital, gestionada por Sodexo Iberia, cuenta con una media de 3,4 y un sinfín de comentarios negativos en Google, del tipo: "¡Qué horror! Caro y malo".

La cafetería del 12 de Octubre es un *self service*, como la mayor parte de establecimientos hospitalarios, y *Cocituber* opta por un menú de cocido completo que, a priori, tiene muy buena pinta: garbanzo, repollo, zanahoria...

"¡Qué mierda! ¡Joder, qué pena!"

Al servirle la comida, uno de los empleados ya le advierte de que la comida estará sosa porque se cocina sin sal. Pero la sensación, al probar la sopa, es peor de lo que esperaba: "¡Buah! Tenía buena cara, pero he de decir que la sopa está malísima. No sabe a cocido... No me la puedo comer. ¡Qué mierda! ¡Joder, qué pena!".

El *influencer* madrileño señala que "venía con malas referencias" y que, efectivamente, "nada está bueno". Comenta, por ejemplo, que "la carne del morcillo no se puede ni pinchar". Al degustar el postre, un arroz con leche, no llega a decir nada, pero tampoco puede disimular su cara de asco.

Al acabar, eso sí, reconoce que el menú "es súperbarato" (7,49 euros, incluyendo agua y postre). Pero, aunque entiende que "por ese precio no puedan dar maravillas", en su opinión "se come mal". Lo peor de todo es que hay cientos de personas —pacientes, familiares y trabajadores— que no tienen más remedio que comer cada día lo que sale de esas cocinas.

Alfonso Ortega se dio a conocer en redes sociales visitando bares y restaurantes de barrio que, muy a menudo, se quedaban fuera del radar de la prensa gastronómica. Una actividad que le ha convertido en una de las caras más conocidas del sector *foodie* en TikTok, YouTube o Instagram, con casi un millón de seguidores, y que también le levaron a convertirse en hostelero (Los Clásicos de Cocituber), con cuatro locales en Vallecas, Alcorcón y Fuenlabrada de los que se desligó a finales del año pasado.

Medios nacionales



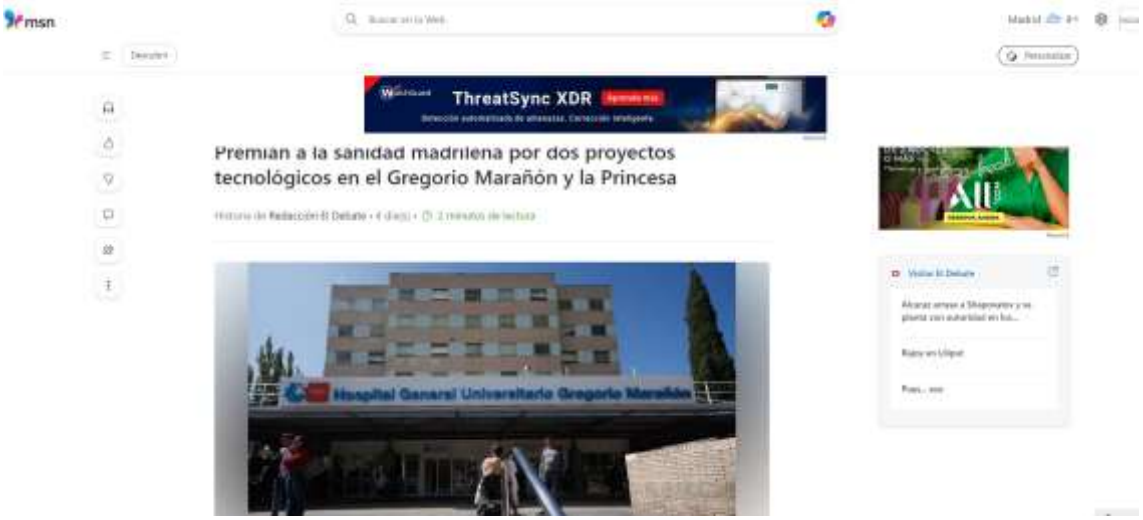
De la red asistencial madrileña sobresalen por su excelencia y menores tiempos de espera los **hospitales de alta complejidad (Grupo 3),** que son los que más pacientes atienden y también los que manejan los casos más complejos. Entre ellos, la Fundación Jiménez Díaz lidera, un mes más, como el hospital de referencia con menor demora para intervenciones quirúrgicas con 24,45 días, cifra que además reduce en 2,59 con respecto al mes anterior (27,04). Tras la FJD, se situó en enero, aunque a distancia, el Hospital Clínico San Carlos con 52,53 días; seguido del Hospital Gregorio Marañón con 54,98; La Paz con 58,66; La princesa con 61,79; el Hospital Ramón y Cajal, 63,97; El Puerta de Hierro Majadahonda, 67,32; y por último, el 12 de Octubre con 67,52.

Tiempos reducidos para las operaciones más saturadas

En los hospitales madrileños de gran complejidad, incluso las especialidades quirúrgicas con más espera a nivel nacional como **Cirugía Plástica**, (239 días); **Neurocirugía** (213) y **Traumatología** (149), presentan tiempos considerablemente inferiores. En la Fundación Jiménez Díaz, un paciente puede acceder a una operación de Cirugía Plástica en tan solo 17,51 días, de Neurocirugía en 9,43 días y de Traumatología en 26,4 días. Además de la Jiménez Díaz, otros hospitales de alta complejidad en la Comunidad de Madrid también muestran buenas cifras en las especialidades más demandadas. En Cirugía Plástica, hay un promedio de espera de 28,56 días en el Hospital de La Princesa y en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, 46,04 días. En Neurocirugía, los tiempos son igualmente competitivos en hospitales como el Ramón y Cajal: 37,32 días de espera, el Gregorio Marañón: 48,63 días, el Hospital la Princesa: 52,57 días y el Puerta de Hierro: 58,77 días. Por su parte, en el Hospital Clínico San Carlos se puede acceder a una operación de Traumatología en 60 días y en la Paz en 65,21 días.

Según los últimos datos del **Sistema Nacional de Salud (SISLE),** correspondientes al primer semestre de 2024, en España un total de 848.340 pacientes se encuentran pendientes de una operación, 28.376 más que a junio de 2023, lo que representa una tasa de 18 pacientes por cada 1.000 habitantes**.** Madrid, aunque es la comunidad que enfrenta la mayor presión asistencial de todo el territorio nacional, también es la que mejores resultados arroja. Registra la tasa más baja, según el SISLE, entre todas las comunidades con 10,06 pacientes por cada 1000 habitantes en lista de espera. En autonomías con una demanda asistencial similar a la madrileña, como son Cataluña o Andalucía, la tasa asciende al 26,6 y 31,6, respectivamente.

Medios nacionales



La sanidad de la Comunidad de Madrid ha sido reconocida este jueves por **dos proyectos tecnológicos** de sendos hospitales públicos, ha informado el Gobierno regional en un comunicado. La consejera de Sanidad, Fátima Matute, ha participado en la gala de entrega de los Premios Salud Digital, otorgados por **Grupo Mediforum**, para destacar las iniciativas que contribuyen a mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas.

Este sistema mejora el **control de los síntomas** ya que se ajusta automáticamente, lo que minimiza la necesidad de que los enfermos y los facultativos interactúen con el dispositivo para ajustarlo manualmente.

De igual modo, el hospital La Princesa de la capital ha recibido el de **Telemedicina por Neurosphere**, un avance que permite la programación en remoto por medio estimulación cerebral profunda.

Matute ha asegurado que sin la tecnología ya no se entiende el **sistema sanitario**, «que no viene a sustituir a los profesionales sino a complementar su labor».

Además, ha señalado que el Ejecutivo regional apuesta «de manera decidida» por este modelo, «impulsando herramientas como la **Tarjeta Sanitaria Virtual** o la telemedicina, para potenciar el papel del profesional en la distancia. «Son avances que nos acercan al sistema y proporcionan mayor comodidad a nuestros pacientes», ha concluido.

Medios nacionales



En los afectados, los músculos del esófago tienen dificultad para pasar los alimentos. Existen tratamientos endoscópicos avanzados que permiten una buena calidad de vida, como el que se presta en el Hospital La Princesa

Francisco Amaya, enfermo de acalasia que acude al hospital de La Princesa a por su tratamiento David Jar La Razón

Francisco Amaya sueña con volver a disfrutar del mar. No hay sensación más placentera para él que tocar la arena dorada de Las Tres Piedras o sentir el agua fresca del Atlántico en sus pies. Pero, sobre todo, le llena de ilusión pensar en respirar el aire salino de la brisa del mar. Y es que, para él, Chipiona es más que un lugar. Le confiere la certeza de que **la vida sigue más allá de las paredes de La Princesa, hospital que, desde 2014, se ha convertido en su segunda casa**. Todo comenzó con una obstrucción pulmonar aguda (OPA) que lo llevó a pasar semanas hospitalizado. Durante su ingreso, le detectaron leucemia, una enfermedad que le mantuvo otros 59 días ingresado. Años más tarde, cuando parecía estar libre de cualquier problema de salud, otra dolencia comenzó a manifestarse: la **acalasia**.

Cuestiones tan cotidianas como comer o respirar se convirtieron en auténticos desafíos. «Al principio, notaba molestias al tragar, una sensación de presión en el pecho, una incomodidad

que fue creciendo hasta volverse insoportable. Lo que comía no pasaba, se quedaba atascado, y poco a poco, **mi relación con la comida se transformó en un suplicio**. No entendía qué ocurría. Pensé que podía ser reflujo», explica Francisco. Pero la realidad era más compleja. Francisco fue diagnosticado con acalasia hace dos años.

Esta enfermedad rara es una patología compleja que **afecta al funcionamiento normal del esófago**. En concreto, los músculos del esófago tienen dificultad para pasar los alimentos, por lo que se acumulan, provocando muchas molestias. «La acalasia se caracteriza por la pérdida de inervación y motilidad en el esófago, lo que impide que los alimentos sean empujados correctamente desde la boca hasta el estómago. Además, la unión entre el esófago y el estómago no se abre, provocando que los alimentos queden retenidos y no puedan ser digeridos adecuadamente. Como consecuencia, los pacientes experimentan disfagia (dificultad para deglutir), dolor torácico y pérdida de peso progresiva», explica Cecilio Santander, jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de La Princesa.

Es una enfermedad poco frecuente, con una incidencia de aproximadamente 1 por cada 100.000 habitantes y una prevalencia de 10 por cada 100.000, ya que no es una patología con mortalidad asociada.

Afecta principalmente a pacientes de entre 30 y 50 años, sin distinción de género. Sin embargo, **también se ha diagnosticado en pacientes jóvenes**. «En el Hospital La Princesa hemos tratado a una persona con 18 años», reconoce Pablo Miranda, miembro del servicio de Aparato Digestivo de este hospital universitario. La acalasia impacta gravemente la calidad de vida de las personas que la padecen. No solo a nivel de alimentación, también **puede generar aislamiento social debido a las dificultades para compartir comidas**. Exactamente eso le ocurrió a David Franco. Recibió el diagnóstico las pasadas Navidades, pero reconoce que llevaba dos años experimentando los síntomas. En su caso, el diagnóstico no fue tan precoz como en el de Francisco.

«Durante dos años, pasé de prueba en prueba, de diagnóstico en diagnóstico y todos estaban equivocados. **Pensaron que era reflujo, que podía ser un problema estomacal.**.. A veces, notaba un completo taponamiento y no era capaz de digerir la comida. No tenía ninguna molestia física ni dolor ni nada, pero era incapaz de que el bocado pasara. Ya no eran solo los sólidos, sino también los líquidos», recuerda.

Debido a estas dificultades, su vida social se reducía a la mínima expresión. «Me considero un apasionado de la comida y de la buena compañía, pero **la acalasia me lo arrebató todo**: el placer de comer y el de compartir momentos de disfrute familiar», lamenta.

Y es que, se sentía impotente por no poder llevar el mismo ritmo que los demás a la hora de disfrutar de una comida. Fuera de casa, la situación era aún peor. Reunirse con amigos dejó de ser una opción y, en el trabajo, comía aparte. «Tenía que ir más despacio con cada cucharada, me agobiaba no poder seguir el ritmo de los demás, por lo que llevo prácticamente dos años sin quedar con nadie. No puedo», reconoce.

Medios nacionales

La Razón Sociedad



42 SOCIEDAD

¿Anorexia nerviosa? ¿Reflujo? No, es la acalasia que impide tragar a los pacientes

En los afectados, los músculos del esófago tienen dificultad para pasar los alimentos. Existen tratamientos endoscópicos avanzados que permiten una buena calidad de vida, como el que se presta en el Hospital La Princesa

SOCIEDAD 43

Medios nacionales



Con la pandemia han aumentado los casos de trastornos mentales pero no han sido “un tsunami” como se preveía, aunque sí se ha desbordado un vaso, el de los menores, que antes de 2020 ya estaba casi lleno con un incremento de intentos de suicidio, de autolesiones y desórdenes de la alimentación, fundamentalmente.

Antes de que la mayor crisis sanitaria del siglo XXI paralizara el mundo, la salud mental en la población adulta en España era similar a la de los países del entorno, según señala a EFE el jefe de Psiquiatría del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid e investigador principal del CIBER de Salud Mental (CIBERSAM), José Luis Ayuso.

El aumento de las consultas por ansiedad, estrés o depresión protagonizaban ya una tendencia al alza, agrega, en declaraciones a EFE, la portavoz de la Sociedad Española de Psicología Clínica-ANPIR, Irene de la Vega.

Pero la infancia y la adolescencia se llevaban la peor parte.

“Había una tendencia creciente en las cifras de mortalidad por suicidio, particularmente relevante y preocupante en la población joven, donde ya antes de la pandemia era la primera causa de muerte no accidental”, asegura el psiquiatra.

Pandemia y confinamiento

Con ese escenario, irrumpió la pandemia y con ella, el confinamiento, las mascarillas, la ansiedad, la incertidumbre y el dolor por la pérdida de familiares a los que no se les pudo decir adiós.

“Las situaciones de duelo...pero también tener a un familiar en la unidad de cuidados intensivos durante mucho tiempo creaba unas situaciones con problemas emocionales a los que tuvimos que hacer frente”, recuerda Ayuso.

Además de las personas que habían perdido a familiares y no pudieron vivir un duelo normal, había otros grupos especialmente vulnerables al confinamiento como las mujeres, que tenían una carga de cuidados y aquellas que eran víctimas de violencia machista, además del personal sanitario, los menores y las personas mayores.

“Es verdad que en aquel momento se habló muchísimo de salud mental y hubo voces que decían que iba a haber un tsunami de trastornos mentales y demás, y eso en realidad no ha sucedido. Hubo población que sufrió y sigue sufriendo pero la gente se adaptó lo mejor que pudo, la capacidad de adaptación fue buena”, considera De la Vega.

Sí han seguido aumentado en adultos los casos de trastornos mentales comunes como la ansiedad o la depresión pero “no tanto como se esperaba, no ha habido un desbordamiento”, destaca la psicóloga clínica, quien trabaja en la unidad de Trastornos de Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Clínico San Carlos, de Madrid.

Además ha habido un repunte, ya desde la pandemia, en el consumo de ansiolíticos y antidepresivos, lo que implica que “la gente en general está como más ansiosa, más deprimida”.

De hecho, España es el país de mayor consumo de benzodiacepinas del mundo; en la última Encuesta Europea de Salud, un 10,8 % de la población respondió haber tomado algún tranquilizante en las últimas dos semanas, sobre todo las mujeres, que doblan en el consumo a los hombres.

El golpe a la infancia y a la adolescencia

En el caso de los menores si ya la prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes era “en general alta antes de la pandemia”, con un aumento de casos de trastornos autolesivos, de alimentación y conductas suicidas, también por ansiedad y depresión, durante y después de la crisis sanitaria, empeoró.

“Hubo un repunte relacionado con el confinamiento. Aunque éste no fue la única causa sí pudo ser un factor de estrés. No se puede decir que la pandemia causara esto en los niños y adolescentes, pero a lo mejor, a una generación que ya tenía cierta predisposición, fue como un factor estresante”, un detonante, incide De la Vega.

Como ejemplo, la psicóloga clínica apunta que los casos de trastornos de la conducta alimentaria han aumentado entre un 20 y un 30 % en comparación con antes de la pandemia.

Por su parte, la coordinadora del Comité de Salud Mental de la Asociación Española de Pediatría (AEP), Paula Armero, explica a EFE que la pandemia fue “un trauma para todos” pero para los menores, para quienes las rutinas son tan importantes, más.

Los adolescentes no podían verse con sus amigos, el sistema de estudio cambió con el cierre de los centros educativos y “se respiraba incertidumbre cuando en esas etapas lo que se necesitan es seguridad”.

“Digamos que fue como la gota que colmó el vaso, un vaso que ya estaba lleno y se desbordó (...) Al principio de la pandemia veíamos casos de adultos pero después del primer pico gordo, empezamos a ver como las urgencias se llenaban de patologías de salud mental de menores, algo a lo que no estábamos acostumbrados”, afirma Armero.

En el caso de los niños pequeños la pandemia, al cambiar las rutinas, les afectó de muchas maneras tales como regresión con el pañal, más rabietas y en la conducta del sueño, entre otros.

La salud mental, en primer plano

Cinco años después, los zarpazos de la pandemia aún se sienten pero si algo bueno ha traído, coinciden los expertos consultados, es que ahora la salud mental está en un primer plano en el sistema sanitario, y, entre otras iniciativas, el Ministerio de Sanidad y las comunidades han aprobado el primer plan nacional para la prevención del suicidio.

“La salud mental no había tenido mucha relevancia en el sistema sanitario, siempre ha estado como en un segundo plano. Y con la pandemia se puso en primer plano. Cuando eso ocurre, se invierten recursos y entonces se hacen planes de salud mental, y se piensa en esto a nivel institucional y eso siempre es bueno, porque, además, veníamos de un déficit crónico de profesionales y de inversión”, zanja De la Vega. EFE

Medios especializados



Para los futuros **médicos internos residentes (MIR)**, la elección del hospital en el que realizarán su formación es una de las decisiones más importantes de su carrera. Cada centro hospitalario ofrece programas de especialización distintos, con enfoques específicos en cuanto a la enseñanza, la tecnología disponible y la dinámica asistencial. Por ello, asistir a las **jornadas de puertas abiertas** es una oportunidad única para conocer de primera mano la oferta formativa de cada hospital y resolver dudas antes de tomar una decisión definitiva.

Durante estas jornadas, **los MIR pueden recorrer las instalaciones, interactuar con los residentes actuales y recibir información detallada sobre el programa de formación en cada especialidad**. Además, permite evaluar aspectos fundamentales como la carga asistencial, la variedad de patologías atendidas y la calidad docente del hospital. Todo esto facilita una elección más informada y alineada con las expectativas y objetivos profesionales de cada candidato.

Los hospitales de Madrid han organizado múltiples jornadas de puertas abiertas para los aspirantes a la convocatoria MIR 2025. A continuación, se presenta el calendario completo de estas sesiones informativas, con detalles sobre fechas, horarios y cómo inscribirse.

Calendario de jornadas de puertas abiertas MIR 2025 en Madrid

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús
Av. de Menéndez Pelayo, 65, Retiro, 28009 Madrid
– 11 de marzo de 2025
– 15:30h

Hospital Universitario de Getafe
– Salón de actos del hospital
– 14 de marzo de 2025
– 10:00h

Hospital Universitario Fundación Alcorcón
C. Budapest, 1, 28922 Alcorcón, Madrid
– 18 de marzo de 2025
– 09:30h – 12:00h

Asociación de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública
– Online
– 18 de marzo de 2025
– 17:30h – 19:30h

Hospital Universitario de Torrejón
– Salón de actos del hospital
– 19 de marzo de 2025
– 09:00h – 11:00h

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
Av. de los Reyes Católicos, 2, Moncloa – Aravaca, 28040 Madrid
– 19 de marzo de 2025
– 08:00h – 15:00h

Hospital Universitario Príncipe de Asturias
– Salón de Actos Dr. Félix Bravo. Av. Principal de la Universidad, s/n, Alcalá de Henares (Madrid)
– 19 de marzo de 2025
– 10:00h – 10:50h

Hospital Universitario Severo Ochoa
– Salón de actos del hospital
– 20 de marzo de 2025
– 09:00h

Hospital Universitario Gregorio Marañón
– Aula Magna del Pabellón Docente
– 20 de marzo de 2025
– 09:30h

Hospital Universitario del Henares
– Salón de actos, 2ª planta
– 21 de marzo de 2025
– 09:30h – 15:00h

Hospital Universitario La Paz
– Salón de actos del Hospital General (Aula Ortiz Vázquez)
– 24 y 25 de marzo de 2025
– 09:00h

Hospital Infanta Cristina
– Salón de actos (1ª planta)

– 25 de marzo de 2025
– 09:30h

Hospital Clínico San Carlos
Calle del Prof. Martín Lagos, S/N, Moncloa – Aravaca, 28040 Madrid
– 26 de marzo de 2025
– 09:00h

Hospital Universitario de La Princesa
– Salón de actos del hospital
– 27 de marzo de 2025
– 10:00h

Hospital Universitario del Sureste
– Ronda del Sur, 10. Arganda del Rey
– Salon de Actos
– 19 de marzo.
– 09:30h.

Medios especializados



Farmaindustria ha sido galardonada este miércoles en la sexta edición de los Premios de la Fundación Código Sepsis por su "papel fundamental" en la promoción de la investigación y desarrollo de tratamientos innovadores para la sepsis, a través de su Programa Farma-Biotech, que tiene como objetivo facilitar la transferencia de conocimiento entre grupos de investigación, empresas emergentes y la industria farmacéutica, impulsando la investigación preclínica.

Leer más: https://www.infosalus.com/farmacia/noticia-farmaindustria-premiada-proyecto-fomento-investigacion-traslacional-20250312181324.html

Medios locales



La V Jornada Interdisciplinar sobre Tratamiento de la Persona con Enfermedad Renal Crónica (ERC), organizada por la Universidad CEU Cardenal Herrera **(CEU UCH)**, ha reunido hoy a más de **150 estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud** en un evento de gran relevancia con motivo del **Día Mundial del Riñón**. La jornada ha contado con la participación de **nefrólogos**, **fisioterapeutas**, **nutricionistas**, **psicólogos** y pacientes de distintos centros sanitarios y organizaciones.

Una visión multidisciplinar de la enfermedad renal crónica

La **catedrática del Departamento de Fisioterapia de la CEU UCH**, **Eva Segura Ortí**, organizadora de la jornada, ha destacado la importancia de un enfoque multidisciplinar para mejorar la calidad de vida de las personas con **ERC** y en **hemodiálisis**. «El enfoque multidisciplinar es esencial, desde las aportaciones de nefrólogos, enfermeros, fisioterapeutas, nutricionistas y psicólogos», ha afirmado Eva Segura, quien también es la **investigadora principal del proyecto europeo GoodRENal**, enfocado en el abordaje de la enfermedad renal crónica desde varias perspectivas sanitarias.

Lo primero, el paciente

Gracias a la colaboración de las asociaciones de la **Federación ALCER** en sus sedes de **Valencia** (**ALCER Turia**) y **Castellón** (**ALCER Castalia**), la jornada ha comenzado con el testimonio de dos personas con enfermedad renal. **José Ramón Bermejo**, vocal de la junta directiva de **ALCER Turia** y trasplantado de riñón, ha hablado sobre el impacto del **síndrome de Alport**, un trastorno genético que afecta a la función renal. **David Cancela**, miembro de **ALCER**

Castalia en tratamiento de hemodiálisis, ha abordado los **retos cotidianos de estos pacientes**, en un diálogo con el psicólogo **Manuel Martínez**.

Participación de especialistas de hospitales de prestigio

La jornada ha contado con la participación de **especialistas de reconocido prestigio**, como la **nefróloga especialista en trasplante renal**, **María Ramos**, y la enfermera nefrológica **Teresa Alepuz** del **Hospital Universitario La Fe de Valencia**. También ha intervenido la **nutricionista renal del Hospital de La Princesa**, **María del Mar Ruperto**, quien ha hablado sobre la importancia de la nutrición en pacientes con ERC. Desde el **Consorci Sanitari de Terrasa**, el **nefrólogo Vicent Esteve** y el **fisioterapeuta Xavi Segura** han presentado su experiencia en la **incorporación de la fisioterapia en la Unidad de Hemodiálisis**.

Innovación en fisioterapia y ejercicio en hemodiálisis

La **catedrática Eva Segura**, pionera en la investigación sobre la **incorporación de la fisioterapia en hemodiálisis**, ha sido una de las impulsoras de la actividad física durante las sesiones de hemodiálisis en España. Desde 2004, ha trabajado en la **implantación de programas específicos de ejercicio** en diversos hospitales, utilizando incluso **videojuegos** como parte de la rehabilitación.

Las aportaciones de **nefrólogos**, **enfermeros**, **nutricionistas renales**, **fisioterapeutas en hemodiálisis**, **psicólogos** y **pacientes** han permitido a los estudiantes de la CEU UCH obtener una visión integral de las necesidades de este ámbito sanitario, con el objetivo de **mejorar la calidad de vida de los pacientes**.

Medios especializados



La pandemia puso la salud mental encima de la mesa, también la de los menores. Cinco años después analizamos las huellas de una crisis sanitaria que paralizó el mundo.

Antes de 2020, la salud mental en la población adulta en España era similar a la de los países del entorno, **según señala a EFEsalud el jefe de Psiquiatría del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid e investigador principal del CIBER de Salud Mental (CIBERSAM), José Luis Ayuso**.

El aumento de las consultas por ansiedad, estrés o depresión protagonizaban ya una tendencia al alza, agrega, **en declaraciones a EFEsalud, la portavoz de la Sociedad Española de Psicología Clínica (ANPIR), Irene de la Vega**.

Pero la infancia y la adolescencia se llevaban la peor parte.

“Había una tendencia creciente en las cifras de mortalidad por suicidio, particularmente relevante y preocupante en la población joven, donde ya antes de la pandemia era la primera causa de muerte no accidental”, asegura el psiquiatra.

Pandemia y confinamiento

Con ese escenario, irrumpió la pandemia y con ella, el confinamiento, las mascarillas, la ansiedad, la incertidumbre y el dolor por la pérdida de familiares a los que no se les pudo decir adiós.

“Las situaciones de duelo…pero también tener a un familiar en la uci durante mucho tiempo creaba problemas emocionales a los que tuvimos que hacer frente”, recuerda Ayuso.

Además de las personas que habían perdido a familiares y no pudieron vivir un duelo normal, había otros grupos especialmente vulnerables al confinamiento como las mujeres, que tenían una carga de cuidados y aquellas que eran víctimas de violencia machista, además del personal sanitario, los menores y las personas mayores.

“Es verdad que en aquel momento se habló muchísimo de salud mental y hubo voces que decían que iba a haber un tsunami de trastornos mentales y demás, y eso en realidad no ha sucedido. Hubo población que sufrió y sigue sufriendo pero la gente se adaptó lo mejor que pudo, la capacidad de adaptación fue buena”, considera De la Vega.

Aumento de los trastornos comunes

Sí han seguido aumentado en adultos los casos de trastornos mentales comunes como la ansiedad o la depresión pero “no tanto como se esperaba, no ha habido un desbordamiento”, destaca la psicóloga clínica, quien trabaja en la unidad de Trastornos de Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Clínico San Carlos, de Madrid.

Además ha habido un repunte, ya desde la pandemia, en el consumo de ansiolíticos y antidepresivos, lo que implica que “la gente en general está como más ansiosa, más deprimida”.

De hecho, España es el país de mayor consumo de benzodiacepinas del mundo; en la última Encuesta Europea de Salud, un 10,8 % de la población respondió haber tomado algún tranquilizante en las últimas dos semanas, sobre todo las mujeres, que doblan en el consumo a los hombres.

El golpe a la infancia y a la adolescencia

En el caso de los menores si ya la prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes era “en general alta antes de la pandemia”, con un aumento de casos de trastornos autolesivos, de alimentación y conductas suicidas, también por ansiedad y depresión, durante y después de la crisis sanitaria, empeoró.

“Hubo un repunte de casos en la salud mental de los menores en la pandemia relacionado con el confinamiento. Aunque éste no fue la única causa sí pudo ser como un factor de estrés. No se puede decir que la pandemia causó esto en los niños y adolescentes, pero a lo mejor a una generación que ya tenía cierta predisposición y demás, pues esto fue como un factor estresante”, incide De la Vega.

Como ejemplo, la psicóloga clínica apunta que los casos de trastornos de las conducta alimentaria han aumentado entre un 20 y un 30 % en comparación con antes de la pandemia.

Un trauma

Por su parte**, la coordinadora del Comité de Salud Mental de la Asociación Española de Pediatría (AEP), Paula Armero, explica a EFEsalud** que la pandemia fue “un trauma para todos” pero para los menores, para quien las rutinas son tan importantes, más.

Los adolescentes no podían verse con sus amigos, el sistema de estudio cambió con el cierre de los centros educativos y “se respiraba incertidumbre cuando en esas etapas lo que necesitan es seguridad”.

“Digamos que fue como la gota que colmó el vaso, un vaso que ya estaba lleno y se desbordó (…) Al principio de la pandemia veíamos casos de adultos pero después del primer pico gordo, empezamos a ver como las urgencias se llenaban de patologías de salud mental de menores, algo a lo que no estábamos acostumbrados”, afirma Armero.

En el caso de los niños pequeños la pandemia, al cambiar las rutinas, les afectó de muchas maneras tales como regresión con el pañal, más rabietas y en la conducta del sueño, entre otros.

La salud mental, en primer plano

Cinco años después, los zarpazos de la pandemia aún se sienten pero si algo bueno ha traído, coinciden los expertos consultados, es que ahora la salud mental está en un primer plano en el sistema sanitario, y, entre otras iniciativas, el Ministerio de Sanidad y las comunidades han aprobado el primer plan nacional para la prevención del suicidio.

“La salud mental no había tenido mucha relevancia en el sistema sanitario, siempre ha estado como en un segundo plano. Y con la pandemia se puso en primer plano. Cuando eso ocurre, se invierten recursos y entonces se hacen planes de salud mental, y se piensa en esto a nivel institucional y eso siempre es bueno, porque, además, veníamos de un déficit crónico de profesionales y de inversión”, zanja la portavoz de ANPIR.

Medios locales



El Hospital Universitario de La Princesa, centro sanitario público de la Comunidad de Madrid, ha sido el ganador en la categoría “Mejor Proyecto de Telemedicina” en los IX 'Premios Salud Digital' del Grupo Mediforum, con el proyecto 'Clínica Virtual NeuroSphere', una herramienta de telemedicina que permite controlar la terapia en remoto de las personas con sistemas de neuromodulación implantados para el tratamiento de patologías como los trastornos psiquiátricos, el dolor neuropático, la epilepsia refractaria o los trastornos del movimiento (enfermedad de Párkinson, temblor esencial y distonía).

Estos galardones, que se entregan anualmente, tienen como objetivo reconocer las iniciativas que contribuyan a mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas mediante las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

En la gala de entrega de premios, que tuvo lugar el 6 de marzo, estuvo presente la consejera de Sanidad, Fátima Matute, así como un gran número de personalidades de entidades públicas y privadas, Sociedades Científicas, Asociaciones de Pacientes y empresas de desarrollo tecnológico, entre otros. Las doctoras, Marta Navas García, neurocirujana, y Lydia López Manzanares, neurologa del Hospital Universitario de La Princesa, fueron las encargadas de recoger el premio en representación de la Unidad Médico-Quirúrgica de Trastornos del Movimiento de este centro.

Junto con el Hospital de La Princesa obtuvo otra distinción el Hospital Gregorio Marañón por el desarrollo de una APP de Medicina centrada en el seguimiento y comunicación con pacientes con enfermedades inflamatorias mediadas por la inmunidad.

Más de 60 pacientes se benefician de esta modalidad de Telemedicina

Los sistemas de neuromodulación son dispositivos que se colocan bajo la piel del pecho del paciente para enviar estimulación eléctrica a través de los electrodos colocados en el cerebro para interrumpir las señales anormales que causan síntomas como temblores, rigidez y lentitud de movimiento, entre otros. La modificación y ajuste de los parámetros de estimulación requieren una revisión periódica del paciente en consulta con el médico especialista. Gracias a la Clínica Virtual NeuroSphere, desarrollada en colaboración con Abbott, se controla y modifica la terapia en remoto mediante una conexión segura vía wifi, lo que permite evitar desplazamientos de los pacientes a las consultas hospitalarias, que a menudo presentan limitaciones de movilidad, o viven en otra Comunidad Autónoma o país.

Más de 60 pacientes de la Unidad Médico-Quirúrgica de Trastornos del Movimiento del Hospital de La Princesa se benefician de este sistema de seguimiento ambulatorio. Asimismo, se han realizado más de 150 consultas virtuales.

Esta unidad es, desde 2006, centro de referencia nacional (CSUR) para cirugía funcional del Parkinson, realizando anualmente alrededor de 30 intervenciones quirúrgicas para paliar los efectos de este trastorno neurológico a través de la Estimulación Cerebral Profunda.

Desde el punto de vista de la investigación constituye un equipo con uno de los mayores números de ensayos clínicos activos en esta materia de la Comunidad de Madrid, formando parte de proyectos europeos en colaboración con hospitales de otros países.

Medios locales



Seguimos haciendo memoria y recordando tanto en lo sociosanitario como en lo personal aquellos difíciles días en que, hace cinco años, se decretó el estado de alarma y empezó el confinamiento por la pandemia de coronavirus. Nos acompañan Jesús Aguilar, presidente del Consejo General de Farmacéuticos; Fernando Miralles, profesor de Psicología en la Facultad de Medicina de la Universidad CEU San Pablo; Estanislao Nistal Villán, virólogo y profesor de Virología y Microbiología en la Facultad de Farmacia de la Universidad CEU San Pablo; el doctor Julio Ancochea Bermúdez, jefe de Servicio de Neumología del Hospital Universitario de la Princesa y presidente de Asomega (Asociación de Médicos Gallegos); y Antonio San José, periodista y partner en Kreab.

Medios especializados



MENÚ ConSalud.es NEWSLETTER

VitalAire MEDIFORUM

HOME › AUTONOMÍAS › C. MADRID

El Hospital La Princesa celebra el Día Mundial del Riñón con actividades para pacientes de diálisis

El Hospital La Princesa tiene el objetivo de dar visibilidad y aumentar el conocimiento de las patologías renales

Fachada del Hospital Universitario de La Princesa (Fuente: Comunidad de Madrid / Consalud)

CS REDACCIÓN CONSALUD

ENFERMEDAD RENAL · LA PRINCESA · DIÁLISIS

El **Servicio de Nefrología del Hospital Universitario de La Princesa**, centro público de **la Comunidad de Madrid**, ha celebrado el Día Mundial del Riñón, que este año ha tenido lugar el **13 de marzo,** con la realización de tomas de la tensión arterial a las personas interesadas y con el desarrollo de actividades lúdicas para los pacientes en diálisis. El objetivo de esta iniciativa ha sido **visibilizar** y aumentar el conocimiento de las patologías renales y sus factores de riesgo entre la población, así como la celebración de este día con los pacientes que pasan largas horas en diálisis.

Profesionales del **Servicio de Nefrología** del centro realizaron, en el vestíbulo principal, mediciones de la tensión arterial a las personas que lo solicitaran con la finalidad de detectar una posible presión arterial alta , un factor de riesgo en la **Enfermedad Renal Crónica.**

Los profesionales del servicio quisieron conmemorar el día con los pacientes a través de diferentes actividades lúdicas para hacer más llevadera su estancia durante el proceso de diálisis

También se repartieron dípticos y se informó sobre las patologías relacionadas con problemas renales y de la

direct healthy

Cardiólogo: ¿Grasa abdominal después de los 50? Pon esto en tus zapatos

El Servicio de Nefrología del Hospital Universitario de La Princesa, centro público de la Comunidad de Madrid, ha celebrado el Día Mundial del Riñón, que este año ha tenido lugar el 13 de marzo, con la realización de tomas de la tensión arterial a las personas interesadas y con el desarrollo de actividades lúdicas para los pacientes en diálisis. El objetivo de esta iniciativa ha sido visibilizar y aumentar el conocimiento de las patologías renales y sus factores de riesgo entre la población, así como la celebración de este día con los pacientes que pasan largas horas en diálisis.

Profesionales del Servicio de Nefrología del centro realizaron, en el vestíbulo principal, mediciones de la tensión arterial a las personas que lo solicitaran con la finalidad de detectar una posible presión arterial alta , un factor de riesgo en la Enfermedad Renal Crónica.

Los profesionales del servicio quisieron conmemorar el día con los pacientes a través de diferentes actividades lúdicas para hacer más llevadera su estancia durante el proceso de diálisis

También se repartieron dípticos y se informó sobre las patologías relacionadas con problemas renales y de la importancia de mantener un estilo de vida saludable. Igualmente, los profesionales del servicio quisieron conmemorar este día con los pacientes a través de diferentes actividades lúdicas para hacer más amena y llevadera su estancia durante el proceso de diálisis.

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DE RELEVANCIA SOBRE LA IA PARA PREDECIR LA MORTALIDAD CARDIORRENAL

En el marco de este día mundial, se ha publicado un estudio para predecir la mortalidad cardiorrenal a través del desarrollo de un software basado en nuevos modelos de inteligencia artificial (IA). El estudio ha sido liderado por la doctora María Auxiliadora Bajo, jefa del Servicio de Nefrología del Hospital Universitario de La Princesa, junto a investigadores del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y del Hospital Universitario La Paz. Ha sido publicado en la revista BMJ Health & Care Informatics, consolidándose como un avance clave en el uso de la tecnología para la gestión sanitaria.

La diálisis peritoneal puede provocar, tras el uso continuado durante años, el deterioro de la membrana peritoneal y su capacidad de filtración

La diálisis peritoneal es una modalidad de diálisis que permite filtrar los productos tóxicos de la sangre a través del peritoneo (tejido que recubre la pared abdominal) cuando los riñones dejan de funcionar correctamente. Esta técnica puede provocar, tras el uso continuado durante años, el deterioro de la membrana peritoneal y su capacidad de filtración, así como la aparición de complicaciones cardiovasculares.

En el estudio se han analizado miles de registros médicos para entrenar algoritmos capaces de evaluar factores de riesgo y estimar probabilidades de fallo de técnica o de fallecimiento.

A su vez, se diseñó un immuno-ensayo para detectar nuevos biomarcadores (proteínas) para localizaren la cavidad abdominal la transición mesotelio-mesénquima; un proceso molecular utilizado por las células, incluidas las cancerosas, para adquirir movimiento e invasibilidad (susceptibilidad a ser invadido o a sufrir alteraciones significativas).

Gracias a la creación de estos nuevos modelos basados en la IA se puede predecir con precisión las complicaciones más graves en pacientes con enfermedad renal tratados con este tipo de diálisis para así mejorar la planificación de sus tratamientos.

Medios locales



Marzo, 2020. La pandemia de covid iniciaba su ascenso imparable. El mayor sufrimiento imaginado. En los **hospitales**, los pacientes no podían estar acompañados, ni recibir visitas como medida preventiva. Es ahí cuando comienza esta historia. **En el madrileño Hospital de La Princesa**. Con un audio. El que mandó a los suyos **la cirujana Cristina Marín Campos**. Pedía que escribieran cartas de aliento a las personas ingresadas que, con enorme angustia, sufrían en absoluta soledad en las habitaciones. Solo en las primeras 24 horas, **recibió más 100.000 misivas** que, con la ayuda de familia y compañeros, filtró, imprimió y repartió. De niños, de mayores de las residencias, de reclusos... **Un chorreo de solidaridad** que se extendió a los demás centros sanitarios madrileños, españoles y del resto del mundo. Cinco años después, la doctora Marín recrea aquellos días para El Periódico de España. Le cuesta. Dice emocionada que **hay heridas que todavía no han cerrado.**

Adjunta del **Servicio de Cirugía General y Digestivo** de La Princesa, el hospital donde se formó -allí hizo la residencia desde el 2013 al 2018-, y que considera su casa, la doctora Marín atiende a este diario tras salir de quirófano para rememorar cómo surgió aquella idea que, en 2021, le valió recibir el **Premio Dresde de La Paz** que se concede desde la ciudad alemana. Un galardón que creó en 2010 la Asociación de Amigos de Dresde (*Friends of Dresden Deutschland*) y se entrega a personalidades mundiales que han contribuido **al fomento de la paz** y contribuido al cese de diferentes crisis. El de 2025 ha sido concedido al **Tribunal Europeo de Derechos Humanos.**

Bloqueo del hospital

La doctora Marín regresa a aquel oscuro marzo de 2020 cuando se le ocurrió una idea que se hizo viral. A la primera oleada de la pandemia. La más brutal. La que aisló a los enfermos en las habitaciones. "Al principio, los primeros días, había mucho miedo. El hospital se bloqueó por completo. No solo porque estaba absolutamente desbordado con pacientes -el centro tiene capacidad para unas 399 camas y **llegó a haber 610 ingresados**, precisa la cirujana-, es que, además, estaba totalmente cerrado. **No había ninguna visita**. Estaban solos. Muchos, por

desgracia, fallecían al principio de la pandemia porque la infección era mucho más grave de lo que es ahora... ", comienza relatando.

A la cirujana le zarandeó lo que vivió en primera línea junto a compañeros, como ella, destrozados, asolados, atendiendo sin descanso a los enfermos que no paraban de ingresar y combatiendo contra un virus desconocido. "Pensé que, a lo mejor, podíamos hacerles llegar mensajes desde fuera, no tanto de sus propios familiares, sino de toda la sociedad que estaba encerrada en casa y podía sentirse útil ayudándoles". Así arrancó todo. **De forma muy espontánea.**

Dice la doctora Marín **que tiene una familia grande** y que, todos los días, en el chato del grupo, leía mensajes de desconcierto. "Estaban aburridos en casa, no sabían qué hacer, no sabían lo que estaba ocurriendo en el hospital y estaban muy preocupados por mí como o por conocidos que tenían que estar ingresados. Fue ahí cuando hice el clic de enlazar estas dos cosas. Por un lado, el ver que había **tanta gente confinada en casa,** de repente, sin nada que hacer y, por otro, los pacientes que se sentían tan solos y, además, estaban clínicamente muy graves".

El audio

Dicho y hecho. La doctora Marín mandó un WhatsApp **a una amiga neumóloga** del hospital y le trasladó la idea. A su compañera le entusiasmó. Comenzó pensando en que fuera su familia la que escribiera las cartas y les mandó un audio explicándoles la iniciativa. "Les pareció fenomenal y lo rebotaron a sus conocidos. En 24 horas, en mi mail, **tenía 100.000 cartas de gente desconocida,** desbordando toda la capacidad. Tuve que alquilar más espacio en Gmail, abrir otra cuenta... ", rememora.

Los pacientes esperaban con emoción ese aliento diario de solidaridad que procedía del exterior y que llegaba con la visita del personal sanitario. Las cartas tenían un asunto común: "Aguantad, **no estáis solos**".

El mail personal de la doctora, recibió la primera oleada. Luego, las cartas llegaban a otra dirección de correo que creó de forma específica. Aquello corrió como la pólvora. **Otros hospitales de Madrid** se interesaron por la iniciativa. "Muchos me contactaron para decirme: 'Oye, ¿cómo lo estás gestionando?, ¿cómo hacéis el reparto?, ¿cómo os habéis organizado?'. La envergadura, al final, fue mucho mayor. En otras ciudades de España, en otros países, se sumaron al proyecto de La Princesa.

Contenido inadecuado

La cirujana se reconvirtió en una suerte de cartera hospitalaria. **Filtró, imprimió separó y distribuyó** las misivas con la ayuda de su familia y compañeros: "Mi padre, que es un lector muy ávido, dedicaba casi la jornada completa a leer y a filtrar. Había algunos correos que podían tener contenido inadecuado para entregar. Nos daba miedo que se pusieran **en contacto grupos tipo sectas,** teníamos mensajes en ese sentido. O había gente que, en las cartas, hablaban de enfermedades personales o cosas así y, aunque a ellos les podía resultar **como un poco de terapia**, juzgábamos que **no era un mensaje** adecuado para entregar a una persona ingresada".

Mi padre, que es un lector muy ávido, dedicaba casi la jornada completa a leer y a filtrar las cartas

Una vez pasado el filtro, cuando llegaba al hospital, a las 8 de la mañana, "tenía como preparado el paquetillo que iba a imprimir ese día. Entre 50 y 100 mensajes diarios. Lo dejaba listo y me ponía a ver a mis pacientes. Al final de mi jornada, a las 3, cogía las cartas y entonces **me subía a las plantas y repartía**".

Primero, a las habitaciones, pero luego, cuando vieron que podían organizarlo un poquito más, iba dejando cartas en los distintos puestos de enfermería o en la UCI. Y los propios facultativos o las enfermeras encargadas de cuidar de cada uno de esos pacientes les preguntaban si querían recibir una carta y, entonces, **se la entregaban**. "Obviamente, sobre todo en la primera oleada, había mucha gente que **estaba en una condición muy mala.** No procedía para nada entregar una carta", señala. Habla de situaciones terribles, como las de **matrimonios ingresados en la misma habitación**. "Entonces, uno de los dos fallecía y era tremendamente duro. Había que elegir si era el momento oportuno para recibir un mensaje así", añade.

A veces, admite la doctora Cristina Marín, aquellas misivas de aliento desbordaban la emoción de quien la recibía: "Hubo, recuerdo, **al menos dos casos de pacientes de la UCI** a los que se tuvo que limitar el recibir una carta porque se emocionaron tanto que, respiratoriamente, su situación empeoraba por el propio sofocón y tuvimos que restringirlo. En general, **se emocionaban muchísimo**".

De niños a reclusos

Entre los mensajes, había todo tipo de palabras de ánimo y de todo tipo de remitentes. "Desde dibujos de niños pequeños a cartas de los que ya sabían escribir. De residencias de mayores; de reclusos -recuerda especialmente las que llegaron de la cárcel de Zuera, en Zaragoza-; de gente invidente o de gente que no sabía escribir y que le pedían a un familiar que redactara la carta y ellos se la dictaban... ". Palabras llegadas **desde todo el mundo.**

Cuando a la doctora se le felicita por su gesta, admite, ya con emoción, que en realidad le cuesta echar la vista atrás. "Aunque parezca paradójico, ahora **me emociona mucho más** o me duele más recordar aquello. Porque, en el fondo, quedan ahí como heridas. En aquellos días, en que estábamos todos en modo supervivencia, en intentar ayudar en todo lo que pudiéramos, mi sensación era de sentirme desbordada, pero no ya por las cartas en sí, sino porque lo que se vivió. Era muy duro", verbaliza cinco años después.

Como a todos sus compañeros, a la doctora Marín se la reubicó para atender a los **pacientes covid**. "Fui ocupando diferentes puestos. Al principio,estábamos destinados a Urgencias y nos dedicábamos a atender a los pacientes que estaban en una cama o en una colchoneta en el suelo, esperando para ser ingresados. Eran pacientes graves y se nos morían mucho. En la sala de espera, en colchonetas... muy mal", resume con dolor.

Jeringuillas de morfina

"Recuerdo que yo llegaba todos los días y lo primero que hacíamos **era dar una vuelta a la sala** que íbamos a llevar ese día para intentar calcular cuánta morfina íbamos a cargar en las jeringuillas para sedar a los que estábamos viendo que se estaban ahogando. **Había mucho desabastecimiento.** De EPIS, de mascarillas... Recuerdo mucho, y con mucho cariño, todas las mascarillas que nos traían **del Rayo Vallecano**, de distintas entidades... ".

Los pacientes estaban tumbados boca abajo para ventilarlos. Respiratoriamente eso les mejoraba, pero les generaba muchas úlceras de apoyo en la cara

Después se encargó, junto con otros dos compañeros de curar las heridas de las úlceras de apoyo. "Porque los pacientes, muchas veces, tenían que estar pronados, o sea **tumbados boca abajo para ventilarlos**. Respiratoriamente, eso les mejoraba pero les generaba muchas úlceras de apoyarse en la cara y teníamos hacer las curas. Quitarles mucho tejido: de las cejas, de los pómulos... En el sacro, en la zona de la espalda... ", explica. El "tercer empleo" durante la pandemia de la doctora Marín fue "más ligero. En la segunda oleada le tocó apoyar a **uno de los equipos de Medicina Interna** con los pacientes.

El premio

Habla también **del premio que recibió por su iniciativa**. La cirujana decidió donar la cantidad que le dieron -10.000 euros- a una organización benéfica. "Fue una manera **de reconocer al colectivo sanitario**. Se personalizó y supuso una alegría muy grande, obviamente. Me sirvió para poder expresar mi agradecimiento a no solo los compañeros, sino, sobre todo, a los pacientes. A todo lo que habíamos podido compartir con ellos y todo lo que yo había aprendido de ellos. Al final todo esto son un poco circunstancias que suceden en la vida. Cosas que **te pasan un poco inexplicables.** Lo de las cartas se me ocurrió a mí, como se le podía haber ocurrido a otro", reconoce.

Acaba la conversación explicando lo que sintió en aquellos días, lo que más le emocionó de aquellas miles de cartas que leyó y entregó. "Teníamos tantísimas que repartí también entre el personal sanitario. Las dejaba y muchas enfermeras y médicos las cogían. Encontraban ánimo. En casa, por las tardes, se las mandaba a los compañeros que estaban enfermos de covid", explica. De todo lo vivido "lo que más me llamó la atención fue la capacidad de los demás para ponerse en el lugar del otro y ayudarles", confiesa admirada.

Medios nacionales



https://www.rtve.es/play/audios/las-tardes-de-rne/rne-canabal-uci-hospital-princesa/16491747/

Medios locales



MADRID/Con la pandemia han aumentado los **casos de trastornos mentales pero no han sido "un tsunami" como se preveía**, aunque sí se ha desbordado un vaso, el de los menores, que antes de 2020 ya estaba casi lleno con un incremento de intentos de suicidio, de autolesiones y desórdenes de la alimentación, fundamentalmente.

Antes de que la **mayor crisis sanitaria del siglo XXI** paralizara el mundo, la salud mental en la población adulta en España era similar a la de los países del entorno, según señala el jefe de Psiquiatría del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid e investigador principal del CIBER de Salud Mental (CIBERSAM), José Luis Ayuso.

El aumento de las **consultas por ansiedad, estrés o depresión protagonizaban** ya una tendencia al alza, agrega la portavoz de la Sociedad Española de Psicología Clínica-ANPIR, Irene de la Vega. Pero **la infancia y la adolescencia se llevaban la peor parte.**

"Había una tendencia creciente en las cifras de mortalidad por suicidio, particularmente relevante y preocupante en la población joven, donde ya antes de la pandemia era la primera causa de muerte no accidental", asegura el psiquiatra.

Pandemia y confinamiento

Con ese escenario, irrumpió la pandemia y con ella, e**l confinamiento, las mascarillas, la ansiedad, la incertidumbre y el dolor** por la pérdida de familiares a los que no se les pudo decir adiós. "Las situaciones de duelo...pero también tener a un familiar en la unidad de

cuidados intensivos durante mucho tiempo creaba unas situaciones con problemas emocionales a los que tuvimos que hacer frente", recuerda Ayuso.

Además de las **personas que habían perdido a familiares y no pudieron vivir un duelo normal,** había otros grupos especialmente vulnerables al confinamiento como las mujeres, que tenían una carga de cuidados y aquellas que eran víctimas de violencia machista, además del personal sanitario, los menores y las personas mayores.

"Es verdad que en aquel momento se habló muchísimo de salud mental y hubo voces que decían que iba a haber un tsunami de trastornos mentales y demás, y eso en realidad no ha sucedido. Hubo población que sufrió y sigue sufriendo pero la gente se adaptó lo mejor que pudo, la capacidad de adaptación fue buena", considera De la Vega.

Sí han seguido aumentado en adultos los casos de trastornos mentales comunes como la ansiedad o la depresión pero "no tanto como se esperaba, no ha habido un desbordamiento", destaca la psicóloga clínica, quien trabaja en la unidad de Trastornos de Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Clínico San Carlos, de Madrid.

Además ha habido un repunte, ya desde la pandemia, en el **consumo de ansiolíticos y antidepresivos**, lo que implica que "la gente en general está como más ansiosa, más deprimida".

De hecho, España es el país de mayor consumo de benzodiacepinas del mundo; en la última Encuesta Europea de Salud, un 10,8 % de la población respondió haber tomado algún tranquilizante en las últimas dos semanas, sobre todo las mujeres, que doblan en el consumo a los hombres.

El golpe a la infancia y a la adolescencia

En el caso de los menores si ya la prevalencia de **trastornos mentales en niños y adolescentes** era "en general alta antes de la pandemia", con un aumento de casos de trastornos autolesivos, de alimentación y conductas suicidas, también por ansiedad y depresión, durante y después de la crisis sanitaria, empeoró.

"Hubo un repunte relacionado con el confinamiento. Aunque éste no fue la única causa sí pudo ser un factor de estrés. No se puede decir que la pandemia causara esto en los niños y adolescentes, pero a lo mejor, a una generación que ya tenía cierta predisposición, fue como un factor estresante", un detonante, incide De la Vega.

Como ejemplo, la psicóloga clínica apunta que los casos de trastornos de la conducta alimentaria han aumentado entre un 20 y un 30 % en comparación con antes de la pandemia.

Por su parte, la coordinadora del Comité de Salud Mental de la Asociación Española de Pediatría (AEP), Paula Armero, explica a EFE que la pandemia fue "un trauma para todos" pero para los menores, para quienes las rutinas son tan importantes, más.

Los adolescentes **no podían verse con sus amigos**, el sistema de estudio cambió con el cierre de los centros educativos y "se respiraba incertidumbre cuando en esas etapas lo que se necesitan es seguridad".

"Digamos que fue como la gota que colmó el vaso, un vaso que ya estaba lleno y se desbordó (...) Al principio de la pandemia veíamos casos de adultos pero después del primer pico gordo, empezamos a ver como las urgencias se llenaban de patologías de salud mental de menores, algo a lo que no estábamos acostumbrados", afirma Armero.

En el caso de los niños pequeños la pandemia, al cambiar las rutinas, les afectó de muchas maneras tales como regresión con el pañal, más rabietas y en la conducta del sueño, entre otros.

La salud mental, en primer plano

Cinco años después, los zarpazos de la pandemia aún se sienten pero si algo bueno ha traído, coinciden los expertos consultados, es que ahora **la salud mental está en un primer plano** en el sistema sanitario, y, entre otras iniciativas, el Ministerio de Sanidad y las comunidades han aprobado el primer plan nacional para la prevención del suicidio.

"La salud mental no había tenido mucha relevancia en el sistema sanitario, siempre ha estado como en un segundo plano. Y con la pandemia se puso en primer plano. Cuando eso ocurre, se invierten recursos y entonces se hacen planes de salud mental, y se piensa en esto a nivel institucional y eso siempre es bueno, porque, además, veníamos de un déficit crónico de profesionales y de inversión", zanja De la Vega.

Medios locales



El Hospital Universitario de Torrejón, perteneciente a la red pública de la Comunidad de Madrid, ha participado en un ensayo clínico que ha investigado los diferentes efectos provocados por la suspensión y el mantenimiento del tratamiento con medicamentos biológicos –específicamente anti-TNF-alfa, como infliximab y adalimumab,– en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal en remisión. El Estudio multicéntrico EXIT, publicado recientemente en la prestigiosa revista científica internacional GUT y en el que ha participado el Servicio de Aparato Digestivo del centro torrejonero, sugiere que se puede interrumpir el tratamiento en estos pacientes sin poner en riesgo la remisión en un año. Este importante estudio ha sido liderado por el Hospital Universitario de La Princesa.

Los medicamentos anti-TNF-alfa son fármacos biológicos frecuentemente utilizados de forma crónica para tratar enfermedades autoinmunomediadas, como las patologías de Crohn y la colitis ulcerosa, dos enfermedades inflamatorias intestinales crónicas. Estos fármacos actúan bloqueando el Factor de Necrosis Tumoral, una proteína que juega un papel determinante en los procesos inflamatorios, ya que, en estas enfermedades, el sistema inmunológico la produce en exceso, provocando una inflamación excesiva y daño en los tejidos del cuerpo. “Dado que estos fármacos pueden ocasionar efectos adversos y hay situaciones en las que se deben suspender durante una temporada, era necesario evaluar científicamente en un estudio si se puede suspender de forma segura el tratamiento con anti-TNF-alfa sin exponerse a un riesgo elevado de recaída”, introducen el Dr. Manuel Van Domselaar, jefe del servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Torrejón, y la Dra. Isabel Blázquez, especialista del mismo servicio.

El ensayo clínico ha realizado un seguimiento durante 12 meses a un total de 124 pacientes que completaron el tratamiento según el protocolo establecido, dividiéndoles en dos grupos: uno continuaba con el tratamiento anti-TNF-alfa y otro lo suspendía, aunque ambos grupos mantenían el tratamiento inmunodepresor. En los resultados arrojados, se muestra que en pacientes cuidadosamente seleccionados –con remisión clínica estable, sin lesiones graves y con bajo riesgo de recaída– interrumpir el tratamiento biológico no conlleva un aumento significativo de recaídas en comparación con aquellos pacientes que lo mantienen. Este

estudio ha desvelado que aquellos pacientes que suspendieron el anti-TNF-alfa, manteniendo el inmunosupresor, tuvieron una evolución similar a los pacientes que mantuvieron el anti-TNF, por lo que la suspensión de la medicación podría ser una opción segura.

Aunque la suspensión del tratamiento no afectó a la calidad de vida ni a la productividad laboral de los pacientes, estos sí que presentaron una mayor proporción de niveles elevados con calprotectina fecal, un marcador de inflamación intestinal, y lesiones endoscópicas. Por ese motivo, no se recomienda suspender estos tratamientos sin tener en cuenta los factores de riesgo y, en caso de llevarlo a cabo, es necesario realizar un seguimiento cercano. “El estudio EXIT manifiesta que en condiciones controladas y en pacientes seleccionados, la suspensión del tratamiento con anti-TNF-alfa puede ser segura y efectiva en pacientes con una enfermedad inflamatoria intestinal en remisión”, sentencian los profesionales del Hospital Universitario de Torrejón.

Medios especializados



Las iniciativas de **reducción de emisiones** en los procedimientos de anestesia en los centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud (Sermas) han sido detalladas por la directora general asistencial, Almudena Quintana, en la sesión de la Comisión de Sanidad de la Asamblea de Madrid. Hospitales como el 12 de Octubre, La Paz o el Ramón y Cajal "están a la vanguardia en la aplicación de técnicas que **favorecen la sostenibilidad**", ha detallado.

"En particular estos hospitales están incorporando técnicas como la **anestesia intravenosa total** o la reducción del uso de gases volátiles, técnicas que no solo están mejorando la seguridad de los pacientes, sino también **minimizando este impacto ambiental**", ha explicado en la respuesta a la pregunta formulada por la diputada Marta Carmona de Más Madrid.

No queda de lado la "formación continua de los profesionales", con **programas formativos** en los hospitales del Sermas que tienen por objetivo "actualizar a los equipos médicos" sobre las mejores prácticas en la **reducción de emisiones** y la **implementación de tecnologías sostenibles** en los procedimientos de anestesia. Además, Quintana ha señalado que estas medidas de sostenibilidad no se limitan al "uso eficiente de los recursos anestésicos" sino que incluyen, por ejemplo, la optimización del **consumo energético en los quirófanos** y el uso de equipos más eficientes que contribuyan a la reducción del impacto ambiental.

"En cuanto a la innovación tecnológica, en muchos hospitales de la red pública madrileña como el Hospital Universitario de Henares o el Hospital de la Princesa **se ha avanzado considerablemente** en el uso de sistemas de captura y reciclaje de gases anestésicos", ha dicho. Tal como ha resaltado, esto permite una "significativa reducción" de las emisiones, ya que los "gases **capturados pueden ser reutilizados** en futuras intervenciones, evitando la liberación al ambiente".

Prácticas que se realizan en hospitales madrileños

Almudena Quintana también ha puesto el foco en lo que ha considerado son "pasos firmes" de parte del Gobierno madrileño en la "incorporación de **tecnologías avanzadas** y la modificación de prácticas dentro de los quirófanos". En el Hospital Clínico San Carlos, ha indicado que se ha llevado a cabo un **programa de reducción de gases anestésicos** con un "enfoque integral en la gestión eficiente de los recursos y la optimización del uso de anestésicos volátiles". "Esta práctica ha demostrado ser efectiva no solo para reducir las emisiones de los gases, sino también para **mejorar la seguridad del paciente** y optimizar los costos operativos", ha incidido.

Así también, el Hospital de La Paz ha implementado un plan integral para la reducción de emisiones en sus **procedimientos de anestesia**, que incluye la modernización de los equipos para hacerlos más eficientes en el consumo de gases. En tanto, el Hospital 12 de Octubre ha priorizado el uso de técnicas de anestesia intravenosa en lugar de los anestésicos volátiles, según ha explicado.

Finalmente, el Hospital Ramón y Cajal se ha enfocado en la **optimización en los tiempos** de administración y en la adopción de sistemas de recirculación, "que permite una mayor captura y reutilización de los mismo, reduciendo las emisiones y **mejorando la eficiencia**".

Medios especializados



EXCESO DE LA "HORMONA DE LA FELICIDAD"

Cuando la serotonina se vuelve tóxica: puede producir "una afección potencialmente mortal"

Hablamos del síndrome serotoninérgico. Su duración es variable, ya que depende del fármaco que la provocó, de su rápida atención y retirada del mismo y también de la propia gravedad del cuadro

Foto: iStock.

Por **Ana Camarero**

¿Has oído hablar de serotonina?, la hormona que es conocida popularmente como "de la felicidad". En los últimos años, son abundantes las investigaciones que abordan su papel en el manejo y **desarrollo de enfermedades de salud mental**. Este último es un problema que, en España, alcanza al 34% de la población; superando el 40% de la población de 50 y más años y el 50% en los de 85 y más, siendo los más prevalentes **los trastornos de ansiedad**, sueño y los depresivos, según el **Ministerio de Sanidad**.

La serotonina, cuyo nombre técnico es 5-hidroxitriptamina (5-HT), es un neurotransmisor que posee un papel esencial en la regulación del estado de ánimo, el comportamiento, **la memoria** y el equilibrio gastrointestinal. Sin embargo, **un exceso de esta hormona en el organismo puede producir el síndrome serotoninérgico** o toxicidad por serotonina, "una afección potencialmente mortal asociada con un aumento de la actividad serotoninérgica en el sistema nervioso central", apunta **Antonio Zapatero**, jefe del servicio de Medicina Interna del **Hospital Universitario de Fuenlabrada**.

Esta dolencia se observa con el uso de medicamentos terapéuticos y las i**nteracciones inadvertidas** entre ellos. "Aunque clásicamente se describe como la tríada de **cambios en el estado mental**, hiperactividad autonómica y anomalías neuromusculares, el síndrome serotoninérgico es en realidad un espectro de hallazgos clínicos que van **desde benignos hasta letales**", añade.

El síndrome serotoninérgico **se ha advertido en todos los grupos de edad**, incluidos los recién nacidos y los adultos mayores. "Se cree que el aumento de la incidencia de esta afección es

paralelo al uso cada vez mayor de agentes serotoninérgicos en la práctica médica.
Los **inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina** (ISRS) son quizás el grupo de medicamentos más comúnmente asociados con este síndrome", explica el especialista del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid).

Pastillas que pueden provocar síndrome serotoninérgico

Entre los **medicamentos y suplementos que potencialmente** podrían causar el **síndrome de la serotonina**, según el doctor Zapatero, estarían:

- Los inhibidores selectivos de la recaptación de **serotonina**, antidepresivos como el citalopram, la fluoxetina, la fluvoxamina, el escitalopram, la paroxetina y la sertralina.
- Los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina, **antidepresivos** como la desvenlafaxina, el levomilnacipran, la duloxetina y la venlafaxina.
- El **bupropión**, un antidepresivo y medicamento para la adicción al tabaco. Los antidepresivos tricíclicos, como la amitriptilina y la nortriptilina.
- Los inhibidores de la **monoaminooxidasa**, antidepresivos como el isocarboxazid y la fenelzina.
- Los medicamentos **contra la migraña**, como la carbamazepina, el ácido valproico y los triptanos, que incluyen el almotriptán, el naratriptán y el sumatriptán.
- Los **analgésicos**, como analgésicos opioides, incluidos la codeína, el fentanilo, la hidrocodona, la meperidina, la oxicodona y el tramadol.
- El litio.
- Las **drogas ilícitas**, incluidos el LSD, el éxtasis, la cocaína y las **anfetaminas**.
- Los **suplementos herbales**, incluidos la hierba de San Juan, el **ginseng** y la nuez moscada.
- Los **medicamentos de venta libre para la tos y el resfriado** que contengan dextrometorfano.
- Los **medicamentos contra las náuseas**, como el granisetrón, la metoclopramida, el droperidol y el ondansetrón.

Síntomas de exceso de serotonina

Los síntomas que padece una persona que sufre este efecto adverso son comunes a los de otros síndromes clínicos, por lo que **es muy importante conocer qué medicación está tomando el paciente**, "si ha experimentado un incremento en las dosis, ha tenido una posible interacción medicamentosa o ha tomado una sobredosis de forma voluntaria o accidental", declara **Alfonso Canabal Berlanga**, jefe de servicio de Medicina Intensiva del **Hospital Universitario de La Princesa de Madrid**.

El inicio de los efectos de este síndrome suele producirse **en las siguientes 24 horas** del comienzo de la medicación o tras un **cambio de dosis** de la ya tomada o con una reciente interacción medicamentosa. "La duración es variable pues depende de la vida media del fármaco que la provocó, de su rápida atención y retirada del mismo y también de la propia

gravedad del cuadro", indica el doctor Canabal. **En los casos más leves los síntomas pueden remitir en 48-72 horas** y en los casos más graves se pueden prolongar durante más días. En cualquier caso, este experto recomienda que "en aquellas personas que ya lo han sufrido lo más seguro es evitar este tipo de medicamentos, **conocer las posibles interacciones de fármacos** y productos de consumo humano que pueden incrementar los niveles de serotonina, **evitar la automedicación** y consultar a los servicios sanitarios cuando se recibe una nueva medicación", agrega.

La sintomatología que suele estar de manera frecuente en este tipo de síndrome es: **taquicardia** e hipertensión, que pueden llegar a ser graves; aumento de la temperatura corporal; **nerviosismo; agitación; temblores; rigidez muscular**; dilatación pupilar; sudoración excesiva; la "acatisia", que se caracteriza por una sensación de nerviosismo interno y la necesidad constante de moverse de forma llamativa. "En la exploración clínica que realiza el médico podrá detectarse, además, un aumento de los reflejos osteotendinosos y "clonus", que es una serie de **contracciones musculares rítmicas e involuntarias** que ocurren en respuesta a un estiramiento sostenido de un **sistema muscular**, aunque pueden ser espontáneas también, sobre todo en extremidades inferiores y musculatura ocular", sostiene el doctor Canabal.

La mejor forma de actuar ante un episodio de estas características es requerir de forma temprana la **asistencia médica**, puesto que, además de la suspensión del fármaco, pueden ser necesarias **medidas de control de temperatura** y control de constantes vitales, habitualmente en entornos hospitalarios. Aunque el síndrome serotoninérgico **se supera en la mayoría de los casos**, en aquellos que son graves "se necesita un manejo de soporte vital avanzado en servicios de medicina intensiva (UCI), que a veces requiere la sedación profunda, relajación neuromuscular, enfriamiento activo o asistencia respiratoria, entre otras medidas", sostiene el experto del Hospital Universitario de La Princesa. Este doctor apunta que "existen datos favorables, aunque no con evidencia fuerte, de que la ciproheptadina puede ser utilizada como **fármaco antídoto en entornos seguros sanitarios**".

Medios audiovisuales

Informativos Antena 3

14 marzo 2025



Entrevista a la doctora Rybel Wix, neurofisiologa del Hospital de La Princesa, para hablar del sueño en el Día Mundial del Sueño.

https://www.antena3.com/noticias/salud/apnea-sueno-ronquidos-que-aparecen-que-soluciones-hay-evitarlo_2025031467d440cf6e95850001fc9f39.html

Agencias



GOV clipping

Buscar Acceder

España / Comunidad de Madrid / Notas de prensa / 949375

El Hospital público de La Princesa incorpora un nuevo dispositivo de Estimulación Cerebral Profunda para el tratamiento de trastornos del movimiento

18/03/2025 COMUNIDAD DE MADRID NOTAS DE PRENSA

Leer en fuente oficial Generar resumen con OpenAI Escuchar

El Hospital Universitario de La Princesa, centro sanitario público de la Comunidad de Madrid, ha incorporado un nuevo dispositivo de Estimulación Cerebral Profunda para tratar a personas que padecen trastornos del movimiento, incluida la enfermedad de Parkinson, la distonía y el temblor esencial. Se trata del dispositivo recargable más pequeño con programación remota disponible hasta la fecha. Este generador colocado bajo la piel del pecho del paciente durante la intervención de Estimulación Cerebral Profunda, envía estimulación eléctrica a través de los electrodos colocados en el cerebro para interrumpir las señales anormales que causan los síntomas de esas patologías, incluidos temblores, rigidez y lentitud de movimiento. La Princesa es uno de los primeros hospitales españoles que ha empleado esta innovadora tecnología.

La neurocirujana Marta Navas en el Hospital de La Princesa realizó recientemente a un paciente de Parkinson la sustitución del generador que portaba desde que se le había practicado la Estimulación Cerebral Profunda hace ocho años, por el nuevo dispositivo. Esta intervención al tratarse de un recambio, es de corta duración y se realiza bajo anestesia local y sedación, permitiendo el alta del paciente el mismo día.

El nuevo dispositivo implantado es al menos un 32% menor con la altura y el ancho de la esfera de un reloj inteligente, lo que le hace ser el más pequeño del mundo. Cuando se usa en configuraciones estándar, el sistema debe recargarse cada 37 días (o 10 veces al año) usando un cargador inalámbrico que se coloca sobre el generador. Para los usuarios que prefieren un programa de carga semanal, solo se necesitan 30 minutos de carga. El sistema inalámbrico de carga permite que las personas estén activas mientras lo usan y pueden recargar completamente el sistema Liberta RC dos veces antes de tener que enchufarlo nuevamente.

El equipo de profesionales que integra la Unidad Quirúrgica de Trastornos del Movimiento tiene una larga tradición y una sólida experiencia en la Estimulación Cerebral Profunda en la que ahora se cuenta con este nuevo dispositivo. La Estimulación Cerebral Profunda es una solución eficaz para pacientes con enfermedades neurológicas como el Parkinson, el temblor esencial o la distonía entre otras, a los que ya no les hacen el efecto deseado los tratamientos farmacológicos convencionales. Se trata de una cirugía que implica la implantación de electrodos en ciertas áreas del cerebro y la aplicación de corriente eléctrica para modular la actividad neuronal. Los electrodos que se colocan en regiones específicas del cerebro según la enfermedad que se esté tratando son accionados por el dispositivo generador de pulsos (batería) también conocido como neuroestimulador que se coloca en el pecho del paciente y genera pulsos eléctricos. En la última fase del proceso se realiza la programación y el ajuste de la batería, para enviar la corriente eléctrica a los electrodos según la necesidad de cada paciente.

Los beneficios que aporta este procedimiento quirúrgico al paciente, con el seguimiento y ajuste vía wifi, influyen positivamente en su calidad de vida, no solo al mejorar los síntomas y reducir los efectos secundarios de la medicación oral, sino también porque no tiene que desplazarse al centro sanitario a realizar los ajustes, algo importante para los enfermos que viven fuera de Madrid o de España. Y ahora se benefician también de las ventajas que les aporta el pequeño dispositivo mucho menos invasivo y con una larga vida útil.

CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL EN LA CIRUGÍA DE PARKINSON

La continua especialización de los profesionales del centro madrileño en la atención del Parkinson de los profesionales del Hospital Universitario de La Princesa ha contribuido a que desde el año 2006 sea centro de referencia nacional CSUR para cirugía funcional, realizando anualmente unas 30 intervenciones. También desde el 2023, la Sociedad Española de Neurología otorgó la certificación de calidad a la Unidad Médico Quirúrgica de Trastornos del Movimiento de este centro público madrileño.

En cuanto a la investigación, los diferentes especialistas que tratan el Parkinson y el resto de trastornos del movimiento en el Hospital de La Princesa constituyen un equipo con uno de los mayores números de ensayos clínicos activos.

Etiquetas: Estimulación Cerebral Profunda | Hospital Universitario de La Princesa | parkinson | Salud

Medios institucionales



18 marzo 2025

La neurocirujana Marta Navas en el Hospital de La Princesa realizó recientemente a un paciente de Parkinson la sustitución del generador que portaba desde que se le había practicado la Estimulación Cerebral Profunda hace ocho años, por el nuevo dispositivo. Esta intervención al tratarse de un recambio, es de corta duración y se realiza bajo anestesia local y sedación, permitiendo el alta del paciente el mismo día.

El nuevo dispositivo implantado es al menos un 32% menor con la altura y el ancho de la esfera de un reloj inteligente, lo que le hace ser el más pequeño del mundo. Cuando se usa en configuraciones estándar, el sistema debe recargarse cada 37 días (o 10 veces al año) usando un cargador inalámbrico que se coloca sobre el generador. Para los usuarios que prefieren un programa de carga semanal, solo se necesitan 30 minutos de carga. El sistema inalámbrico de carga permite que las personas estén activas mientras lo usan y pueden recargar completamente el sistema Liberta RC dos veces antes de tener que enchufarlo nuevamente.

El equipo de profesionales que integra la Unidad Quirúrgica de Trastornos del Movimiento tiene una larga tradición y una sólida experiencia en la Estimulación Cerebral Profunda en la que ahora se cuenta con este nuevo dispositivo. La Estimulación Cerebral Profunda es una solución eficaz para pacientes con enfermedades neurológicas como el Parkinson, el temblor esencial o la distonía entre otras, a los que ya no les hacen el efecto deseado los tratamientos farmacológicos convencionales. Se

trata de una cirugía que implica la implantación de electrodos en ciertas áreas del cerebro y la aplicación de corriente eléctrica para modular la actividad neuronal. Los electrodos que se colocan en regiones específicas del cerebro según la enfermedad que se esté tratando son accionados por el dispositivo generador de pulsos (batería) también conocido como neuroestimulador que se coloca en el pecho del paciente y genera pulsos eléctricos. En la última fase del proceso se realiza la programación y el ajuste de la batería, para enviar la corriente eléctrica a los electrodos según la necesidad de cada paciente.

Los beneficios que aporta este procedimiento quirúrgico al paciente, con el seguimiento y ajuste vía wifi, influyen positivamente en su calidad de vida, no solo al mejorar los síntomas y reducir los efectos secundarios de la medicación oral, sino también porque no tiene que desplazarse al centro sanitario a realizar los ajustes, algo importante para los enfermos que viven fuera de Madrid o de España. Y ahora se benefician también de las ventajas que les aporta el pequeño dispositivo mucho menos invasivo y con una larga vida útil.

CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL EN LA CIRUGÍA DE PARKINSON

La continua especialización de los profesionales del centro madrileño en la atención del Parkinson de los profesionales del Hospital Universitario de La Princesa ha contribuido a que desde el año 2006 sea centro de referencia nacional CSUR para cirugía funcional, realizando anualmente unas 30 intervenciones. También desde el 2023, la Sociedad Española de Neurología otorgó la certificación de calidad a la Unidad Médico Quirúrgica de Trastornos del Movimiento de este centro público madrileño.

En cuanto a la investigación, los diferentes especialistas que tratan el Parkinson y el resto de trastornos del movimiento en el Hospital de La Princesa constituyen un equipo con uno de los mayores números de ensayos clínicos activos.

Medios especializados



El **Hospital Universitario de La Princesa**, centro sanitario público de la Comunidad de Madrid, ha incorporado un nuevo dispositivo de **estimulación cerebral profunda** para tratar a personas que padecen trastornos del movimiento, incluida la enfermedad de **párkinson**, la distonía y el temblor esencial. Se trata del dispositivo recargable más pequeño con programación remota disponible en la actualidad. Este generador colocado bajo la piel del pecho del paciente durante la intervención de estimulación cerebral profunda, envía estimulación eléctrica a través de los electrodos colocados en el cerebro para interrumpir las señales anormales que causan los síntomas de esas patologías, incluidos temblores, rigidez y lentitud de movimiento. De esta forma, La Princesa se convierte en uno de los primeros hospitales españoles que ha empleado esta innovadora tecnología.

La neurocirujana **Marta Navas** en el Hospital de La Princesa realizó recientemente a un paciente de párkinson la sustitución del generador que portaba desde que se le había practicado la estimulación cerebral profunda hace ocho años, por el **nuevo dispositivo**. Esta **intervención** al tratarse de un recambio, es de corta duración y se realiza bajo anestesia local y sedación, permitiendo el alta del paciente el mismo día.

La estimulación cerebral profunda es una solución eficaz para pacientes con enfermedades neurológicas

como el párkinson, el temblor esencial o la distonía entre otras

El **nuevo dispositivo implantado** es al menos un 32% menor con la altura y el ancho de la esfera de un reloj inteligente, lo que le hace ser el más pequeño del mundo. Cuando se usa en configuraciones estándar, el sistema debe recargarse cada 37 días (o 10 veces al año) usando un cargador inalámbrico que se coloca sobre el generador. Para los usuarios que prefieren un programa de carga semanal, solo se necesitan 30 minutos de carga. El **sistema inalámbrico de carga** permite que las personas estén activas mientras lo usan y pueden recargar completamente el sistema Liberta RC dos veces antes de tener que enchufarlo nuevamente.

El equipo de profesionales que integra la **Unidad Quirúrgica de Trastornos del Movimiento** tiene una larga tradición y una sólida experiencia en la estimulación cerebral profunda en la que ahora se cuenta con este nuevo dispositivo. La estimulación cerebral profunda es una solución eficaz para pacientes con enfermedades neurológicas como el párkinson, el temblor esencial o la distonía entre otras, a los que ya no les hacen el efecto deseado los tratamientos farmacológicos convencionales. Se trata de una cirugía que implica la **implantación de electrodos en ciertas áreas del cerebro** y la aplicación de corriente eléctrica para modular la actividad neuronal. Los electrodos que se colocan en regiones específicas del cerebro según la enfermedad que se esté tratando son accionados por el dispositivo generador de pulsos (batería) también conocido como neuroestimulador que se coloca en el pecho del paciente y genera pulsos eléctricos. En la última fase del proceso se realiza la programación y el ajuste de la batería, para enviar la corriente eléctrica a los electrodos según la necesidad de cada paciente.

Los **beneficios** que aporta este procedimiento quirúrgico al paciente, con el seguimiento y ajuste vía wifi, influyen positivamente en su calidad de vida, no solo al mejorar los síntomas y reducir los efectos secundarios de la medicación oral, sino también porque **no tiene que desplazarse al centro sanitario** a realizar los ajustes, algo importante para los enfermos que viven fuera de Madrid o de España. Y ahora se benefician también de las ventajas que les aporta el pequeño dispositivo mucho menos invasivo y con una larga vida útil.

enpozuelo.es

JUMBO
Compra
Vende
Alquila

INICIO ACTUALIDAD NOTICIAS COMUNIDAD GASTRONOMÍA LIFESTYLE EDUCACIÓN CULTURA DEPORTES MUJER EMPODERADA ENARAVACA.ES
TRANSPORTE PÚBLICO VIVIENDA MOTOR EMPRESAS TUS GESTIONES CONTACTO

Noticias Comunidad, Salud, Actualidad

Nuevo dispositivo de estimulación cerebral profunda en hospital madrileño

Por Redacción

Miércoles 19 de marzo de 2025, 07:28h · 02:38



El Hospital Universitario de La Princesa en Madrid ha incorporado un innovador dispositivo de Estimulación Cerebral Profunda, el más pequeño y recargable del mundo, para tratar trastornos del movimiento como el Parkinson, la distonía y el temblor esencial. Este generador, que se implanta bajo la piel del pecho, envía impulsos eléctricos al cerebro para interrumpir señales anormales responsables de los síntomas. Con un diseño compacto, permite una programación remota y una carga inalámbrica eficiente, mejorando así la calidad de vida de los pacientes sin necesidad de desplazamientos frecuentes al hospital. Desde 2006, este centro es referente nacional en cirugía funcional para Parkinson y cuenta con una amplia experiencia en tratamientos neurológicos.

Un avance significativo en el tratamiento de trastornos del movimiento

El Hospital Universitario de La Princesa, un destacado centro sanitario público en la Comunidad de Madrid, ha dado un paso adelante al incorporar un innovador dispositivo de **Estimulación Cerebral Profunda**. Este nuevo equipo está diseñado para ayudar a personas que sufren trastornos del movimiento, tales como la enfermedad de Parkinson, la distonía y el temblor esencial. Se trata del dispositivo recargable más pequeño disponible hasta el momento, que permite una programación remota.

Este generador, que se coloca bajo la piel del pecho durante la intervención quirúrgica, envía estimulación eléctrica a través de electrodos implantados en el cerebro. Su función es interrumpir las señales anormales responsables de los síntomas asociados a estas patologías, como

temblores, rigidez y lentitud en los movimientos. La Princesa se posiciona como uno de los primeros hospitales en España en utilizar esta tecnología avanzada.

Novedades en el procedimiento quirúrgico

La neurocirujana Marta Navas llevó a cabo recientemente la sustitución del generador en un paciente con Parkinson que había sido tratado con Estimulación Cerebral Profunda hace ocho años. Esta intervención es relativamente rápida y se realiza bajo anestesia local y sedación, lo que permite que el paciente sea dado de alta el mismo día.

El nuevo dispositivo es notablemente más compacto, con un tamaño al menos un 32% menor que sus predecesores, comparable a la esfera de un reloj inteligente. En condiciones estándar de uso, requiere recarga cada 37 días utilizando un cargador inalámbrico que se coloca sobre el generador. Para aquellos que prefieren una carga semanal, solo se necesitan 30 minutos. Este sistema inalámbrico permite a los pacientes mantenerse activos mientras utilizan el dispositivo.

Impacto positivo en la calidad de vida

El equipo multidisciplinario de la Unidad Quirúrgica de Trastornos del Movimiento cuenta con una amplia experiencia en Estimulación Cerebral Profunda. Este tratamiento resulta eficaz para pacientes cuyas enfermedades neurológicas ya no responden adecuadamente a los medicamentos convencionales. El procedimiento implica implantar electrodos en áreas específicas del cerebro y aplicar corriente eléctrica para modular la actividad neuronal.

Los beneficios son significativos: no solo mejora los síntomas y reduce los efectos secundarios de la medicación oral, sino que también minimiza la necesidad de desplazamientos al centro médico para ajustes, lo cual es crucial para pacientes que residen fuera de Madrid o incluso fuera del país. Además, el nuevo dispositivo presenta ventajas debido a su menor invasividad y prolongada duración.

Centro nacional de referencia para cirugía funcional

Desde 2006, el Hospital Universitario de La Princesa ha sido designado como centro nacional CSUR para cirugía funcional relacionada con el Parkinson, realizando aproximadamente 30 intervenciones anuales. En 2023, recibió una certificación de calidad por parte de la Sociedad Española de Neurología para su Unidad Médico Quirúrgica de Trastornos del Movimiento.

En términos de investigación, este hospital alberga uno de los equipos con mayor número de ensayos clínicos activos enfocados en el tratamiento del Parkinson y otros trastornos del movimiento.

Medios especializados



El Hospital Universitario de La Princesa, centro sanitario público de la Comunidad de Madrid, ha incorporado un nuevo dispositivo de Estimulación Cerebral Profunda para tratar a personas que padecen trastornos del movimiento, incluida la enfermedad de Parkinson, la distonía y el temblor esencial. Se trata del dispositivo recargable más pequeño con programación remota disponible hasta la fecha. Este generador colocado bajo la piel del pecho del paciente durante la intervención de Estimulación Cerebral Profunda, envía estimulación eléctrica a través de los electrodos colocados en el cerebro para interrumpir las señales anormales que causan los síntomas de esas patologías, incluidos temblores, rigidez y lentitud de movimiento. La Princesa es uno de los primeros hospitales españoles que ha empleado esta innovadora tecnología.

La neurocirujana Marta Navas en el Hospital de La Princesa realizó recientemente a un paciente de Parkinson la sustitución del generador que portaba desde que se le había practicado la Estimulación Cerebral Profunda hace ocho años, por el nuevo dispositivo. Esta intervención al tratarse de un recambio, es de corta duración y se realiza bajo anestesia local y sedación, permitiendo el alta del paciente el mismo día.

El nuevo dispositivo implantado es al menos un 32% menor con la altura y el ancho de la esfera de un reloj inteligente, lo que le hace ser el más pequeño del mundo. Cuando se usa en configuraciones estándar, el sistema debe recargarse cada 37 días (o 10 veces al año) usando un cargador inalámbrico que se coloca sobre el generador. Para los usuarios que prefieren un programa de carga semanal, solo se necesitan 30 minutos de carga. El sistema inalámbrico de carga permite que las personas estén activas mientras lo usan y pueden recargar completamente el sistema Liberta RC dos veces antes de tener que enchufarlo nuevamente.

El equipo de profesionales que integra la Unidad Quirúrgica de Trastornos del Movimiento tiene una larga tradición y una sólida experiencia en la Estimulación Cerebral Profunda en la que ahora se cuenta con este nuevo dispositivo. La Estimulación Cerebral Profunda es una solución eficaz para pacientes con enfermedades neurológicas como el Parkinson, el temblor esencial o la distonía entre otras, a los que ya no les hacen el efecto deseado los tratamientos farmacológicos convencionales. Se trata de una cirugía que implica la implantación de electrodos en ciertas áreas del cerebro y la aplicación de corriente eléctrica para modular la actividad neuronal. Los electrodos que se colocan en regiones específicas del cerebro según la enfermedad que se esté tratando son accionados por el dispositivo generador de pulsos (batería) también conocido como neuroestimulador que se coloca en el pecho del paciente y genera pulsos eléctricos. En la última fase del proceso se realiza la programación y el ajuste de la batería, para enviar la corriente eléctrica a los electrodos según la necesidad de cada paciente.

Los beneficios que aporta este procedimiento quirúrgico al paciente, con el seguimiento y ajuste vía wifi, influyen positivamente en su calidad de vida, no solo al mejorar los síntomas y reducir los efectos secundarios de la medicación oral, sino también porque no tiene que desplazarse al centro sanitario a realizar los ajustes, algo importante para los enfermos que viven fuera de Madrid o de España. Y ahora se benefician también de las ventajas que les aporta el pequeño dispositivo mucho menos invasivo y con una larga vida útil.

CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL EN LA CIRUGÍA DE PARKINSON

La continua especialización de los profesionales del centro madrileño en la atención del Parkinson de los profesionales del Hospital Universitario de La Princesa ha contribuido a que desde el año 2006 sea centro de referencia nacional CSUR para cirugía funcional, realizando anualmente unas 30 intervenciones. También desde el 2023, la Sociedad Española de Neurología otorgó la certificación de calidad a la Unidad Médico Quirúrgica de Trastornos del Movimiento de este centro público madrileño.

En cuanto a la investigación, los diferentes especialistas que tratan el Parkinson y el resto de trastornos del movimiento en el Hospital de La Princesa constituyen un equipo con uno de los mayores números de ensayos clínicos activos.

Medios locales



En el Hospital de La Princesa de Madrid, la neurocirujana Marta Navas ha marcado un precedente en el tratamiento del Parkinson al realizar una operación que evidencia el avance tecnológico en el área de la neurocirugía. Un paciente fue sometido a la sustitución de su generador de Estimulación Cerebral Profunda (ECP), un dispositivo crítico implantado hace ocho años, por el nuevo sistema Liberta RC, considerado el más pequeño del mundo en su categoría.

El procedimiento, breve y realizado bajo anestesia local con sedación, permitió al paciente recibir el alta hospitalaria el mismo día. La innovación principal reside en el tamaño compacto del nuevo dispositivo, un 32% más pequeño y equiparable a las dimensiones de un reloj inteligente. Además, su sistema de recarga inalámbrica permite una carga completa en apenas 30 minutos si el paciente opta por un programa semanal, posibilitando una vida activa mientras se alimenta la batería.

La Unidad Quirúrgica de Trastornos del Movimiento de este hospital posee un historial destacado en ECP, una cirugía que ha demostrado ser crucial para pacientes con enfermedades neurológicas como el Parkinson, cuyos síntomas ya no son manejables con medicación tradicional. La ECP implica la inserción de electrodos en áreas específicas del cerebro y el uso de corrientes eléctricas para regular la actividad neuronal. Con el ajuste remoto vía wifi, el seguimiento del proceso es menos intrusivo para el paciente, eliminando la necesidad de constantes visitas hospitalarias, especialmente beneficioso para aquellos alejados de Madrid.

Desde 2006, el hospital se ha consolidado como el centro de referencia nacional para cirugía funcional relacionada con Parkinson, una distinción otorgada por su contribución continua a la especialización y atención de la enfermedad. Anualmente, se realizan aproximadamente 30 intervenciones de este tipo. Este prestigio fue reafirmado en 2023 cuando la Sociedad Española de Neurología certificó la calidad de la Unidad Médico Quirúrgica de Trastornos del Movimiento del hospital, destacando su colaboración en numerosos ensayos clínicos sobre el Parkinson y otros trastornos del movimiento.

La incorporación del dispositivo Liberta RC no solo representa un avance en términos de comodidad y eficiencia para los pacientes, sino que también subraya el compromiso del Hospital de La Princesa con la innovación y la mejora de la calidad de vida de sus pacientes. La combinación de experiencia, tecnología de punta y un enfoque centrado en el paciente continúa posicionando a este centro como un líder en el tratamiento del Parkinson.

Medios nacionales



El pasado jueves se conmemoró el **Día Mundial del Riñón**, una fecha que recuerda la importancia de cuidar ese **órgano tan invisible como vital**. No es para menos, pues la **enfermedad renal crónica (ERC) sigue creciendo en nuestro país, donde afecta**

La buena noticia es que la prevención es posible. **«Con detección precoz y tratamiento temprano del deterioro de la función renal se puede retrasar hasta en 20 años el ingreso en diálisis o trasplante**, y eso se puede lograr con sencillos **test de sangre y orina** para medir la **creatinina** plasmática (y calcular el filtrado glomerular) y la **albúmina** en orina», apunta el doctor Emilio Sánchez, presidente de la SEN.

A esos factores se suma, además, la **dieta**. Sin embargo, si más de seis millones de personas en nuestro país tienen una enfermedad renal, pero la mitad de ellas no lo sabe, lo que comen a diario impacta en el desarrollo de esa patología. **«La alimentación es el primer escalón en la preservación de la salud del riñón y en evitar la progresión de una enfermedad renal** en las personas que la padezcan. Existe evidencia científica en la que se muestra que la dieta mediterránea es beneficiosa a todos los niveles orgánicos, incluyendo los riñones. Por ejemplo, la reducción en el consumo de sal o de ultraprocesados conduce a unos riñones más saludables, mientras que una dieta basada en **frutas, verduras, que evite los fritos o las grasas** es saludable para todo el organismo y preserva la salud de los riñones. Sin olvidar el **café** (incluso descafeinado), ya que los compuestos del mismo tienen propiedades muy saludables», asegura el **doctor Borja Quiroga**, especialista del Servicio de Nefrología del Hospital Universitario de La Princesa (Madrid).

Abordaje nutricional

Una vez diagnosticada la enfermedad renal, el abordaje nutricional es clave. «En general, **las recomendaciones para estos pacientes son similares a aquellos que quieren mantener sus riñones saludables**. De manera concreta, cuando una persona tiene una enfermedad renal, debe ser más cuidadoso con el consumo de sal y de fósforo, ya que ambos contribuyen a potenciar las complicaciones. Así, un consumo elevado de sal se asocia a hipertensión y retención de líquidos; un consumo elevado de fósforo en una persona cuyos riñones no funcionen bien hacen que este se acumule en la sangre (al no poder ser depurado), se junte con el calcio y se pegue al vaso sanguíneo. Una placa de calcio y fósforo en los vasos sanguíneos es la antesala de un evento cardiovascular», aconseja el nefrólogo de La Princesa.

Por otro lado, tal y como detalla el doctor Quiroga, autor del libro **«Por mis riñones que hoy como bien», junto al chef con Estrella Michelin Miguel Cobo**, «en algunas enfermedades renales concretas se pueden dar pautas específicas beneficiosas: los pacientes que presenten piedras en el riñón (litiasis) deben reducir el oxalato de la dieta, mientras que las personas que tengan infecciones urinarias pueden aumentar la ingesta

Los riñones son la depuradora de muchas sustancias derivadas de procesos internos del cuerpo y esto ha dado pie a uno de los mitos más extendidos sobre ellos, que es la necesidad de beber al menos dos litros de agua al día. **«Para eliminar el exceso de tóxicos, necesitamos beber cierta cantidad de agua, pero esa cifra rígida no debe ser tomada como una medida universal**. Ahora bien, en situaciones en las que hagamos deporte, de exceso de sudoración o de pérdidas adicionales (diarrea), se debe incrementar el consumo hasta lo que marque la sed. Y no debemos olvidar que el riñón es más que una depuradora de desechos y también regula la anemia, el calcio o el ácido úrico».

Claves en la longevidad

Tal es la importancia de los riñones en la salud que pueden marcar la **longevidad**. «Contienen una proteína denominada **klotho** cuya función principal es deshacerse del exceso de fósforo. Desde hace 30 años sabemos que **la deficiencia de esta proteína se asocia a un envejecimiento precoz**, principalmente de los vasos sanguíneos y del cerebro. Por ello, es vital conservar la función renal, ya que cuando esta se deteriora, se pierde el elixir de la eterna juventud klotho, y nos hacemos mayores antes de lo que corresponde a nuestra edad biológica», advierte el doctor Quiroga.

Para mantener a raya los riñones, el **ayuno intermitente** se presenta como una alternativa: «Gracias a él restauramos la función de las mitocondrias, encargadas de coger la energía de los alimentos y almacenarla. **Si comemos continuamente, estas empiezan a canalizar la energía de manera patológica**; se sobrecargan y generan estrés oxidativo, precursor de enfermedades reumatológicas, renales, cardiacas o neurológicas. Con el ayuno dejamos descansar a las mitocondrias restaurando sus funciones energéticas, de ahí su beneficio», explica el doctor Quiroga.

Agencias



El encuentro se organizó en torno a diferentes mesas redondas enfocadas en temas como la humanización, presentación del nuevo documento Código Sepsis Delphi 2024-2025, gestión y Código Sepsis, presentación de la I Encuesta Código Sepsis, e innovación y sepsis, entre otros temas. Asimismo, se realizaron cuatro simposios sobre cómo mejorar los resultados clínicos en el paciente séptico, estrategias del manejo antibiótico, nuevas opciones terapéuticas para el paciente crítico, y PCR rápida y precisa para reducir resistencias microbianas.

El Hospital de La Princesa participó en el congreso moderando diferentes mesas con la participación de la doctora Auxiliadora Semiglia Chong, del Servicio de Microbiología; la doctora Rosa Méndez, del Servicio de Anestesia y Reanimación; y el doctor Fernando Ramasco, jefe de sección y actual responsable del Servicio de Anestesiología y Reanimación del hospital que también forma parte del Comité Científico de este congreso.

En el marco del evento también se entregaron los galardones de la Sexta Edición Premios Código Sepsis. En la edición anterior de estos galardones el grupo de profesionales que forman el "Código Sepsis Princesa" fueron premiados por su trabajo desde el año 2015.

El congreso finalizó con la presentación de varios proyectos de mejora en el Código Sepsis.

10 años de "Código Sepsis Princesa"

El "Código Sepsis Princesa" cumple 10 años de trabajo desde su nacimiento en el año 2015, siguiendo las indicaciones de un Código Sepsis Nacional el cual estaba avalado por 15 sociedades científicas. De esta forma un grupo de profesionales del Hospital Universitario de La Princesa de los servicios de Urgencias, Medicina Interna, Microbiología Anestesiología y Reanimación Cirugía General y Digestivo, así como personal de enfermería con el apoyo de la dirección del centro, decidieron abordar la creación de un protocolo propio que ha ido creciendo en implicación del resto de los servicios y aplicación de diferentes herramientas cuya principal consecuencia favorable es una disminución sustancial de la mortalidad en pacientes afectados por Sepsis. En sucesivos años, y coordinado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, el Código Sepsis se fue extendiendo al resto de los hospitales públicos.

Etiquetas: Código sepsis | Hospital Universitario de La Princesa | Salud

Medios locales

14 investigadoras de LA PRINCESA, entre las mejores de España

Dos de ellas se encuentran en los primeros 700 puestos

✓ COMUNICACIÓN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA



Un total de 14 investigadoras del Hospital Universitario de La Princesa y de su Instituto de Investigación Sanitaria (IIS-Princesa) figuran en la nueva actualización de la clasificación de investigadoras españolas elaborada por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) a partir de los perfiles científicos registrados en la base de datos de Google Académico. Dos de estas investigadoras, María Chaparro (puesto 210) y Carmen Suárez (puesto 669), se encuentran entre los 700 primeros puestos de las 10.000 investigadoras que hay en total. La presencia de estas 14 científicas demuestra el alto nivel de investigación que se practica en este centro público de la Comunidad de Madrid.

Las científicas seleccionadas de La Princesa y su Instituto de Investigación Sanitaria pertenecen a diferentes especialidades. Son las doctoras María Chaparro (puesto 210), especialista del Servicio de Aparato Digestivo, coordinadora de la Unidad de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, perteneciente al grupo 38 del Instituto de Investigación Sanitaria que estudia las Enfermedades Inflamatorias esófago-gastro-intestinales. La sigue Carmen Suárez Fernández (669), jefa de Servicio de Medicina Interna y responsable del grupo de investigación 57 del IIS-Princesa sobre Nuevos Avances Diagnósticos y Terapéuticos en Enfermedades Cardiovasculares. A continuación están Hortensia de la Puente (1.428), inmunóloga investigadora del grupo 37 sobre Marcadores Pronósticos y Predictores de Respuesta Terapéutica en Enfermedades Autoinmunes; Teresa Alarcón (1.617), facultativa del Servicio de Microbiología y responsable del grupo de investigación 52 sobre Nuevas Terapias en Patología Infecciosa; Mar Llamas Velasco (2.064), dermatóloga perteneciente al grupo de investigación 37 acerca de Marcadores Pronósticos y Predictores de Respuesta Terapéutica en Enfermedades Autoinmunes; Elena Fernández Ruiz (3.348), especialista del Servicio de Inmunología y responsable del grupo de investigación 45 acerca de Monitorización Biológica Celular y Molecular en Oncohematología; Almudena Zapatero (3.709), especialista de Oncología Radioterápica y responsable del grupo 53 de investigación sobre Medicina Individualizada en Tumores Sólidos; Noa Martín Cófreces (4.290), inmunóloga y miembro del grupo 1 sobre Comunicación Intercelular en Respuesta Inflamatoria; Rosario López Rodríguez (4.581), del Servicio de Farmacología Clínica; Olga P. Nyssen (4.732), especialista del Servicio de Aparato Digestivo y miembro del grupo 38 del IIS-Princesa que estudia las Enfermedades Inflamatorias esófago-gastro-intestinales; María José Casanova (5.561), especialista en Aparato Digestivo y miembro del grupo 38 del IIS-Princesa; Nuria Romero Laorden (7.186), oncóloga médica e investigadora del grupo 40 que estudia la Medicina Individualizada en Tumores Sólidos; Rebeca Martínez Hernández (7.393), endocrinóloga perteneciente al grupo 25 centrado en el estudio de Mecanismos y Mediadores de Inflamación en Enfermedades Endocrinas; y Alicia González Martínez (9.061), neuróloga e investigadora del grupo 35 de Enfermedades Cerebrovasculares.

Escuela Deportiva MANILA ESTRELLAS, una historia de deporte en el Distrito

✓ LUIS RUIZ

El Club Deportivo Manila se funda e inicia su andadura en la primavera del año 1987, en el mes de mayo concretamente. Los primeros pasos los inicia Luis Ruiz Ortega en el colegio público Amador de los Ríos con dos equipos, uno infantil y otro juvenil, compitiendo en los Juegos Deportivos Municipales del Distrito Salamanca.

Corría el año 1991, mes de mayo, y el club toma un rumbo más oficial fusionándose con el club Estrellas de Madrid de La Elipa, elaborando unos estatutos y registrándose en la Comunidad de Madrid con el nombre actual: Escuela Deportiva Manila Estrellas Fútbol-Sala, dedicándonos en cuerpo y alma al desarrollo y práctica del fútbol sala, nuestro principal objetivo. Buscamos concienciar a nuestros jugadores de la importancia de la educación en valores, alejándolos de los problemas de la sociedad actual, como alcoholismo, drogadicción, absentismo escolar, etcétera.

La temporada 94/95 se crea la sección femenina, compitiendo con un equipo en los Juegos Deportivos Municipales. Posteriormente esta sección ha ido creciendo hasta llegar a tener cinco equipos en la temporada 99/00 participando en las competiciones de la Federación Madrileña de Fútbol-Sala. En dicha edición 99/00 se alcanzó el techo máximo de equipos en el club, que en ese momento era de 21 equipos en total, consiguiendo ser campeones de España en dos categorías: Benjamín y Alevín.

Después de pasar por muchos avatares y dificultades, el año 2000 se crea la sección de Ajedrez, compitiendo con un equipo en la F.M.A, empezando en Tercera División y escalando puestos de la fundación del club, 30 años preocupándonos por el desarrollo del deporte de base en la ciudad de Madrid, un maravilloso camino que seguimos continuando desde nuestra más humilde aportación.



Nuestro club es una entidad deportiva sin ánimo de lucro. Desde su nacimiento se ha convertido en uno de los clubes de fútbol-sala más importantes de la Comunidad de Madrid, contando en la actualidad con ocho equipos inscritos en la Federación Madrileña y tres equipos que compiten en los Juegos Deportivos Municipales de nuestro distrito.

Fomentar la práctica del deporte es el principal objetivo de nuestra entidad. Por eso, formamos a jóvenes desde los cinco fomentan valores de pertenencia al grupo, respeto hacia los compañeros, los entrenadores, los árbitros y los rivales, así como trabajo y esfuerzo para lograr los objetivos deportivos planteados al principio de cada temporada. En definitiva, humildad, deportividad y trabajo en equipo, valores que cada vez son más difíciles de encontrar en la sociedad actual.

Nuestra entidad es uno de los clubes más laureados en la Comunidad de Madrid. Destacan en nuestro palmarés:

- 3 campeonatos de España en las categorías: Alevín (1999-2000), Cadete Femenino (1999-2000) e Infantil (2003-2004).
- 2 subcampeonatos de España en las categorías: Infantil (1995-
- 22 campeonatos de Liga de la F.M.F.S.: 1 en categoría Prebenjamín (1998-99), 2 en categoría Benjamín (1997-98 y 2009-10), 4 en categoría Alevín (1999-00, 2000-01 en 2ª División; y 2001-02 y 2008-09), 4 en categoría Infantil (1995-96, 2001-02, 2002-03 y 2003-04), 2 en categoría Cadete Masculina 2ª División (2004-05 y 2014-15), 1 en categoría Juvenil 1ª División Regional Masculina (2015-16), 1 en categoría Sénior Preferente masculina (2018-19), 3 en categoría Cadete Femenina (1999-00, 2000-01 y 2002-03) y 4 en categoría Sénior Femenina (1998-99, 2000-01, 2001-02 y 2003-04).
- 9 campeonatos de Copa de la F.M.F.S.: 1 en categoría Benjamín (1997-98), 2 en categoría Alevín (1999-00 y 2000-01), 3 en categoría Infantil (1999-00, 2000-01 y 2003-04) y 3 en categoría Sénior Femenina (1999-00, 2000-01 y 2004-05).

En 2017 se incorpora la práctica de fútbol 7. Un equipo de 16

Medios locales

GACETÍN MADRID
Periódico digital de la Ciudad de Madrid



Ciencia y tecnología ◇ Noticias ◇ Salud

Un hospital madrileño incorpora un nuevo dispositivo para acabar con temblores, rigidez y lentitud en enfermedades como el Parkinson

18 marzo, 2025

El Hospital Universitario de La Princesa, centro sanitario público de la Comunidad de Madrid, ha incorporado un nuevo dispositivo de Estimulación Cerebral Profunda para tratar a personas que padecen trastornos del movimiento, incluida la enfermedad de Parkinson, la distonía y el temblor esencial. Se trata del dispositivo recargable más pequeño con programación remota disponible hasta la fecha.

Este generador colocado bajo la piel del pecho del paciente durante la intervención de Estimulación Cerebral Profunda, envía estimulación eléctrica a través de los electrodos colocados en el cerebro para interrumpir las señales anormales que causan los síntomas de esas patologías, incluidos temblores, rigidez y lentitud de movimiento. La Princesa es uno de los primeros hospitales españoles que ha empleado esta innovadora tecnología.

La neurocirujana Marta Navas en el Hospital de La Princesa realizó recientemente a un paciente de Parkinson la sustitución del generador que portaba desde que se le había practicado la Estimulación Cerebral Profunda hace ocho años, por el nuevo dispositivo. Esta intervención al tratarse de un recambio, es de corta duración y se realiza bajo anestesia local y sedación, permitiendo el alta del paciente el mismo día.

El nuevo dispositivo implantado es al menos un 32% menor con la altura y el ancho de la esfera de un reloj inteligente, lo que le hace ser el más pequeño del mundo. Cuando se usa en configuraciones estándar, el sistema debe recargarse cada 37 días (o 10 veces al año) usando un cargador inalámbrico que se coloca sobre el generador. Para los usuarios que prefieren un programa de carga semanal, solo se necesitan 30 minutos de carga. El sistema inalámbrico de carga permite que las personas estén activas mientras lo usan y pueden recargar completamente el sistema Liberta RC dos veces antes de tener que enchufarlo nuevamente.

El equipo de profesionales que integra la Unidad Quirúrgica de Trastornos del Movimiento tiene una larga tradición y una sólida experiencia en la Estimulación Cerebral Profunda en la que ahora se cuenta con este nuevo dispositivo. La Estimulación Cerebral Profunda es una solución eficaz para pacientes con enfermedades neurológicas como el Parkinson, el temblor esencial o la distonía entre otras, a los que ya no les hacen el efecto deseado los tratamientos farmacológicos convencionales. Se trata de una cirugía que implica la implantación de electrodos en ciertas áreas del cerebro y la aplicación de corriente eléctrica para modular la actividad neuronal.

Los electrodos que se colocan en regiones específicas del cerebro según la enfermedad que se esté tratando son accionados por el dispositivo generador de pulsos (batería) también conocido como neuroestimulador que se coloca en el pecho del paciente y genera pulsos eléctricos. En la última fase del proceso se realiza la programación y el ajuste de la batería, para enviar la corriente eléctrica a los electrodos según la necesidad de cada paciente.

Los beneficios que aporta este procedimiento quirúrgico al paciente, con el seguimiento y ajuste vía wifi, influyen positivamente en su calidad de vida, no solo al mejorar los síntomas y reducir los efectos secundarios de la medicación oral, sino también porque no tiene que desplazarse al centro sanitario a realizar los ajustes, algo importante para los enfermos que viven fuera de Madrid o de España. Y ahora se benefician también de las ventajas que les aporta el pequeño dispositivo mucho menos invasivo y con una larga vida útil.

CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL EN LA CIRUGÍA DE PARKINSON

La continua especialización de los profesionales del centro madrileño en la atención del Parkinson de los profesionales del Hospital Universitario de La Princesa ha contribuido a que desde el año 2006 sea centro de referencia nacional CSUR para cirugía funcional, realizando anualmente unas 30 intervenciones. También desde el 2023, la Sociedad Española de Neurología otorgó la certificación de calidad a la Unidad Médico Quirúrgica de Trastornos del Movimiento de este centro público madrileño.

En cuanto a la investigación, los diferentes especialistas que tratan el Parkinson y el resto de trastornos del movimiento en el Hospital de La Princesa constituyen un equipo con uno de los mayores números de ensayos clínicos activos.

Medios nacionales



Desde hace casi dos décadas, **la Unidad de Síndrome de Down del Adulto del Hospital Universitario de La Princesa** en Madrid se ha convertido en un referente en la atención sanitaria de personas con esta condición. En el Día Mundial del Síndrome de Down, que se celebra cada 21 de marzo, es un buen momento para recordar que **su creación no fue fruto de un plan institucional**, sino de la necesidad que plantearon directamente las familias y del compromiso de un grupo de médicos que entendieron que el sistema de salud no estaba preparado para atender de forma estructurada a estos pacientes en la edad adulta.

Fernando Moldenhauer y Diego Real De Asúa, internistas y responsables de la unidad, han sido testigos de cómo ha evolucionado la atención médica a las personas con síndrome de Down en las últimas décadas. En esta entrevista, explican **cómo han conseguido consolidar un modelo asistencial único en España**, cuáles son los desafíos actuales en salud para este colectivo y por qué la esperanza de vida ha pasado de los 15 años en los años 50 a los 65 en la actualidad. También reflexionan sobre la falta de apoyo institucional en los inicios del proyecto, la importancia de investigar el síndrome de

Alzheimer en estas personas y el papel que tienen las asociaciones y las familias en la mejora de su calidad de vida.

Una consulta que nació de la necesidad

Moldenhauer recuerda que la unidad nació de manera espontánea, casi por casualidad. "Una compañera del hospital me comentó que su hija con síndrome de Down estaba a punto de terminar su etapa infantil y no sabía dónde acudir como adulta. **Me sorprendió muchísimo que no hubiera una consulta específica para estos pacientes**", explica. En ese momento, él y su equipo comprendieron que había una necesidad sanitaria no cubierta y que, como internistas especializados en poblaciones vulnerables, tenían la responsabilidad de atenderla.

Sin respaldo institucional ni recursos específicos, comenzaron a atender a los primeros pacientes fuera de horario. "Al principio, eran solo unas pocas consultas, pero el boca a boca hizo que cada vez más familias nos pidieran ayuda", detalla Diego Real De Asúa. Ante la creciente demanda, estructuraron la consulta en un día fijo a la semana y, **con el tiempo, lograron consolidar la unidad dentro del hospital**.

Un modelo pionero que ha abierto camino

En sus inicios, la Unidad de Síndrome de Down del Adulto de La Princesa era única en España en el ámbito público. Solo existía **un referente similar en Barcelona, impulsado por una fundación privada**. "Afortunadamente, hoy hay más iniciativas en marcha. En Málaga y Logroño están desarrollando proyectos similares, y en La Paz han iniciado otro", señala Moldenhauer.

El modelo que han desarrollado en La Princesa se basa en la medicina interna, lo que permite una visión global del paciente y una mejor coordinación con otras especialidades. "**Nuestro enfoque facilita que los pacientes tengan un único punto de referencia** y no tengan que deambular de un especialista a otro sin conexión entre sí", explica Real De Asúa. Sin embargo, aclara que no hay un único modelo válido: "Lo importante es que existan unidades adaptadas a las necesidades de estos pacientes, ya sea desde la Neurología, la Medicina de Familia o cualquier otra especialidad que pueda atenderlos de manera integral".

La esperanza de vida y el reto del alzhéimer

Uno de los cambios más significativos en la salud de las personas con síndrome de Down es el aumento de su esperanza de vida. **"Hace 50 años, vivían de media 15 años. Hoy, llegan a los 65"**, apunta Moldenhauer. Este avance ha sido posible gracias a la mejora de la cirugía cardíaca infantil, el acceso a antibióticos y vacunas y, en general, la mejora de los cuidados pediátricos.

Sin embargo, la edad también trae consigo nuevos desafíos, siendo el Alzheimer el más preocupante. "Las personas con síndrome de Down **tienen una predisposición genética a desarrollar alzhéimer y, además, lo hacen a edades más tempranas**", explica Real De Asúa. De hecho, se considera que el síndrome de Down es una forma genética de

síndrome de Alzheimer, lo que ha convertido a esta población en un grupo clave para la investigación de nuevos tratamientos.

Además del alzhéimer, existen otras áreas de estudio que están cobrando relevancia, como el análisis de **por qué estas personas tienen menor incidencia de enfermedades cardiovasculares y cánceres sólidos**. "Entender qué factores los protegen frente a estas enfermedades podría tener aplicaciones en toda la población", destaca el doctor.

Hacer que el hospital sea un entorno menos hostil

La consulta no solo busca ofrecer atención médica, sino también hacer que el entorno hospitalario sea más accesible para los pacientes con discapacidad intelectual. "**El hospital puede ser un lugar muy hostil**, especialmente las urgencias, donde los tiempos de espera y la falta de un entorno adaptado pueden generar mucho estrés", señala Moldenhauer.

Para mejorar la experiencia de los pacientes, **han implementado medidas como recibirles personalmente en la sala de espera** y crear un ambiente de consulta más relajado. "Yo, por ejemplo, no uso bata porque he notado que los pacientes están más cómodos así", comenta Real De Asúa.

Además, **han impulsado un programa de inserción laboral con la Fundación Prodis**, en el que personas con síndrome de Down realizan prácticas como auxiliares administrativos en la consulta. "Es un impacto muy positivo tanto para ellos como para los pacientes que acuden a la consulta y ven que alguien como ellos trabaja aquí", afirma Moldenhauer.

Un trabajo reconocido por las familias

A lo largo de los años, **la unidad ha recibido varios premios**, pero sus responsables aseguran que su mayor reconocimiento viene de los propios pacientes y sus familias. "No buscamos premios ni reconocimiento público, pero **nos emociona cuando nos dicen que aquí se sienten seguros y bien atendidos**", confiesa Moldenhauer.

Real De Asúa añade que hay un estereotipo extendido de que las personas con síndrome de Down siempre son alegres y sonrientes, pero que, **como cualquiera, tienen sus preocupaciones y problemas**. "A veces, se espera de ellos una felicidad constante, pero tienen la misma carga emocional que cualquier otra persona. Por eso, es fundamental ofrecerles un entorno donde puedan expresarse sin sentirse juzgados", reflexiona.

Más allá de su trabajo en la unidad, Moldenhauer y Real De Asúa subrayan que las personas con síndrome de Down son solo una parte del colectivo de la discapacidad intelectual. **"Tienen más visibilidad que otros grupos, pero eso implica una responsabilidad**: utilizar esa visibilidad para defender los derechos de todas las personas con discapacidad intelectual", afirma Moldenhauer.

Ambos médicos coinciden en que todavía queda mucho por hacer, pero también ven con optimismo el futuro. **"Hace 50 años, logramos que vivieran más años. Ahora, el reto es que vivan mejor"**, concluye Real De Asúa.

Medios nacionales



Buscar Newsletter Whatsapp elplural

SOCIEDAD

Los hospitales de alta complejidad madrileños con menor tiempo de espera para una operación de próstata

La hipertrofia benigna de próstata, una de las intervenciones con mayor demora a nivel nacional, registra tiempos de espera reducidos en los hospitales de la Comunidad de Madrid

RELACIONADO

Cáncer de próstata: más frecuente pero menos mortal si se detecta a tiempo

La próstata al descubierto: todo lo que debes saber sobre la hiperplasia benigna

ELPLURAL.COM

19/03/2025 - 11:36

La hipertrofia benigna de próstata (HBP) es una afección común en hombres mayores, caracterizada por el **agrandamiento no canceroso de la glándula prostática**. Aunque no representa un riesgo grave para la salud, la HBP puede afectar significativamente la calidad de vida de quienes la padecen y, en algunos casos, puede requerir una intervención para restaurar el correcto funcionamiento del sistema urinario.

Cuando la evolución de la HBP hace necesario operar, el tiempo de espera es un factor determinante. Según los últimos datos del Sistema de Listas de Espera (SISLE) la demora media en todo el territorio nacional es de 128 días y el 24,2% de los pacientes esperan más de seis meses antes de la intervención. En la Comunidad de Madrid los tiempos se reducen significativamente. En el caso de hospitales como la **Fundación Jiménez Díaz,** el Hospital Rey Juan Carlos, el General de Villalba, el Hospital Universitario Fundación Alcorcón o el Severo Ochoa, **la diferencia es de más de 100 días** con respecto a la media nacional.

Los hospitales madrileños con mejores registros

Según los últimos datos oficiales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), correspondientes al mes de enero, **en la Comunidad de Madrid destaca la Fundación Jiménez Díaz** como el hospital más eficaz, entre los de alta complejidad, para HBP, con tan solo 9,32 días de demora media. Tiempo que, además, ha logrado reducir en 20,54 días

con respecto al mes anterior (29,86). Le siguen, aunque a distancia entre los de su categoría, el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda con 49,75 días y el Gregorio Marañón con 51,7 días. En el resto de grandes hospitales de la Comunidad de Madrid se superan los dos meses de espera: Hospital Clínico San Carlos, 68,88 días; Hospital Universitario Ramón y Cajal, 69,77; Hospital Universitario de La Princesa, 74,43; Hospital Universitario La Paz, 75,47 días y Hospital Universitario 12 de Octubre, 90,28 días.

Entre los hospitales de media complejidad, que gestionan un número menor de pacientes y casos menos complejos, **lidera el Hospital Rey Juan Carlos con tan solo 8,71 días de demora**. Tras este centro se sitúan el Hospital Universitario General de Villalba con 17,33 días; el Hospital Universitario Fundación Alcorcón con 20,94 y el Hospital Universitario Severo Ochoa con 27,81; todos ellos por debajo del mes. El resto de hospitales de media complejidad superan los dos meses de espera: el Hospital Universitario de Torrejón con 63,93 días; el Infanta Leonor; 64,88; el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, 73,61 días; el Infanta Sofía, 75,86; el Universitario de Móstoles, 81,26; el Hospital Universitario de Getafe, 84,72 y el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, 88,31 días.

Ante los síntomas acudir al especialista

La hipertrofia de próstata causa síntomas urinarios molestos que pueden afectar significativamente a la calidad de vida si no se trata adecuadamente. El médico especialista en Urología es el encargado de determinar cuál es el tratamiento más adecuado y si es conveniente someterse a una cirugía.
La media nacional de espera para **una consulta con el urólogo es de 80 días**, según el SISLE. En el caso de la Comunidad de Madrid, el tiempo para acceder a una consulta de Urología se reduce a 43 días de media, aunque en hospitales de gran complejidad como la Fundación Jiménez Díaz, la Princesa o el Ramón y Cajal es posible ser atendido por el urólogo en 11,77, 15,6 y 24,88 días, respectivamente. Algunos hospitales de meda complejidad también presentan tiempos competitivos como el Infanta Leonor con tan solo 7,52 días; el General de Villalba con 16,58 días; el Hospital Rey Juan Carlos con 18,54; el Infanta Elena con 13,89 o el Universitario de Getafe con 24,92.

Medios nacionales



SANIDAD MADRILEÑA

20 años de la primera consulta para adultos con Síndrome de Down: "Los pacientes nos mantienen con la mente y el corazón abiertos"

El madrileño Hospital de La Princesa puso en marcha una unidad especializada en la atención médica de personas cuya esperanza de vida ha pasado de los 20 años en 1960 hasta los 65 años en la actualidad

PUBLICIDAD
Estrategia Urbana 360
FUNCIONES SÁBADOS Y DOMINGOS Real Teatro
Sueña Madrid .es

Imagen de archivo de un grupo personas con Síndrome de Down. / EPE

Nieves Salinas
Madrid 21 MAR 2025 13:39

El madrileño Hospital de La Princesa celebra este 2025 los 20 años de vida de la primera consulta monográfica creada en un hospital público especializada en personas adultas con Síndrome de Down. Actualmente, sigue a 1.900 pacientes y se ha convertido, por derecho propio, en un referente. Dos décadas de constante aprendizaje para los médicos que comandan esta unidad tan específica. "**El mayor premio es que me han mantenido con la mente y el corazón abierto",** confiesa a **EL PERIÓDICO DE ESPAÑA** el doctor **Fernando Moldenhauer,** jefe de sección de Medicina Interna, sobre los pacientes de una consulta pionera que puso en marcha en 2025 para atender a personas que, en materia sanitaria, **estaban muy desatendidos.**

Este viernes se conmemora el **Día Mundial del Síndrome de Down.** Motivo para que uno de los cuatro internistas que trabajan en la Unidad de La Princesa junto a Moldenhauer, el doctor **Diego Real de Asúa**, protagonice una conferencia, titulada 'Nuestras vidas dependen de personas con Síndrome de Down'. Una dependencia que justifica, y muy bien, más adelante.

Su exposición es un repaso por las **características genéticas y clínicas** de sus pacientes, del porqué del aumento de esperanza de vida media -de 20 años en 1960 hasta los 65 años en la actualidad-, y a las últimas investigaciones que han

supuesto grandes avances en el conocimiento de la que es la principal causa de discapacidad intelectual y **la alteración genética humana más común.**

En España se estima que viven **unas 35.000 personas** con Síndrome de Down. Las patologías asociadas a los adultos -como cataratas, deficiencias auditivas, alzhéimer, salud mental o de sueño-, hacen que la consulta de La Princesa colabore estrechamente y **desarrolle protocolos conjuntos** con otros servicios del hospital como Oftalmología, Otorrino, Neurología, Servicio Especializado en Salud Mental para Personas con Discapacidad Intelectual (SESM-DI) o la Unidad de Sueño.

Por salud física

El doctor Real de Asúa forma parte, junto a sus compañeros **Fernando Moldenhauer, Laura Rabe y Pedro Parra**, de la Unidad de Down del Adulto del centro. Entre todos han convertido su consulta en un modelo a imitar tanto en otras **comunidades autónomas**, como en el extranjero. **La consulta** está abierta como libre elección a toda la Comunidad de Madrid y recibe también algunos pacientes de otras comunidades, cuando así lo solicitan. Realiza consultas de transición con el Hospital pediátrico Niño Jesús.

Real de Asúa explica los motivos por los que, como reza su conferencia, nuestras vidas dependen de las personas con Down. "Primero, por nuestra salud física. La gente con Síndrome de Down tiene una serie de problemas médicos que son ás frecuentes que en las personas sin Down y otros, que **son mucho menos frecuentes**", señala. Se sabe, por ejemplo, que la enfermedad de Alzheimer es altamente prevalente. No sucede lo mismo en el desarrollo de **patología cardiovascular o tumoral**.

Entre las patologías más comunes, el especialista pone el foco en el alzhéimer, que también afecta de forma muy importante a la población general. Investigar sobre esta enfermedad en pacientes con Down "no solo puede ayudarles a ellos, sino que puede ser esencial para mejorar estrategias que nos ayuden al resto". **Entre las menos frecuentes**, las que menos les afectan, el cáncer o las enfermedades cardiovasculares. "Entender esos mecanismos puede tener mucho impacto para muchísimas otras personas", remarca el médico.

Por eso, además de la actividad asistencial, la Unidad tiene una importante actividad docente e investigadora, porque promueve el conocimiento de los problemas de salud lo que les permite **generar información científica** con posibilidad traslacional para la población general.

Hay muchos trabajos que demuestran que la gente con Down son polos que cambian hacia mejor el entorno donde viven
Dr. Real de Asúa

Además, el especialista llama la atención sobre otro aspecto **que va más allá de la atención médica**. "Desde el punto de vista **emocional**, hay muchos trabajos que demuestran que la gente con Down son polos que cambian, hacia mejor, el entorno donde ellos viven. Está demostrado en estudios sociológicos, en familias, **en entornos de trabajo**... Entonces, si resulta que entender a una persona no solo puede mejorar la salud de todos, sino que, además, convivir con ella puede mejorar nuestra salud emocional, creo que es evidente **que los dependientes somos nosotros**", argumenta.

Los inicios

Con muchas ganas y pocos recursos, la Unidad Down de Adultos de La Princesa arrancaba hace dos décadas impulsada por el doctor **Moldenhauer**. Quienes acuden a esa consulta tienen "unas **peculiaridades biológicas** que les hacen muy especiales a nivel médico. Es una población vulnerable y los internistas estamos muy acostumbrados **a ser sensibles en atención médica a poblaciones vulnerables**". Así, relataba el médico, en una entrevista concedida a este diario en 2022, el motivo por el que nació una consulta monográfica y tan específica.

Empezaron abriendo agenda y días. "Un día, una madre me dijo: 'Es que usted sabe hablar dialecto Down'. Y dije: 'Ahora sí, ahora he aprendido'. Había visto ya a bastantes pacientes. Hemos aprendido Down en la calle, no hemos ido a ninguna academia, porque no había libros de texto. **Era una unidad absolutamente pionera**. Y casi lo sigue siendo. No hemos cambiado el enfoque". ¿Y qué es hablar el dialecto Down?. "Sería, en una expresión muy antigua, tener ojo clínico. Es poder ser empático con una persona con un problema médico concreto. **Es querer ser empático y poder serlo de verdad**", respondía el médico en aquella entrevista.

La Unidad Down de La Princesa ha sido, para el doctor Moldenhauer, "un recordatorio continuo de que hay otras personas con otras realidades diferentes a la mía y eso es de agradecer"

Cuando se le pregunta a **Moldenhauer** qué le ha aportado lo vivido en esa consulta que ahora celebra 20 años desde el punto de vista humano, el jefe de sección de Medicina Interna de La Princesa, responde: "Nunca puedo desligarlo del punto de vista profesional porque, para mí, **el ejercicio de la medicina** es una parte insoluble de mi faceta como persona, pero ha supuesto un recordatorio continuo de que hay otras personas con otras realidades diferentes a la mía y eso es de agradecer. Te mantiene la mente abierta".



De izq. a dcha., los doctores Rabe, Real de Asúa, Moldenhauer y Parra, de la Unidad. / **HOSPITAL DE LA PRINCESA**

Desde la esfera profesional, añade el especialista, su contacto permanente con personas con Down, le ha hecho "no recuperar, porque nunca lo perdí, pero sí mantener la motivación intrínseca de la medicina. Es un factor motivacional único, o por lo menos para mí lo ha sido y nunca **me arrepentiré de haberme dedicado a ello**".

El mejor premio

La consulta de La Princesa y en particular, el doctor Fernando Moldenhauer, ha obtenido hasta la fecha, varios galardones por esta iniciativa entre los que destaca el premio que otorga la entidad Plena Inclusión, en su edición 2017, en la categoría de 'Persona Plena Inclusión'. Sin embargo, y como reconocen sus integrantes, el mejor reconocimiento es el que diariamente reciben en el trato con estos pacientes.

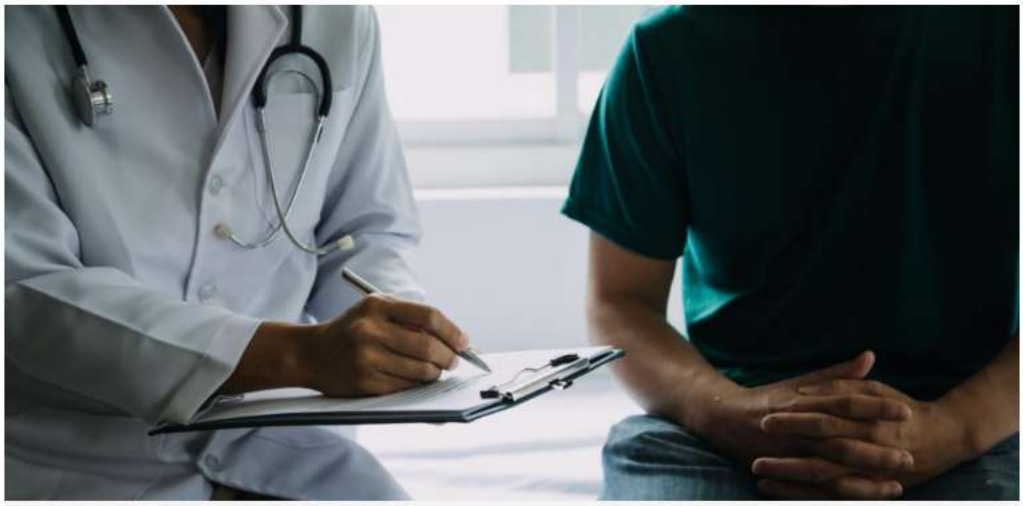
Medios nacionales

LA VANGUARDIA

Autonomias

Los hospitales de alta complejidad madrileños apuestan por reducir los tiempos de espera para una operación de próstata

• La hipertrofia benigna de próstata, una de las intervenciones con mayor demora a nivel nacional, registra tiempos de espera reducidos en los hospitales de la comunidad



(Servimedia)

SERVIMEDIA

19/03/2025 11:04

MADRID, 19 (SERVIMEDIA)



MADRID, 19 (SERVIMEDIA)

La hipertrofia benigna de próstata (HBP) es una afección común en hombres mayores, caracterizada por el agrandamiento no canceroso de la glándula prostática. Aunque no representa un riesgo grave para la salud, la HBP puede afectar significativamente la calidad de vida de quienes la padecen y, en algunos casos, puede requerir una intervención para restaurar el correcto funcionamiento del sistema urinario.

Cuando la evolución de la HBP hace necesario operar, el tiempo de espera es un factor determinante. Según los últimos datos del Sistema de Listas de Espera (SISLE) la demora media en todo el territorio nacional es de 128 días y el 24,2% de los pacientes esperan más de seis meses antes de la intervención. En la Comunidad de Madrid se apuesta por reducir los tiempos de espera. En el caso de hospitales como la Fundación Jiménez Díaz, el Hospital Rey Juan Carlos, el General de Villalba, el Hospital Universitario Fundación Alcorcón o el Severo Ochoa, la diferencia es de más de 100 días con respecto a la media nacional.

PUBLICIDAD

Según los últimos datos oficiales del Servicio Madrileño de Salud (Sermas), correspondientes al mes de enero, en la Comunidad de Madrid destaca la Fundación Jiménez Díaz como el hospital más eficaz, entre los de alta complejidad, para HBP, con tan solo 9,32 días de demora media. Tiempo que, además, ha logrado reducir en 20,54 días con respecto al mes anterior (29,86). Le siguen, aunque a distancia entre los de su

categoría, el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda con 49,75 días y el Gregorio Marañón con 51,7 días. En el resto de grandes hospitales de la CAM se superan los dos meses de espera: Hospital Clínico San Carlos, 68,88 días; Hospital Universitario Ramón y Cajal, 69,77; Hospital Universitario de La Princesa, 74,43; Hospital Universitario La Paz, 75,47 días y Hospital Universitario 12 de Octubre, 90,28 días.

Entre los hospitales de media complejidad, que gestionan un número menor de pacientes y casos menos complejos, lidera el Hospital Rey Juan Carlos con tan solo 8,71 días de demora. Tras este centro se sitúan el Hospital Universitario General de Villalba con 17,33 días; el Hospital Universitario Fundación Alcorcón con 20,94 y el Hospital Universitario Severo Ochoa con 27,81; todos ellos por debajo del mes.

El resto de hospitales de media complejidad superan los dos meses de espera: el Hospital Universitario de Torrejón con 63,93 días; el Infanta Leonor; 64,88; el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, 73,61 días; el Infanta Sofía, 75,86; el Universitario de Móstoles, 81,26; el Hospital Universitario de Getafe, 84,72 y el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, 88,31 días.

SÍNTOMAS

La hipertrofia de próstata causa síntomas urinarios molestos que pueden afectar significativamente a la calidad de vida si no se trata adecuadamente. El médico especialista en Urología es el encargado de determinar cuál es el tratamiento más adecuado y si es conveniente someterse a una cirugía.

La media nacional de espera para una consulta con el urólogo es de 80 días, según el SISLE. En el caso de la CAM, el tiempo para acceder a una consulta de Urología se reduce a 43 días de media, aunque en hospitales de gran complejidad como la Fundación Jiménez Díaz, la Princesa o el Ramón y Cajal es posible ser atendido por el urólogo en 11,77, 15,6 y 24,88 días, respectivamente. Algunos hospitales de meda complejidad también presentan tiempos competitivos como el Infanta Leonor con tan solo 7,52 días; el General de Villalba con 16,58 días; el Hospital Rey Juan Carlos con 18,54; el Infanta Elena con 13,89 o el Universitario de Getafe con 24,92.

El diagnóstico de la HBP incluye un examen físico, análisis de sangre, pruebas de orina y estudios de imagen. Una vez confirmado, el tratamiento depende de la gravedad de los síntomas. Cuando son graves, no responden a los medicamentos o derivan en complicaciones como infecciones urinarias recurrentes o retención urinaria, la cirugía es la mejor opción. En toda España 13.041 pacientes se encuentran pendientes de una operación de HBP, según los últimos datos del SISLE correspondientes al primer semestre de 2024, cifra que ha subido en 1.364 pacientes con respecto al mismo periodo del año anterior.

Medios Especializados



Nieves Sebastián Mongares

Las p**ersonas con síndrome de Down tienen presentan determinadas condiciones con más frecuencia**, por lo que precisan una **asistencia especializada**. Por ello, poseer un conocimiento específico al respecto, puede ser de gran ayuda para profesionales y pacientes, de cara a prevenir o controlar algunas de las comorbilidades que presentan.

Así, desde el momento del nacimiento, estos niños tienen que acudir a consulta con frecuencia para atender a algunas de las condiciones que presentan. En este contexto, contar con unidades especializadas, tiene un impacto muy positivo sobre los pacientes. El **Dr. Marcelo Andrade,** pediatra y especialista en neurodesarrollo, trabaja en el **Hospital Sant Joan de Déu**, uno de los tres centros designados como unidad de experiencia en enfermedad cognitivo-conductual de base genética en la edad pediátrica. Entre estas patologías se encuentra el síndrome de Down.

El Dr. Andrade explica que este síndrome esta asociado a múltiples comorbilidades, más allá del neurodesarrollo. *"Los pacientes presentan **muchas necesidades clínicas, especialmente en los primeros años de vida**, por lo que muchos de estos niños requieren la intervención de diversas especialidades pediátricas"* explica el especialista. En el Sant Joan de Déu disponen de todas ellas, y desde la unidad coordinan la atención necesaria desde las diferentes áreas. Siguiendo este hilo, el pediatra expone que, en estos primeros años de vida, dada la **cantidad de comorbilidades y la inestabilidad** de los niños, las consultas suelen ser más frecuentes, citándose a los pacientes cada mes o cada dos meses si es necesario. *"Conforme los niños crecen, las consultan se espacian y en algunos casos llegan a ser anuales; sin embargo, **adaptamos la frecuencia a las necesidades individuales**",* explica.

La cantidad de comorbilidades y la inestabilidad de los niños con síndrome de Down hace que tengan que acudir con frecuencia a las consultas hospitalarias

Y es que, como afirma el Dr. Andrade *"es muy importante que los niños con Síndrome de Down sean atendidos en un hospital que ofrezca atención especializada en comorbilidades y, en nuestra unidad, adoptamos una **visión holística del paciente**"*. Así, mediante la **coordinación de las subespecialidades**, dice el pediatra, *"se trata de optimizar el bienestar de los pacientes no sólo dentro del hospital, sino contribuyendo a que este se extienda a su vida diaria en la escuela, en casa o en sus actividades recreativas"*.

Respecto a las condiciones que presentan las personas con síndrome de Down más frecuentemente hay varias. Aproximadamente el **50% presentan cardiopatías congénitas**, y un alto porcentaje presenta **problemas auditivos y visuales**. Todo ello, apunta el Dr. Andrade, *"requiere un **seguimiento estricto**"*. Asimismo, señala que *"a medida que el niño crece, uno de los problemas más comunes es el hipotiroidismo que, si se detecta tarde, influye en el pronóstico"*.

A esto se suma, como especifica el experto, que *"a medida que los niños con síndrome de Down crecen, también suelen presentar **problemas respiratorios y apneas del sueño**, que pueden presentarse a partir de los cuatro años"*. También, aunque de manera menos frecuente, el Dr. Andrade se refiere a pcondiciones *"como la **epilepsia** o incluso **autismo**, que requieren de un tratamiento personalizado"*.

Los problemas de neurodesarrollo y salud mental se encuentran entre los principales desafíos en las personas con síndrome de Down en edad pediátrica

Actualmente, para el Dr. Andrade, los principales desafíos en el manejo de los pacientes con síndrome de Down en edad pediátrica son los **problemas de neurodesarrollo y salud mental**. *"El tratamiento de estos problemas requiere una gran intensidad en el tratamiento conductual y la **estimulación social y lingüística**"*, indica. Y a esto se suma, como expresa el experto que *"la oferta de servicios en este sentido es limitada y es más fácil tratar a los niños con problemas graves que a aquellos con problemas menos evidentes, ya que no siempre hay suficiente disponibilidad de consultas"*, lamenta.

Transición a la edad adulta

Un gran desafío en la atención sanitaria es el paso de los pacientes de la atención en pediatría a las consultas para adultos. Y en el caso de las personas con síndrome de Down, esto cobra más importancia si cabe por la necesidad de seguimiento de las comorbilidades que presenta cada caso. Como destaca el Dr. Andrade, en el caso del **Sant Joan de Déu sí que disponen de una unidad de transición**. Teniendo en cuenta que empezaron a trabajar con esta unidad especializada, el pediatra concreta que *"aún no hemos tenido muchos pacientes que hayan llegado a esa edad"*.

En los casos en que se ha llegado, según el Dr. Andrade *"se trata de **capacitar a la familia y al paciente para afrontar este proceso de forma gradual** y a medida que el niño se acerca a la adolescencia, comenzamos a empoderar al paciente y a la familia para hacer una transición suave hacia la medicina del adulto"*.

No obstante, esto **no está implantado de manera homogénea en todo el territorio nacional**. Además, no todos los hospitales cuentan con unidades especializadas en síndrome de Down para adultos. A este respecto, el **Dr. Diego Real de Asúa**, especialista en Medicina Interna en el **Hospital La Princesa** y uno de los integrantes de la Unidad de Down del adulto y la **Dra. Francisca García Iglesias**, adjunta del servicio de Medicina Interna del Hospital **La Paz** y responsable de la Unidad Multidisciplinar de Atención

Integral al Paciente Adulto con Síndrome de Down, coinciden en que la **transición hacia la medicina del adulto sigue siendo uno de los grandes retos en muchos centros**.

Es importante realizar una transición adecuada desde las unidades de pediatría hacia la medicina adulta

*"Durante la i**nfancia, muchas personas con síndrome de Down tienen un pediatra que los atiende**, pero a medida que llegan a la **edad adulta, esa atención desaparece**",* explica el Dr. Real de Asúa. Aun así, el facultativo de La Princesa explica que trabajan estrechamente con el Hospital Niño Jesús, donde disponen de una consulta de transición para pacientes de entre 16 y 18 años, y allí se les hace una valoración antes de que pasen al ámbito adulto. *"Después de ese periodo, nosotros nos encargamos del seguimiento, sin embargo, no todos los hospitales lo tienen y pueden quedar pacientes desatendidos; es importante **asegurar que la transición se realice de manera fluida y sin interrupciones**",* asevera.

Necesidad de atención específica

El Hospital La Princesa conmemora este 2025 los 20 años de su unidad y, en La Paz, esta se puso en marcha en 2022. Como explica el Dr. Real de Asúa, en el caso de La Princesa, *"la idea de esta unidad surgió porque uno de los trabajadores del hospital, cuya hija tenía síndrome de Down y estaba por cumplir la edad pediátrica, se dio cuenta de que ya no había ningún médico para atenderla".* Aquí, entró en juego la iniciativa del **Dr. Fernando Moldenhauer**, jefe de sección de Medicina Interna del centro, para ponerla en marcha. Cabe destacar, que como detalla el Dr. Real de Asúa, *"**durante casi 10 años las consultas fueron de manera altruista y fuera del horario laboral**".* "*Yo me incorporé cuando la consulta ya llevaba dos años en marcha, en 2007, y paulatinamente con el aumento de pacientes, la consulta empezó a formalizarse",* apunta.

Por otra parte, en el caso de La Paz, la Dra. García Iglesias pone de manifiesto que *"la i**dea de crear una unidad para pacientes con síndrome de Down surgió hace 15 años**, después de que viéramos la necesidad de tener una unidad similar a la del Hospital de la Princesa en un hospital grande de Madrid".* De hecho, la especialista en medicina interna acudió a la Princesa para recibir formación sobre los conocimientos necesarios y el funcionamiento de este tipo de unidades.

Contar con un conocimiento específico de las patologías y necesidades de las personas con síndrome de Down es esencial para brindarles una atención óptima

Así, la Dra. García Iglesias desarrolla que *"esta **unidad se centra en la revisión y el seguimiento anual de los adultos con síndrome de Down**, pero también realizamos visitas **más frecuentes si es necesario**".* De la misma manera que sucede en la edad pediátrica, las personas con síndrome de Down padecen condiciones que les afectan con más frecuencia. Es por este motivo que la Dra. García Iglesias destaca que "*es clave **conocerlas bien, para prevenirlas, realizar diagnósticos adecuados y evitar pruebas innecesarias**".* "*Tener un médico especializado permite una atención más sistemática y eficiente",* aporta el Dr. Real de Asúa.

Uno de los papeles que llevan a cabo estas dos unidades es **coordinar la atención con las especialidades** que sean necesarias en cada caso. También, porque además de los problemas de salud que pueden manifestar las personas con síndrome de Down en la edad pediátrica como los problemas visuales y auditivos o el hipotiroidismo, en la adultez se suman otras condiciones que se presentan con más frecuencia que en la población general como los **problemas gastrointestinales** y, según avanza la edad, otras condiciones que pueden presentar de manera precoz, como el **alzhéimer**.

Y, más allá del conocimiento y atención especializada sobre patologías que pueden ofrecer estas unidades, también aportan aspectos más intangibles. *"Al ser atendidos por profesionales que conocen bien el síndrome de Down, los* ***pacientes se sienten más comprendidos****; muchas veces nos cuentan que, en otras consultas con especialistas, no se les dedica el tiempo necesario, y se sienten apurados al no poder expresarse correctamente",* subraya la Dra. García Iglesias.

Más allá del conocimiento sobre las patologías más frecuentes, ofrecer tiempo y espacio para que se expresen es un aspecto diferencial de las unidades especializadas

También, en palabras del Dr. Real de Asúa, que *"los pacientes reciben una a****tención mucho más personalizada, a lo que se suma que aumenta la visibilidad de las personas con síndrome de Down y sensibiliza a otros servicios*** *que les atienden de manera frecuente para adaptar su práctica a las necesidades de los pacientes".* Con todo ello, ambos especialistas coinciden en que los pacientes y sus familias se sienten mejor atendidos y entendidos.

Desafíos en la atención a personas con síndrome de Down

A pesar de que se hayan puesto en marcha unidades especializadas, los profesionales que atienden a las personas con síndrome de Down consideran que todavía quedan retos y margen de mejora.

En la **edad pediátrica**, el Dr. Andrade señala que *"uno de los mayores desafíos es el* ***manejo de los problemas de neurodesarrollo y salud mental,*** *como los trastornos conductuales o el autismo".* En esta necesidad coincide la Dra. García Iglesias, refiriéndose a *"la* ***falta de psicólogos y psiquiatras especializados en discapacidad intelectual****",* puntualizando que *"estos profesionales son esenciales para abordar adecuadamente la necesidades emocionales y conductuales de estos pacientes".* Y también se suma el Dr. Real de Asúa indicando que, dado que estos problemas son altamente frecuentes y *"a pesar de que hay un equipo en Madrid, el Servicio Especializado en Salud Mental para Personas con Discapacidad Intelectual (SesnD), está muy saturado". "Este servicio es necesario, ya que la salud mental es un área que no se cubre adecuadamente en muchas unidades"*, especifica el internista.

Además, tanto en el caso de La Princesa como en La Paz, estas unidades reciben una media de cien pacientes nuevos anualmente. Por ello, es necesario **contar con unidades suficientes y profesionales especializados que den respuesta a esta demanda equitativamente en todo el territorio nacional**.

Medios especializados



redacción médica

La IA mejora la adherencia al tratamiento de pacientes con apnea del sueño

Julio Ancochea, director de la Cátedra UAM-Linde, lidera este estudio como director científico

Julio Ancochea, jefe del Servicio de Neumología de La Princesa, profesor titular en el departamento de Medicina de la UAM y director de la Cátedra UAM-Linde.

24 MAR. 2025 17:10H

SE LEE EN 5 MINUTOS

FUJIFILM
Value from Innovation
BIENVENIDOS AL FUTURO
El mañana está lleno de posibilidades
Descubra el futuro de la endoscopia
| Evento online | 25 Marzo 2025

¿Es la **inteligencia artificial** (IA) una herramienta útil y efectiva en la predicción y mejora de la adherencia al tratamiento de terapia con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) en pacientes con apnea obstructiva del sueño (AOS)? Esta es la pregunta clave a la que pretende dar respuesta el estudio científico AIRGENIOUS. Este proyecto de **Linde Médica** consta de un ensayo clínico multicéntrico y una herramienta pionera de inteligencia artificial que, en países como Francia o Portugal, ya ha demostrado mejorar la adherencia al tratamiento de pacientes con AOS que no cumplían con la terapia. Precisamente, el estudio ha sido premiado recientemente en Francia con el "*Prix Galien France*" en la categoría de innovación digital, así como en Portugal, en los *"Portugal Digital Awards 2024"*.

En nuestro país, esta investigación de referencia en el campo de la Neumología busca validar el uso de la IA como un recurso predictivo y generador de intervenciones personalizadas adicionales a la **telemonitorización** (TLM) convencional para optimizar el cumplimiento terapéutico de los pacientes con AOS, permitiendo **predecir el abandono del tratamiento** y generar intervenciones personalizadas.

El estudio está liderado por **Julio Ancochea**, jefe del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa, profesor titular en el departamento de Medicina de la UAM, y director de la Cátedra UAM-Linde *"Innovación en la gestión integral del enfermo respiratorio crónico"*, y cuenta con la participación de hospitales de referencia especializados en el tratamiento de esta patología respiratoria a nivel nacional. La investigación está coordinada por destacados especialistas en neumología y salud respiratoria, como **Enrique Zamora García**, coordinador de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Universitario de La Princesa (Madrid); y **Pedro Landete**, profesor asociado de Medicina en la Universidad Autónoma de Madrid y miembro del Servicio de Neumología del Instituto de Investigación La Princesa (IIS Princesa).

"La apnea obstructiva del sueño es una enfermedad crónica altamente prevalente y asociada

a **graves complicaciones de salud** cuando no se trata adecuadamente. A pesar de la eficacia demostrada del tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP), una parte significativa de los pacientes presenta dificultades de adherencia, lo que reduce los beneficios terapéuticos y aumenta el riesgo de **complicaciones cardiovasculares, metabólicas y neurocognitivas"**, señala Ancochea.

En la actualidad, **el estudio AIRGENIOUS** se encuentra en fase de elaboración, con el diseño metodológico en marcha y el reclutamiento de pacientes por parte de los centros participantes. Se espera que sus resultados permitan establecer un nuevo paradigma en la aplicación de la IA en el manejo de la AOS, favoreciendo una mayor adherencia al tratamiento y, en consecuencia, **mejorando la calidad de vida de los pacientes.**

Una herramienta pionera de IA

AIRGENIOUS es la primera **herramienta algorítmica** basada en Inteligencia Artificial que predice la adherencia en pacientes con AOS. "Tratados con un dispositivo de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) en su domicilio, estos pacientes crónicos pueden experimentar episodios de disminución del cumplimiento. Gracias a la IA, AIRGENIOUS nos permite, como empresa de servicio de **terapias respiratorias a domicilio**, anticiparnos a los abandonos y tomar medidas proactivas y personalizadas para garantizar un mejor cumplimiento del tratamiento", detalla **Sergio García Ferrer,** director general de Linde Médica.

El director general de Linde Médica indica: "El principal desafío en la terapia para el tratamiento en la AOS con CPAP es garantizar la adherencia del paciente a largo plazo. De hecho, sabemos que hasta un 30% de los pacientes abandona la terapia en los primeros meses, aumentando el riesgo de complicaciones cardiovasculares, deterioro cognitivo y accidentes laborales o de tráfico. Este reto queda resuelto con AIRGENIOUS, pues **nos permite actuar antes de que se produzca el abandono del tratamiento.** Para nosotros, el manejo de los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, la atención individualizada, holística, humanizada y la formación en su patología se han consolidado como pilares clave para conseguir una mejor calidad de vida del paciente".

Salud digital para mejorar la atención a los pacientes

Este estudio representa un paso adelante en el compromiso de Linde y la Cátedra UAM-Linde con la investigación, la innovación tecnológica y la mejora en la atención a los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. La incorporación de la inteligencia artificial en el seguimiento y tratamiento de la apnea obstructiva del sueño podría transformar el abordaje de esta patología, **optimizando la eficacia de la CPAP** y reduciendo los abandonos terapéuticos.

Precisamente, la Catedra UAM–Linde, ha celebrado recientemente su décimo aniversario, donde ha reafirmado su compromiso con la mejora de la atención sanitaria y el fomento del conocimiento en el ámbito de la salud respiratoria. La Cátedra UAM-Linde tiene como objetivo la **formación, la innovación y la investigación** en la gestión integral del enfermo respiratorio crónico.

Medios especializados



La inteligencia artificial (IA) podría ser clave en la predicción y mejora de la adherencia al tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) en pacientes con apnea obstructiva del sueño (AOS). Esta es una de las conclusiones del estudio AIRGENIOUS, un proyecto de Linde Médica que, a través de un ensayo clínico multicéntrico y una innovadora herramienta de IA, ha demostrado su eficacia en países como Francia y Portugal.

El impacto del estudio ya ha sido reconocido internacionalmente, con galardones como el "Prix Galien France" en la categoría de Innovación Digital y los "Portugal Digital Awards 2024". Ahora, la investigación busca validar la IA en nuestro país como un recurso predictivo y de intervención personalizada adicional a la telemonitorización (TLM) convencional.

A pesar de la eficacia de la CPAP, una parte significativa de los pacientes tiene dificultades para seguir el tratamiento

El estudio está liderado por el Dr. Julio Ancochea, jefe del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa, quien destaca la importancia de mejorar la adherencia terapéutica: “La apnea obstructiva del sueño es una enfermedad crónica altamente prevalente y asociada a graves complicaciones de salud cuando no se trata adecuadamente”. A pesar de la eficacia de la CPAP, una parte significativa de los pacientes tiene dificultades para seguir el tratamiento, aumentando el riesgo de complicaciones cardiovasculares, metabólicas y neurocognitivas.

En la actualidad, AIRGENIOUS se encuentra en fase de elaboración, con el diseño metodológico en marcha y el reclutamiento de pacientes por parte de los hospitales participantes. Se espera que sus resultados permitan establecer un nuevo paradigma en la aplicación de la IA para mejorar la adherencia y la calidad de vida de los pacientes.

UNA HERRAMIENTA PIONERA DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

La herramienta AIRGENIOUS es pionera en la predicción de adherencia de pacientes con AOS. Sergio García Ferrer, director general de Linde Médica, explica: “Tratados con un dispositivo CPAP en su domicilio, estos pacientes pueden experimentar episodios de disminución del cumplimiento. Gracias a la IA, podemos anticiparnos a los abandonos y tomar medidas proactivas y personalizadas para garantizar un mejor cumplimiento del tratamiento”.

"Sabemos que hasta un 30% de los pacientes abandona la terapia en los primeros meses, aumentando el riesgo de complicaciones cardiovasculares, deterioro cognitivo y accidentes"

García Ferrer subraya el desafío que supone la adherencia a largo plazo: "Sabemos que hasta un 30% de los pacientes abandona la terapia en los primeros meses, aumentando el riesgo de complicaciones cardiovasculares, deterioro cognitivo y accidentes. Este reto queda resuelto con AIRGENIOUS, pues nos permite actuar antes de que se produzca el abandono del tratamiento". Además, el director de la entidad resalta que el manejo de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas requiere "atención individualizada, holística, humanizada y formación en su patología".

El estudio AIRGENIOUS representa un avance en el uso de la salud digital para mejorar la atención de los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. La incorporación de IA podría transformar el abordaje de la AOS, optimizando la eficacia del tratamiento y reduciendo los abandonos.

La Cátedra UAM-Linde, que celebra su décimo aniversario, reafirma su compromiso con la investigación y la innovación en salud respiratoria. Su objetivo sigue siendo la formación, la innovación y la investigación en la gestión integral del enfermo respiratorio crónico, consolidándose como un referente en la mejora de la atención sanitaria.

Los contenidos de ConSalud están elaborados por periodistas especializados en salud y avalados por un comité de expertos de primer nivel. No obstante, recomendamos al lector que cualquier duda relacionada con la salud sea consultada con un profesional del ámbito sanitario.

Medios nacionales



El Hospital Universitario de La Princesa, centro público de la Comunidad de Madrid, ha sido la sede y participado en el 8º 'Encuentro Multidisciplinar Internacional Código Sepsis'.

El objetivo de este evento ha sido la actualización y el análisis crítico de nuevas estrategias para el diagnóstico y manejo de pacientes con sepsis, a través de la participación de hospitales de diferentes regiones de España, así como de Panamá, Chile, Bogotá, Argentina y Portugal.

El director gerente del Hospital Universitario de La Princesa, José Julián Díaz Melguizo fue el encargado de inaugurar el congreso junto al doctor Marcio Borges, presidente de la Fundación Código Sepsis y el doctor Alfredo Matos, presidente de la Asociación panameña de Medicina Crítica y Terapia Intensiva.

El congreso, organizado por la Fundación Código Sepsis, la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (MICELLIUM), la Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (FEPIMCTI), y la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (FACME), reunió los días 12 y 13 de marzo a expertos relevantes de diferentes especialidades que abordaron innovaciones terapéuticas, avances en biomarcadores y herramientas de apoyo a la toma de decisiones, con la finalidad de optimizar la detección precoz y mejorar los desenlaces clínicos en pacientes con sepsis.

También participaron las asociaciones de pacientes en España.

La Sepsis es una respuesta anómala del organismo a una infección bacteriana que puede provocar el fallo de uno o más órganos vitales, poniendo en peligro la vida del paciente. Esta patología afecta en España a 50.000 personas cada año de la cuales mueren 17.000, una cifra 13 veces superior a los fallecidos por accidentes de tráfico.

Al igual que el Infarto de Miocardio o el Ictus, la Sepsis es una afección tiempo dependiente.

Cada hora de retraso en la correcta administración de antibióticos se asocia a una disminución de la supervivencia del paciente, así como a un aumento de las posibles secuelas.

El encuentro se organizó en torno a diferentes mesas redondas enfocadas en temas como la humanización, presentación del nuevo documento Código Sepsis Delphi 2024-2025, gestión y Código Sepsis, presentación de la I Encuesta Código Sepsis, e innovación y sepsis, entre otros temas.

Asimismo, se realizaron cuatro simposios sobre cómo mejorar los resultados clínicos en el paciente séptico, estrategias del manejo antibiótico, nuevas opciones terapéuticas para el paciente crítico, y PCR rápida y precisa para reducir resistencias microbianas.

El Hospital de La Princesa participó en el congreso moderando diferentes mesas con la participación de la doctora Auxiliadora Semiglía Chong, del Servicio de Microbiología; la doctora Rosa Méndez, del Servicio de Anestesia y Reanimación; y el doctor Fernando Ramasco, jefe de sección y actual responsable del Servicio de Anestesiología y Reanimación del hospital que también forma parte del Comité Científico de este congreso.

En el marco del evento también se entregaron los galardones de la Sexta Edición Premios Código Sepsis.

En la edición anterior de estos galardones el grupo de profesionales que forman el “Código Sepsis Princesa” fueron premiados por su trabajo desde el año 2015.

El congreso finalizó con la presentación de varios proyectos de mejora en el Código Sepsis.

10 años de «Código Sepsis Princesa»

El «Código Sepsis Princesa» cumple 10 años de trabajo desde su nacimiento en el año 2015, siguiendo las indicaciones de un Código Sepsis Nacional el cual estaba avalado por 15 sociedades científicas.

De esta forma un grupo de profesionales del Hospital Universitario de La Princesa de los servicios de Urgencias, Medicina Interna, Microbiología Anestesiología y Reanimación Cirugía General y Digestivo, así como personal de enfermería con el apoyo de la dirección del centro, decidieron abordar la creación de un protocolo propio que ha ido creciendo en implicación del resto de los servicios y aplicación de diferentes herramientas cuya principal consecuencia favorable es una disminución sustancial de la mortalidad en pacientes afectados por Sepsis.

En sucesivos años, y coordinado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, el Código Sepsis se fue extendiendo al resto de los hospitales públicos.

Medios nacionales

NoticiasPress.es



La Unidad de Síndrome de Down del Adulto del Hospital Universitario de La Princesa está conmemorando sus 20 años de existencia. Fue en el año 2005 cuando este hospital público de la Comunidad de Madrid puso en marcha la primera consulta de España especializada en Síndrome de Down en la edad adulta en un centro hospitalario. En la actualidad mantiene el seguimiento de 1.900 personas con Síndrome de Down, y se ha convertido en una referencia asistencial y de investigación en este ámbito.

Bajo el prisma del día 21 de marzo, Día Mundial del Síndrome de Down, uno de los integrantes de la Unidad, el Dr. Diego Real de Asúa pronunció una conferencia abierta a todo el personal del centro titulada " Nuestras vidas dependen de personas con Síndrome de Down" donde realizó un repaso por sus características genéticas y clínicas el porqué del aumento de esperanza de vida media, de 20 años en 1960 hasta los 65 años en la actualidad, y las últimas investigaciones que han supuesto grandes avances en el conocimiento del Síndrome de Down.

El Dr. Fernando Moldenhauer, jefe de sección de Medicina Interna fue quien puso en marcha esta Unidad en el año 2005, a la que luego se han sumado los Dres. Diego Real de Asúa, Pedro Parra y Laura Rabes, también especialistas en Medicina Interna; todos ellos han convertido esta

iniciativa en un modelo a imitar tanto en otras comunidades autónomas españolas, como en el extranjero.

Las patologías asociadas a los adultos con Síndrome de Down, como cataratas, deficiencias auditivas, Alzheimer, salud mental o de sueño, hace que la Unidad de Síndrome de Down del Adulto colabore estrechamente y desarrolle protocolos conjuntos con otros servicios del hospital como Oftalmología, Otorrino, Neurología, Servicio Especializado en Salud Mental para Personas con Discapacidad Intelectual (SESM-DI) o la Unidad de Sueño.

Además de la actividad asistencial, esta consulta lleva aparejada una importante actividad docente e investigadora ya que promueve el conocimiento de los problemas de salud de las personas con Síndrome de Down permitiendo generar información científica con posibilidad traslacional para la población general. En este sentido se sabe que la enfermedad de Alzheimer es altamente prevalente en este colectivo, no siendo así por ejemplo el desarrollo de patología cardiovascular o tumoral.

En cuanto al aspecto de calidad percibida por los pacientes y sus familias, existe un alto grado de satisfacción manifestado por ellos mismos en un libro de firmas disponible en la sala de espera, en el que se cuentan por decenas las manifestaciones de agradecimiento tanto por la atención sanitaria que se les presta como por la calidez humana que reciben.

La consulta de Down del Adulto del Hospital Universitario de La Princesa y en particular, el Dr. Fernando Moldenhauer, ha obtenido hasta la fecha, varios galardones por esta iniciativa entre los que destaca el premio que otorga la entidad Plena Inclusión, en su edición 2017, en la categoría de "Persona Plena Inclusión". Sin embargo y como reconocen los doctores, el mejor reconocimiento es el que diariamente reciben en el trato con estos pacientes.

Medios locales



25/03/2025

Un nuevo estudio liderado por el presidente de Asomega, **Julio Ancochea**, jefe del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa y director de la **Cátedra UAM-Linde**, explora el papel de la inteligencia artificial (IA) en la mejora de la adherencia al tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) para pacientes con **apnea obstructiva del sueño** (AOS). Este innovador proyecto, denominado **AIRGenious**, desarrollado por Linde Médica, combina un ensayo clínico multicéntrico con una herramienta de IA pionera, que ya ha demostrado su eficacia en países como Francia y Portugal.

De hecho, ha sido reconocido internacionalmente con galardones como el "**Prix Galien France**" en la categoría de innovación digital y los "**Portugal Digital Awards 2024**", destacando su impacto en la optimización del cumplimiento terapéutico. En España, esta investigación busca validar la IA como un **recurso predictivo** y generador de **intervenciones personalizadas**, complementando la telemonitorización convencional para anticiparse al abandono del tratamiento y mejorar la adherencia.

El equipo investigador está conformado por especialistas en neumología y salud respiratoria, incluyendo a **Enrique Zamora**, coordinador de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Universitario de La Princesa, y **Pedro Landete**, profesor asociado de Medicina en la Universidad Autónoma de Madrid y miembro del Instituto de Investigación La Princesa (IIS Princesa).

Según Julio Ancochea, la apnea obstructiva del sueño es una enfermedad crónica de alta prevalencia, con riesgos significativos para la salud si no se trata adecuadamente. A pesar de la eficacia del CPAP, un

porcentaje considerable de pacientes presenta **dificultades para mantener la terapia**, lo que aumenta el riesgo de complicaciones cardiovasculares, metabólicas y neurocognitivas.

El estudio AIRGenious, actualmente en fase de desarrollo, se encuentra en proceso de **diseño metodológico** y **reclutamiento** de pacientes en distintos centros hospitalarios. Se espera que sus resultados establezcan un nuevo paradigma en el tratamiento de la apnea, favoreciendo una mayor **adherencia** y mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Una solución innovadora con inteligencia artificial

AIRGENIOUS es la primera herramienta basada en IA diseñada para predecir la adherencia de los pacientes con AOS al tratamiento con CPAP. "Al tratarse de una patología crónica, es fundamental garantizar que los pacientes continúan con la terapia en el hogar. Gracias a la IA, podemos **anticiparnos al abandono** del tratamiento y tomar medidas personalizadas para mejorar el cumplimiento", explica Sergio García Ferrer, director general de Linde Médica.

El principal desafío del tratamiento con CPAP es lograr que los pacientes lo mantengan a largo plazo, ya que hasta un 30% abandona la terapia en los primeros meses, lo que incrementa el riesgo de complicaciones cardiovasculares y accidentes. Con AIRGenious, se pueden implementar **estrategias proactivas** para evitar este abandono, reforzando la atención individualizada y humanizada en el manejo de enfermedades respiratorias crónicas.

La investigación representa un avance en el compromiso de Linde y la Cátedra UAM-Linde con la innovación tecnológica aplicada a la salud respiratoria. La incorporación de la IA en el seguimiento y tratamiento de la apnea obstructiva del sueño podría transformar su abordaje, optimizando la eficacia del CPAP y reduciendo los abandonos terapéuticos. Recientemente, la Cátedra celebró su **décimo aniversario**, reafirmando su compromiso con la investigación, la formación y la innovación en el ámbito de la salud respiratoria. Su objetivo sigue siendo mejorar la atención sanitaria y fomentar el conocimiento en la gestión integral de las enfermedades respiratorias crónicas.

Agencias



SERVIMEDIA
Los últimos datos del Servicio Madrileño de Salud (Sermas), correspondientes al mes de febrero, revelan que las listas de espera en la Comunidad de Madrid (CAM) bajaron en todos los parámetros analizados con respecto al mes anterior.

Experimentaron una reducción de los tiempos de espera, tanto en consultas externas, como en listas quirúrgicas (LEQ) y en pruebas diagnósticas. También disminuyó el número de pacientes en lista de espera estructural de 1.017.647 registrados en enero a 1.015.428 en febrero, en total 2.219 pacientes menos.

En lo que respecta a las consultas externas, la lista de espera se redujo en 6.332 personas de enero a febrero, y los tiempos de demora disminuyeron en 6,24 días, pasando de 72,06 días a 65,82.

Según los últimos registros del Sistema de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud (SISLE), correspondientes al primer semestre de 2024, la media nacional de espera para consultas externas es de 94 días; Madrid se sitúa, por tanto, 28 días por debajo de esta media.

Estos datos posicionan a la CAM, a pesar de su mayor presión asistencial, como una de las comunidades con menor demora para acceder a una cita con el especialista. En Cataluña, comunidad equiparable a Madrid en cuanto a presión hospitalaria, un paciente debe esperar de media 98 días, lo que representa más de un mes de diferencia con respecto a Madrid.

En cuanto a los hospitales con menor demora para consultas externas, en febrero se ubicó en primer lugar entre los de alta complejidad (Grupo 3), la Fundación Jiménez Díaz con 24,83 días de espera media; seguida del Gregorio Marañón con 36,03 días; el Hospital Clínico San Carlos, 57,23 días; el Hospital 12 de Octubre, 59,04 días; el Hospital de la Princesa, 65,99 días; el Hospital Universitario Puerta de Hierro, 81,28 días, el Ramón y Cajal, 86,90 días; y el Hospital La Paz, en último lugar, con 99,42 días.

Entre los centros de media complejidad (Grupo 2) el primer lugar en menor demora para una cita con el especialista fue en febrero para el Severo Ochoa, con 53,49 días; seguido del Hospital Universitario de Móstoles, 57,08 días y del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, 58,03 días. El resto de los hospitales de media complejidad superaron los dos meses de espera para consultas externas.

CIRUGÍAS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

En lista de espera quirúrgicas (LEQ) la demora disminuyó en 2,41 días en la CAM, se situó en 46,79 (frente a 49,20 en enero). Los hospitales del Grupo 3 con menos espera para una operación fueron en primer lugar la Fundación Jiménez Díaz con 20,73 días; el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, 51,47 días; el Hospital Clínico San Carlos, 51,52 días; el Hospital Universitario, La Paz, 55,41 días y la Princesa, 56,75 días. Superaron los dos meses de espera, el Hospital Universitario Ramon y Cajal, 60,32 días; el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 63,31 días; y el Hospital Universitario 12 de Octubre, 66,08 días. En cuanto a los de media complejidad con mejor desempeño se ubicaron el Hospital Universitario General de Villalba con 13,47 días; el Hospital Universitario Rey Juan Carlos con 17,07 días y el Hospital Universitario Infanta Elena con 21,59 días.

Si comparamos estos datos con los últimos recabados por el SISLE, correspondientes al primer semestre de 2024, Madrid es la comunidad española que menor demora presenta para operaciones quirúrgicas, muy alejada, además, de la media nacional de 121 días, es decir 74,21 días menos que en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. También, y a pesar de su mayor demanda poblacional y asistencial, registra la tasa más baja de pacientes pendientes de una operación, 10,06 por cada 1.000 habitantes.

En lo que respecta a pruebas diagnósticas el tiempo medio de espera en la CAM bajó 5,29 días, pasando de 64,09 en enero a 58,80 en febrero, a pesar de que se atendió un mayor número de pacientes: 172.224 frente a los 163.677 del mes anterior. También se redujo el número de pacientes en lista de espera estructural en 2.642 de enero (194.865 pacientes) al mes de febrero (197.507).

Entre los principales hospitales de la Comunidad de Madrid, los que gestionaron con mayor eficiencia las pruebas diagnósticas en febrero fueron: el Hospital Clínico San Carlos (20,17 días), el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (27,43 días), la Fundación Jiménez Díaz (30,41 días) y el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (42,87 días). Los cuatro se situaron por debajo de la media del conjunto de hospitales de la CAM. En cambio, superaron esa media, la Princesa (59,11 días); el Hospital Universitario Ramon y Cajal (60,83 días); el Hospital Universitario 12 de Octubre (61,73 días); y por último el Hospital Universitario La Paz con 78,35 días.

En cuanto a los de media complejidad los mejores registros los presentaron el Hospital Universitario de Torrejón 12,42 días; el Hospital Universitario Infanta Elena, 20,42 días; el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, 21,44 días; el Hospital Universitario General de Villalba 26,69 días y el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 27,43 días; todos por debajo del mes de espera para pruebas diagnósticas.

El análisis de los datos por hospitales, tanto en consultas externas como en LEQ y pruebas diagnósticas, resalta el desempeño de la Fundación Jiménez Díaz, que se distingue con

excelentes resultados entre los hospitales de alta complejidad. Evidencia que el modelo de gestión mixta en la Comunidad de Madrid es un factor clave para reducir las listas de espera y ha posibilitado que la Fundación Jiménez Díaz se consolide como un referente de eficiencia hospitalaria y tiempos de espera reducidos, gracias a la combinación de innovación organizativa y optimización de recursos público-privados.

Medios nacionales



MADRID, 28 (SERVIMEDIA)

Los últimos datos del Servicio Madrileño de Salud (Sermas), correspondientes al mes de febrero, revelan que las listas de espera en la Comunidad de Madrid (CAM) bajaron en todos los parámetros analizados con respecto al mes anterior.

Experimentaron una reducción de los tiempos de espera, tanto en consultas externas, como en listas quirúrgicas (LEQ) y en pruebas diagnósticas. También disminuyó el número de pacientes en lista de espera estructural de 1.017.647 registrados en enero a 1.015.428 en febrero, en total 2.219 pacientes menos.

En lo que respecta a las consultas externas, la lista de espera se redujo en 6.332 personas de enero a febrero, y los tiempos de demora disminuyeron en 6,24 días, pasando de 72,06 días a 65,82.

Según los últimos registros del Sistema de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud (SISLE), correspondientes al primer semestre de 2024, la media nacional de espera para consultas externas es de 94 días; Madrid se sitúa, por tanto, 28 días por debajo de esta media.

Estos datos posicionan a la CAM, a pesar de su mayor presión asistencial, como una de las comunidades con menor demora para acceder a una cita con el especialista. En Cataluña, comunidad equiparable a Madrid en

cuanto a presión hospitalaria, un paciente debe esperar de media 98 días, lo que representa más de un mes de diferencia con respecto a Madrid.

En cuanto a los hospitales con menor demora para consultas externas, en febrero se ubicó en primer lugar entre los de alta complejidad (Grupo 3), la Fundación Jiménez Díaz con 24,83 días de espera media; seguida del Gregorio Marañón con 36,03 días; el Hospital Clínico San Carlos, 57,23 días; el Hospital 12 de Octubre, 59,04 días; el Hospital de la Princesa, 65,99 días; el Hospital Universitario Puerta de Hierro, 81,28 días, el Ramón y Cajal, 86,90 días; y el Hospital La Paz, en último lugar, con 99,42 días.

Entre los centros de media complejidad (Grupo 2) el primer lugar en menor demora para una cita con el especialista fue en febrero para el Severo Ochoa, con 53,49 días; seguido del Hospital Universitario de Móstoles, 57,08 días y del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, 58,03 días. El resto de los hospitales de media complejidad superaron los dos meses de espera para consultas externas.

CIRUGÍAS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

En lista de espera quirúrgicas (LEQ) la demora disminuyó en 2,41 días en la CAM, se situó en 46,79 (frente a 49,20 en enero). Los hospitales del Grupo 3 con menos espera para una operación fueron en primer lugar la Fundación Jiménez Díaz con 20,73 días; el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, 51,47 días; el Hospital Clínico San Carlos, 51,52 días; el Hospital Universitario, La Paz, 55,41 días y la Princesa, 56,75 días. Superaron los dos meses de espera, el Hospital Universitario Ramon y Cajal, 60,32 días; el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 63,31 días; y el Hospital Universitario 12 de Octubre, 66,08 días. En cuanto a los de media complejidad con mejor desempeño se ubicaron el Hospital Universitario General de Villalba con 13,47 días; el Hospital Universitario Rey Juan Carlos con 17,07 días y el Hospital Universitario Infanta Elena con 21,59 días.

Si comparamos estos datos con los últimos recabados por el SISLE, correspondientes al primer semestre de 2024, Madrid es la comunidad española que menor demora presenta para operaciones quirúrgicas, muy alejada, además, de la media nacional de 121 días, es decir 74,21 días menos que en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. También, y a pesar de su mayor demanda poblacional y asistencial, registra la tasa más baja de pacientes pendientes de una operación, 10,06 por cada 1.000 habitantes.

En lo que respecta a pruebas diagnósticas el tiempo medio de espera en la CAM bajó 5,29 días, pasando de 64,09 en enero a 58,80 en febrero, a pesar de que se atendió un mayor número de pacientes: 172.224 frente a los 163.677 del mes anterior. También se redujo el número de pacientes en lista de espera estructural en 2.642 de enero (194.865 pacientes) al mes de febrero (197.507).

Entre los principales hospitales de la Comunidad de Madrid, los que gestionaron con mayor eficiencia las pruebas diagnósticas en febrero fueron: el Hospital Clínico San Carlos (20,17 días), el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (27,43 días), la Fundación Jiménez Díaz (30,41 días) y el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (42,87 días). Los cuatro se situaron por debajo de la media del conjunto de hospitales de la CAM. En cambio, superaron esa media, la Princesa (59,11 días); el Hospital Universitario Ramon y Cajal (60,83 días); el Hospital Universitario 12 de Octubre (61,73 días); y por último el Hospital Universitario La Paz con 78,35 días.

En cuanto a los de media complejidad los mejores registros los presentaron el Hospital Universitario de Torrejón 12,42 días; el Hospital Universitario Infanta Elena, 20,42 días; el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, 21,44 días; el Hospital Universitario General de Villalba 26,69 días y el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 27,43 días; todos por debajo del mes de espera para pruebas diagnósticas.

El análisis de los datos por hospitales, tanto en consultas externas como en LEQ y pruebas diagnósticas, resalta el desempeño de la Fundación Jiménez Díaz, que se distingue con excelentes resultados entre los hospitales de alta complejidad. Evidencia que el modelo de gestión mixta en la Comunidad de Madrid es un factor clave para reducir las listas de espera y ha posibilitado que la Fundación Jiménez Díaz se consolide como un referente de eficiencia hospitalaria y tiempos de espera reducidos, gracias a la combinación de innovación organizativa y optimización de recursos público-privados.

Medios Especializados

Fibrosis pulmonar: así es la enfermedad sin cura de Mette-Marit

Bienestar

Fact Checked

Mettet-Marit, mujer del príncipe heredero Haakon Magnus de Noruega, tiene fibrosis pulmonar una enfermedad de los pulmones de la que actualmente no hay tratamiento para su curación pero sí hay terapias que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes. Te contamos más en la información.

Actualizado a: Miércoles, 26 Marzo, 2025 10:44:29 CET



Los datos que existen acerca de la incidencia y la prevalencia de las fibrosis son muy variables. En España, se diagnostican **7,6 casos por cada 100.000 habitantes**. siendo la más prevalente la fibrosis pulmonar idiopática, denominada así porque no tiene causa conocida. En la actualidad, se estima que en España haya entre 7.500-10.000 pacientes con esta enfermedad.

Es importante distinguir los distintos tipos de fibrosis porque el tratamiento y el pronóstico difieren. En general, las de origen desconocido tienen una **evolución peor**.

En la actualidad no existe tratamiento curativo para la fibrosis pulmonar, pero cada vez son más los enfermos que se pueden controlar mediante medicamentos, actividad física y terapia de oxígeno. La esperanza de vida de estos pacientes se ha incrementado en los últimos años.

¿Por qué aparece?

Los mecanismos que originan estas enfermedades no son iguales en el desarrollo de cada una de ellas. Como señalan los expertos del Hospital Clínico de Barcelona, “puede ocurrir sin una causa conocida, lo cual es denominado enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) idiopática, o por causas conocidas como”:

- **Enfermedades autoinmunes**. En enfermedades autoinmunes como la **artritis reumatoide**, el **lupus**, **vasculitis**, la esclerodermia…el sistema inmunitario ataca al propio sistema respiratorio.

- **Inhalación de sustancias extrañas para el cuerpo** como ciertos tipos de polvo, hongos o contacto con pájaros, que producen inflamación de los pulmones que finalmente termina en fibrosis (neumonitis por hipersensibilidad crónica).
- **Medicamentos** como sulfamidas, nitrofurantoína, amiodarona, metotrexato, algunos anticuerpos monoclonales o algunas quimioterapias como la bleomicina, que pueden inflamar inicialmente el pulmón;(neumonitis por fármacos).
- **Exposiciones laborales** (trabajar expuesto al asbesto, polvo de carbón, polvo de algodón, polvo de madera, polvo de sílice, metales duros, etc.) que provocan inflamación del pulmón y que, tras un tiempo prolongado, puede llevar a una fibrosis del pulmón.

Además, se debe tener en cuenta que fumar puede aumentar el riesgo de desarrollar alguna enfermedad intersticial difusa y puede empeorar el pronóstico de la enfermedad.

Síntomas de la enfermedad

En cuanto a los síntomas, estos son muy variables aunque sí la sensación de ahogo suele ser el denominador común en todos los pacientes. **Julio Ancochea**, jefe del Servicio de Neumología del **Hospital Universitario de La Princesa**, señala que "los primeros signos son **la fatiga** y ahogo al realizar un esfuerzo (disnea), **la tos** seca e irritativa, los cambios en las uñas de manos y pies o dedos de palillo de tambor (**acropaquia**), los sonidos crepitantes al respirar (similares al ruido que produce el velcro) y, por último, el pulmón en panel de abeja, es decir, cuando el órgano pierde su forma habitual y adopta una estructura parecida a un panal".

Otras manifestaciones son:

- Aumenta el riesgo de padecer resfriados e **infecciones pulmonares**.
- Desde el punto de vista estético, se produce una coloración azulada de la piel denominada **cianosis** y deformación de las uñas de las manos o **acropaquia**.
- Se puede producir una **pérdida de peso** involuntaria.
- **Dolor** de articulaciones y músculos.

Tratamiento y calidad de vida

Como se ha mencionado, esta enfermedad no tiene cura, pero sí hay terapia para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Teniendo esto en cuenta, el **tratamiento farmacológico** se basa en la actualidad en dos grupos de medicamentos:

- **Inmunosupresores**: corticoides, micofenolato, azatioprina, ciclofosfamida, rituximab, infliximab y tacrolimus.
- **Antifibróticos**: pirfenidona y nintedanib.

Se están investigando nuevos fármacos para combatir los síntomas de la fibrosis pulmonar y frenar su progresión.

El **tratamiento no farmacológico** ejerce una gran influencia en la calidad de vida de estos pacientes y, en algunos casos, en la progresión de la enfermedad. Se basa en medidas como la **oxigenoterapia**, la rehabilitación respiratoria, una nutrición sana y equilibrada y el **ejercicio físico** adaptado.

En algunos casos será necesario un **trasplante pulmonar**.

Medios Nacionales



El doctor Pablo Rodríguez Carnero, especialista del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario de La Princesa, centro público de la Comunidad de Madrid, ha sido premiado con el ‘Rising Star 2024’, un galardón otorgado por la Sociedad Norteamericana de Radiología que reconoce a jóvenes radiólogos que destacan por su talento y capacidad de innovación en el ámbito de la docencia.

Este premio le ha sido otorgado gracias a la elaboración del primer Plan Estratégico Docente implementado en el Hospital de La Princesa, donde se ha implicado desde los residentes, hasta los jefes de servicio.

En él, se recogen objetivos, claros y concretos, permitiendo personalizar los itinerarios formativos, con el objetivo de formar profesionales proactivos y autosuficientes.

Este proyecto, que ha supuesto una reforma profunda en el sistema de formación del centro, fue auditado por la Sociedad Europea de Radiología, que otorgó al hospital el Certificado de Excelencia ETAP, un reconocimiento con el que cuentan pocos centros en Europa y solo tres en España.

El Dr. Pablo Rodríguez es radiólogo en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital de La Princesa, dirigido por la Dra. Alfonsa Friera.

Asimismo, es miembro de la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM) y ha sido durante ocho años tutor de residentes. Recientemente ha logrado la beca editorial Albert L. Baert de la Sociedad Europea de Radiología (ESR), que solo admite dos becarios por año y que permite formar parte del equipo editorial de la revista de la ESR, una de la más importantes de Radiología en Europa.

Un Servicio equipado con la más moderna tecnología

El Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario de La Princesa, del que forma parte el Dr. Rodríguez, está equipado con la más moderna tecnología como la última Resonancia Magnética de 3 Teslas.

Todo ello le permite realizar una importante labor asistencial con 120.000 estudios de radiología convencional, unas 10.000 mamografías, 25.000 ecografías, 31.000 Tacs y 13.000 resonancias magnéticas.

Asimismo, el Servicio ha conseguido el ‘EuroSafe Imaging Star’ de la Sociedad Europea de Radiología en 2023. Este reconocimiento sitúa al Hospital de La Princesa entre los nueve centros de España con esta calificación.

Medios locales



EL DIARIO DE MADRID,

MADRID · COMUNIDAD · MUNICIPIOS · UNIVERSIDAD · OPINIÓN · CULTURA · ECONOMÍA · TECNOLOGÍA · DEPORTES

SOCIEDAD

Sanidad

Madrid reduce las listas de espera sanitarias: tiempos más cortos en operaciones y diagnósticos

Madrid ha registrado en febrero una **reducción en los tiempos de espera** para consultas externas, cirugías y pruebas diagnósticas, según los últimos datos del **Servicio Madrileño de Salud** (Sermas).

REDACCIÓN - SERVIMEDIA
28/mar/25 - 11:12**Actualizado:** 28/mar/25

La **lista de espera** estructural también experimentó un descenso, pasando de 1.017.647 pacientes en enero a 1.015.428 en febrero, una reducción de 2.219 personas.

Menos demoras en consultas externas

El número de pacientes en lista de espera para consultas externas disminuyó en 6.332 personas en febrero. Además, los tiempos de demora media bajaron 6,24 días, situándose en 65,82 días frente a los 72,06 de enero.

En comparación con los datos del Sistema de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud (SISLE) del primer semestre de 2024, Madrid se encuentra 28 días por debajo de la media nacional, que es de 94 días. En contraste con otras comunidades de alta demanda asistencial, como Cataluña, donde el tiempo de espera es de 98 días, la Comunidad de Madrid presenta mejores indicadores.

Los **hospitales con menor demora en consultas externas** dentro del grupo de alta complejidad fueron:

- Fundación Jiménez Díaz: 24,83 días.
- Hospital General Universitario Gregorio Marañón: 36,03 días.
- Hospital Clínico San Carlos: 57,23 días.

- Hospital 12 de Octubre: 59,04 días.
- Hospital de la Princesa: 65,99 días.
- Hospital Universitario Puerta de Hierro: 81,28 días.
- Hospital Universitario Ramón y Cajal: 86,90 días.
- Hospital Universitario La Paz: 99,42 días.
- Entre los hospitales de media complejidad, destacaron:
- Hospital Severo Ochoa: 53,49 días.
- Hospital Universitario de Móstoles: 57,08 días.
- Hospital Universitario Fundación Alcorcón: 58,03 días.

Reducción en tiempos de espera quirúrgica

Los tiempos de espera para una intervención quirúrgica en la Comunidad de Madrid disminuyeron en 2,41 días, situándose en 46,79 días frente a los 49,20 de enero.
La **Fundación Jiménez Díaz** encabezó el ranking de hospitales con menor tiempo de espera (20,73 días).

Otros hospitales con menor demora para cirugías fueron:

- Gregorio Marañón: 51,47 días.
- Clínico San Carlos: 51,52 días.
- La Paz: 55,41 días.
- La Princesa: 56,75 días.
- En hospitales de media complejidad, destacaron:
- Hospital Universitario General de Villalba: 13,47 días.
- Hospital Universitario Rey Juan Carlos: 17,07 días.
- Hospital Universitario Infanta Elena: 21,59 días.

Según el **SISLE**, Madrid es la comunidad con menor demora para cirugías en España, con 74,21 días menos que la media nacional de 121 días.

Menos espera en pruebas diagnósticas

El **tiempo medio de espera para pruebas diagnósticas** también disminuyó en 5,29 días, pasando de 64,09 en enero a 58,80 en febrero. A pesar del descenso en la demora, se atendieron más pacientes (172.224 en febrero frente a 163.677 en enero). Además, la lista de espera estructural también bajó en 2.642 personas.

Entre los **hospitales de alta complejidad con menor tiempo de espera para pruebas diagnósticas**, destacaron:

- Hospital Clínico San Carlos: 20,17 días.
- Hospital Universitario Puerta de Hierro: 27,43 días.
- Fundación Jiménez Díaz: 30,41 días.
- Gregorio Marañón: 42,87 días.
- Por otro lado, los hospitales con mayor demora fueron:
- Hospital de la Princesa: 59,11 días.
- Hospital Universitario Ramón y Cajal: 60,83 días.
- Hospital 12 de Octubre: 61,73 días.

- Hospital Universitario La Paz: 78,35 días.

Entre los **hospitales de media complejidad con mejores tiempos de espera** se encontraron:

- Hospital Universitario de Torrejón: 12,42 días.
- Hospital Universitario Infanta Elena: 20,42 días.
- Hospital Infantil Universitario Niño Jesús: 21,44 días.
- Hospital Universitario General de Villalba: 26,69 días.
- Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: 27,43 días.
- La Fundación Jiménez Díaz, un referente en eficiencia

El análisis de los datos resalta el desempeño de la **Fundación Jiménez Díaz**, que **lidera en tiempos de espera reducidos tanto en consultas externas, como en cirugías y pruebas diagnósticas**. Su modelo de gestión mixta, combinando innovación organizativa y optimización de recursos, se consolida como un ejemplo de eficiencia hospitalaria en la Comunidad de Madrid.

Con estos resultados, Madrid reafirma su posición como una de las comunidades autónomas con menor demora en el acceso a la atención sanitaria, a pesar de contar con una de las mayores demandas asistenciales del país.

EL INDEPENDIENTE

OPINIÓN ESPAÑA ECONOMÍA INTERNACIONAL CIENCIA SOCIEDAD GENTE DEPORTES TENDENCIAS TELEVISIÓN VIDA SANA CONVERSACIONES

MADRID

Se reducen los tiempos de espera en las listas de la Comunidad de Madrid



Se reducen los tiempos de espera en las listas de la Comunidad de Madrid | Servimedia

El Independiente

28 / 03 / 25 - 15: 22

El **Servicio Madrileño de Salud** (Sermas) ha revelado en sus últimos datos correspondientes al mes de febrero, que las **listas de espera en la Comunidad de Madrid (CAM)** bajaron en todos los parámetros analizados con respecto al mes anterior.

Experimentaron una reducción de los tiempos de espera, tanto en consultas externas, como en listas quirúrgicas (LEQ) y en pruebas diagnósticas. También disminuyó el número de pacientes en lista de espera estructural de 1.017.647 registrados en enero a 1.015.428 en febrero, en total 2.219 pacientes menos.

En lo que respecta a las consultas externas, la lista de espera se redujo en 6.332 personas de enero a febrero, y los tiempos de demora disminuyeron en 6,24 días, pasando de 72,06 días a 65,82.

Según los últimos registros del Sistema de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud (SISLE), correspondientes al primer semestre de 2024, **la media nacional de espera para consultas externas es de 94 días**; Madrid se sitúa, por tanto, 28 días por debajo de esta

Estos datos posicionan a la CAM, a pesar de su mayor presión asistencial, como una de las comunidades con menor demora para acceder a una cita con el especialista. En Cataluña, comunidad equiparable a Madrid en cuanto a presión hospitalaria, un paciente debe esperar de media 98 días, lo que representa más de un mes de diferencia con respecto a Madrid.

En cuanto a los hospitales con menor demora para consultas externas, en febrero se ubicó en primer lugar entre los de alta complejidad (Grupo 3), la Fundación Jiménez Díaz con 24,83 días de espera media; seguida del Gregorio Marañón con 36,03 días; el Hospital Clínico San Carlos, 57,23 días; el Hospital 12 de Octubre, 59,04 días; el Hospital de la Princesa, 65,99 días; el Hospital Universitario Puerta de Hierro, 81,28 días, el Ramón y Cajal, 86,90 días; y el Hospital La Paz, en último lugar, con 99,42 días.

Entre los centros de media complejidad (Grupo 2) el primer lugar en menor demora para una cita con el especialista fue en febrero para el Severo Ochoa, con 53,49 días; seguido del Hospital Universitario de Móstoles, 57,08 días y del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, 58,03 días. El resto de los hospitales de media complejidad **superaron los dos meses de espera** para consultas externas.

Cirugías y pruebas diagnósticas

En lista de espera quirúrgicas (LEQ) la demora disminuyó en 2,41 días en la CAM, se situó en 46,79 (frente a 49,20 en enero). Los hospitales del Grupo 3 con menos espera para una operación fueron en primer lugar la Fundación Jiménez Díaz con 20,73 días; el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, 51,47 días; el Hospital Clínico San Carlos, 51,52 días; el Hospital Universitario, La Paz, 55,41 días y la Princesa, 56,75 días. Superaron los dos meses de espera, el Hospital Universitario Ramon y Cajal, 60,32 días; el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 63,31 días; y el Hospital Universitario 12 de Octubre, 66,08 días. En cuanto a los de media complejidad con mejor desempeño se ubicaron el Hospital Universitario General de Villalba con 13,47 días; el Hospital Universitario Rey Juan Carlos con 17,07 días y el Hospital Universitario Infanta Elena con 21,59 días.

Si comparamos estos datos con los últimos recabados por el SISLE, correspondientes al primer semestre de 2024, Madrid es la **comunidad española que menor demora presenta** para operaciones quirúrgicas, muy alejada, además, de la media nacional de 121 días, es decir 74,21 días menos que en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. También, y a pesar de su mayor demanda poblacional y asistencial, registra la tasa más baja de pacientes pendientes de una operación, 10,06 por cada 1.000 habitantes.

En lo que respecta a pruebas diagnósticas el tiempo medio de espera en la CAM bajó 5,29 días, pasando de 64,09 en enero a 58,80 en febrero, a pesar de que se atendió un mayor número de pacientes: 172.224 frente a los 163.677 del mes anterior. También se redujo el número de pacientes en lista de espera estructural en 2.642 de enero (194.865 pacientes) al mes de febrero (197.507).

Entre los **principales hospitales de la Comunidad de Madrid**, los que gestionaron con mayor eficiencia las pruebas diagnósticas en febrero fueron: el Hospital Clínico San Carlos (20,17 días), el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (27,43 días), la Fundación Jiménez Díaz (30,41 días) y el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (42,87 días). Los cuatro se situaron por debajo de la media del conjunto de hospitales de la CAM. En cambio, superaron esa media, la Princesa (59,11 días); el Hospital Universitario Ramon y Cajal (60,83 días); el Hospital Universitario 12 de Octubre (61,73 días); y por último el Hospital Universitario La Paz con 78,35 días.

En cuanto a los de media complejidad los mejores registros los presentaron el Hospital Universitario de Torrejón 12,42 días; el Hospital Universitario Infanta Elena, 20,42 días; el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, 21,44 días; el Hospital Universitario General de Villalba 26,69 días y el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 27,43 días; todos **por debajo del mes de espera para pruebas diagnósticas.**

El análisis de los datos por hospitales, tanto en consultas externas como en LEQ y pruebas diagnósticas, resalta el desempeño de la Fundación Jiménez Díaz, que se distingue con excelentes resultados entre los hospitales de alta complejidad. Evidencia que el modelo de gestión mixta en la Comunidad de Madrid es un **factor clave para reducir las listas de espera** y ha posibilitado que la Fundación Jiménez Díaz se consolide como un referente de eficiencia hospitalaria y tiempos de espera reducidos, gracias a la combinación de innovación organizativa y optimización de recursos público-privados.

Medios nacionales

merca2

NEGOCIOS ECONOMÍA INVERSIÓN COMUNICACIÓN TECNOLOGÍA ACTUALIDAD GOSSIP SALUD ESTILO DE VIDA CONSUMO LOS MEJORES MERCA2 TV

Descienden los tiempos de las listas de espera en la sanidad madrileña



Publicidad

PorServimedia

28 marzo, 2025 10:50

Los últimos datos del Servicio Madrileño de Salud (Sermas), correspondientes al mes de febrero, revelan que las listas de espera en la Comunidad de Madrid (CAM) bajaron en todos los parámetros analizados con respecto al mes anterior.

Experimentaron una reducción de los tiempos de espera, tanto en consultas externas, como en listas quirúrgicas (LEQ) y en pruebas diagnósticas. También disminuyó el número de pacientes en lista de espera estructural de 1.017.647 registrados en enero a 1.015.428 en febrero, en total 2.219 pacientes menos.

En lo que respecta a las consultas externas, la lista de espera se redujo en 6.332 personas de enero a febrero, y los tiempos de demora disminuyeron en 6,24 días, pasando de 72,06 días a 65,82.

Según los últimos registros del Sistema de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud (SISLE), correspondientes al primer semestre de 2024, la media nacional de espera para consultas externas es de 94 días; Madrid se sitúa, por tanto, 28 días por debajo de esta media.

Estos datos posicionan a la CAM, a pesar de su mayor presión asistencial, como una de las comunidades con menor demora para acceder a una cita con el especialista. En Cataluña, comunidad equiparable a Madrid en cuanto a presión hospitalaria, un paciente debe esperar de media 98 días, lo que representa más de un mes de diferencia con respecto a Madrid.

En cuanto a los hospitales con menor demora para consultas externas, en febrero se ubicó en primer lugar entre los de alta complejidad (Grupo 3), la Fundación Jiménez Díaz con 24,83 días de espera media; seguida del Gregorio Marañón con 36,03 días; el Hospital Clínico San

Carlos, 57,23 días; el Hospital 12 de Octubre, 59,04 días; el Hospital de la Princesa, 65,99 días; el Hospital Universitario Puerta de Hierro, 81,28 días, el Ramón y Cajal, 86,90 días; y el Hospital La Paz, en último lugar, con 99,42 días.

Entre los centros de media complejidad (Grupo 2) el primer lugar en menor demora para una cita con el especialista fue en febrero para el Severo Ochoa, con 53,49 días; seguido del Hospital Universitario de Móstoles, 57,08 días y del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, 58,03 días. El resto de los hospitales de media complejidad superaron los dos meses de espera para consultas externas.

En lista de espera quirúrgicas (LEQ) la demora disminuyó en 2,41 días en la CAM, se situó en 46,79 (frente a 49,20 en enero). Los hospitales del Grupo 3 con menos espera para una operación fueron en primer lugar la Fundación Jiménez Díaz con 20,73 días; el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, 51,47 días; el Hospital Clínico San Carlos, 51,52 días; el Hospital Universitario, La Paz, 55,41 días y la Princesa, 56,75 días. Superaron los dos meses de espera, el Hospital Universitario Ramón y Cajal, 60,32 días; el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 63,31 días; y el Hospital Universitario 12 de Octubre, 66,08 días. En cuanto a los de media complejidad con mejor desempeño se ubicaron el Hospital Universitario General de Villalba con 13,47 días; el Hospital Universitario Rey Juan Carlos con 17,07 días y el Hospital Universitario Infanta Elena con 21,59 días.

Si comparamos estos datos con los últimos recabados por el SISLE, correspondientes al primer semestre de 2024, Madrid es la comunidad española que menor demora presenta para operaciones quirúrgicas, muy alejada, además, de la media nacional de 121 días, es decir 74,21 días menos que en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. También, y a pesar de su mayor demanda poblacional y asistencial, registra la tasa más baja de pacientes pendientes de una operación, 10,06 por cada 1.000 habitantes.

En lo que respecta a pruebas diagnósticas el tiempo medio de espera en la CAM bajó 5,29 días, pasando de 64,09 en enero a 58,80 en febrero, a pesar de que se atendió un mayor número de pacientes: 172.224 frente a los 163.677 del mes anterior. También se redujo el número de pacientes en lista de espera estructural en 2.642 de enero (194.865 pacientes) al mes de febrero (197.507).

Entre los principales hospitales de la Comunidad de Madrid, los que gestionaron con mayor eficiencia las pruebas diagnósticas en febrero fueron: el Hospital Clínico San Carlos (20,17 días), el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (27,43 días), la Fundación Jiménez Díaz (30,41 días) y el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (42,87 días). Los cuatro se situaron por debajo de la media del conjunto de hospitales de la CAM. En cambio, superaron esa media, la Princesa (59,11 días); el Hospital Universitario Ramón y Cajal (60,83 días); el Hospital Universitario 12 de Octubre (61,73 días); y por último el Hospital Universitario La Paz con 78,35 días.

En cuanto a los de media complejidad los mejores registros los presentaron el Hospital Universitario de Torrejón 12,42 días; el Hospital Universitario Infanta Elena, 20,42 días; el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, 21,44 días; el Hospital Universitario General de Villalba 26,69 días y el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 27,43 días; todos por debajo del mes de espera para pruebas diagnósticas.



Los últimos datos del Servicio Madrileño de Salud (Sermas), correspondientes al mes de febrero, revelan que las listas de espera en la Comunidad de Madrid (CAM) bajaron en todos los parámetros analizados con respecto al mes anterior.

Experimentaron una reducción de los tiempos de espera, tanto en consultas externas, como en listas quirúrgicas (LEQ) y en pruebas diagnósticas. También disminuyó el número de pacientes en lista de espera estructural de 1.017.647 registrados en enero a 1.015.428 en febrero, en total 2.219 pacientes menos.

En lo que respecta a las consultas externas, la lista de espera se redujo en 6.332 personas de enero a febrero, y los tiempos de demora disminuyeron en 6,24 días, pasando de 72,06 días a 65,82.

Según los últimos registros del Sistema de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud (SISLE), correspondientes al primer semestre de 2024, la media nacional de espera para consultas externas es de 94 días; Madrid se sitúa, por tanto, 28 días por debajo de esta media.

Estos datos posicionan a la CAM, a pesar de su mayor presión asistencial, como una de las comunidades con menor demora para acceder a una cita con el especialista. En Cataluña,

comunidad equiparable a Madrid en cuanto a presión hospitalaria, un paciente debe esperar de media 98 días, lo que representa más de un mes de diferencia con respecto a Madrid.

En cuanto a los hospitales con menor demora para consultas externas, en febrero se ubicó en primer lugar entre los de alta complejidad (Grupo 3), la Fundación Jiménez Díaz con 24,83 días de espera media; seguida del Gregorio Marañón con 36,03 días; el Hospital Clínico San Carlos, 57,23 días; el Hospital 12 de Octubre, 59,04 días; el Hospital de la Princesa, 65,99 días; el Hospital Universitario Puerta de Hierro, 81,28 días, el Ramón y Cajal, 86,90 días; y el Hospital La Paz, en último lugar, con 99,42 días.

Entre los centros de media complejidad (Grupo 2) el primer lugar en menor demora para una cita con el especialista fue en febrero para el Severo Ochoa, con 53,49 días; seguido del Hospital Universitario de Móstoles, 57,08 días y del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, 58,03 días. El resto de los hospitales de media complejidad superaron los dos meses de espera para consultas externas.

En lista de espera quirúrgicas (LEQ) la demora disminuyó en 2,41 días en la CAM, se situó en 46,79 (frente a 49,20 en enero). Los hospitales del Grupo 3 con menos espera para una operación fueron en primer lugar la Fundación Jiménez Díaz con 20,73 días; el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, 51,47 días; el Hospital Clínico San Carlos, 51,52 días; el Hospital Universitario, La Paz, 55,41 días y la Princesa, 56,75 días. Superaron los dos meses de espera, el Hospital Universitario Ramon y Cajal, 60,32 días; el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 63,31 días; y el Hospital Universitario 12 de Octubre, 66,08 días. En cuanto a los de media complejidad con mejor desempeño se ubicaron el Hospital Universitario General de Villalba con 13,47 días; el Hospital Universitario Rey Juan Carlos con 17,07 días y el Hospital Universitario Infanta Elena con 21,59 días.

Si comparamos estos datos con los últimos recabados por el SISLE, correspondientes al primer semestre de 2024, Madrid es la comunidad española que menor demora presenta para operaciones quirúrgicas, muy alejada, además, de la media nacional de 121 días, es decir 74,21 días menos que en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. También, y a pesar de su mayor demanda poblacional y asistencial, registra la tasa más baja de pacientes pendientes de una operación, 10,06 por cada 1.000 habitantes.

En lo que respecta a pruebas diagnósticas el tiempo medio de espera en la CAM bajó 5,29 días, pasando de 64,09 en enero a 58,80 en febrero, a pesar de que se atendió un mayor número de pacientes: 172.224 frente a los 163.677 del mes anterior. También se redujo el número de pacientes en lista de espera estructural en 2.642 de enero (194.865 pacientes) al mes de febrero (197.507).

Entre los principales hospitales de la Comunidad de Madrid, los que gestionaron con mayor eficiencia las pruebas diagnósticas en febrero fueron: el Hospital Clínico San Carlos (20,17 días), el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (27,43 días), la Fundación Jiménez Díaz (30,41 días) y el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (42,87 días). Los cuatro se situaron por debajo de la media del conjunto de hospitales de la CAM. En cambio, superaron esa media, la Princesa (59,11 días); el Hospital Universitario Ramon y Cajal (60,83 días); el Hospital Universitario 12 de Octubre (61,73 días); y por último el Hospital Universitario La Paz con 78,35 días.

En cuanto a los de media complejidad los mejores registros los presentaron el Hospital Universitario de Torrejón 12,42 días; el Hospital Universitario Infanta Elena, 20,42 días; el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, 21,44 días; el Hospital Universitario General de Villalba 26,69 días y el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 27,43 días; todos por debajo del mes de espera para pruebas diagnósticas.

El análisis de los datos por hospitales, tanto en consultas externas como en LEQ y pruebas diagnósticas, resalta el desempeño de la Fundación Jiménez Díaz, que se distingue con excelentes resultados entre los hospitales de alta complejidad. Evidencia que el modelo de gestión mixta en la Comunidad de Madrid es un factor clave para reducir las listas de espera y ha posibilitado que la Fundación Jiménez Díaz se consolide como un referente de eficiencia hospitalaria y tiempos de espera reducidos, gracias a la combinación de innovación organizativa y optimización de recursos público-privados.

Medios nacionales



Juan Marqués
29/03/2025 - 6:30

La presidenta de la AIReF, Cristina Herrero, instó a incrementar los fondos públicos para amortiguar el impacto autonómico de las medidas recomendadas. Por ello, este ente aconseja la gradualidad a la hora de incorporar el colectivo de mutualistas al SNS y condicionar esta paulatina integración al refuerzo paralelo de las capacidades del sistema público y en especial a una mejora en la situación de las listas de espera.

La AIReF reconoce así que no se puede absorber de inmediato a todos los mutualistas sin antes reforzar el SNS, pero su propuesta no garantiza los recursos necesarios para esa transición.

La incorporación de los 1,6 millones de mutualistas de modalidad privada al sistema público incrementaría las listas de espera quirúrgicas un un 7,2% más, mientras que la espera de consultas subiría un 30,1% más, aunque de forma desigual por comunidades autónomas.

Castilla y León, seguida de la Comunidad de Madrid, Aragón y Extremadura encajarían el mayor golpe en las esperas quirúrgicas. Por el contrario, Cantabria y Andalucía presentarían una menor afectación, así como las comunidades insulares que mantendrían aumentos moderados, con 0,8 pacientes más en lista de espera en Baleares y 0,7 en Canarias.

Casi 4.000 camas más

Se trata de un escenario que obligaría a las regiones a incurrir en una fuerte inversión en profesionales, en un contexto de escasez de médicos y enfermeras, además de en nuevas infraestructuras para paliar su impacto en unas listas de espera que presentan niveles más altos que antes de la pandemia.

Para gestionar esta mayor frecuentación, el sistema público necesitaría añadir 3.975 camas, lo que representa un aumento del 3,8% de su capacidad actual a nivel nacional. Se trataría del equivalente de la actividad de siete hospitales de la capacidad del Hospital de La Princesa de Madrid (564 camas).

Medios Nacionales



MAMEN LUCIO MADERUELO

Madrid - 29 MAR 2025 - 05:15 CET

Hay tantos dolores como personas que lo padecen. Es único para cada enfermo, puesto que sus umbrales son infinitos y difíciles de medir. No obstante, el impacto socioeconómico del dolor crónico (aquel que persiste o se repite en tres meses, o bien, rebasa uno tras la remisión de la causa inicial) sí puede cuantificarse y, no para bien. “Es algo que va a más, conforme aumenta la esperanza de vida. Además, lo toleramos mal porque se da por hecho

que todo es medicalizable y con solución. Y luego, se complica en casos como el de los supervivientes de cáncer o los pacientes de enfermedades raras, quienes perpetúan dolencias en un 48% y un 70%, respectivamente", comenta Concha Pérez, jefa de la Unidad del Dolor del Hospital de La Princesa (Madrid).

En febrero se conoció el informe *El impacto del dolor crónico en el bienestar social,* de Kreab y Fundación Grünenthal, entidad sin ánimos de lucro dedicada a la formación, divulgación y apoyo a la investigación en este campo. Los datos son contundentes: el valor acumulado por sus consecuencias asciende a 10,7 billones de euros, 7,3 veces el PIB español de 2023.

Más al detalle, "la pérdida de bienestar de alguien con dolor constante e intenso equivale a un valor medio per cápita de 47.900 euros anuales", reseña el estudio. Una monetización que parece lejos de reducirse. "La inequidad del sistema es brutal, de hecho, el 55% del total de los pacientes tratados en la unidad del dolor de La Princesa viene de otros centros. Ni una cuarta parte de los hospitales tiene una", declara la doctora.

Sus consecuencias generan un coste acumulado de 10,7 billones de euros, según un informe

Zury Hernández Restrepo, diagnosticada de lupus eritematoso sistémico (LES), conoce bien tal dificultad para acceder desde la atención primaria (su hospital de referencia es el Clínico de Madrid). "Llevo meses con dolores insoportables, que me limitan incluso para ir a mis citas médicas. Solo me hacen resonancias que no delatan nada y cada día sigo levantándome igual de fatal que me acuesto. Es una impotencia y una vida terrible. Y no pisaré la unidad de dolor hasta dentro de año y medio", denuncia. Sin embargo, hablamos de la primera causa de discapacidad en el mundo. "Y en España, también de absentismo laboral, sobre todo la lumbalgia", matiza Pérez. Un panorama similar al de otros países del entorno, "aunque nosotros quizás con menos unidades específicas, pero aventajados en actividad científica", añade.

Muestra

Conscientes del problema y con el objetivo de promover un enfoque más humano e integral al respecto, el 20 del mes pasado se presentaba *Pintura y dolor*, un proyecto conjunto de la Fundación Grünenthal y el Museo Nacional Thyssen-Bornemissa, que a lo largo de 13 cuadros muestra el vínculo histórico entre ambos temas. Una selección "delicada y sutil", en palabras de María Martín, quien guía un recorrido donde caben la espiritualidad y la religión, junto a curanderos, barberos, sangradores, hasta llegar a la medicina oficial y al despegue de la ciencia en siglos posteriores, "cuando ya es distinta la concepción de la enfermedad", comenta.

Un paseo que arranca con una obra del S. XIII y que "trata de emplear el arte como herramienta de sensibilización ante esta realidad, permitiendo al visitante entender mejor el sufrimiento ajeno", indica Evelio Acevedo, director gerente de la pinacoteca, a su entender desde la expresión más simbólica de la Edad Media, al realismo de Renacimiento y Barroco o ya "más subjetiva en los S. XX y S.XXI, al plasmar experiencias y traumas de los mismos artistas". Lo que se aprecia al contemplar un Goya, pues dejó trascender su propia lucha física y emocional. Igual que llaman la atención los dos retratos del barón Thyssen que, con gesto

dolorido y cierto abatimiento, cierran “esta muestra que quiere ayudar a comprender y visibilizar el dolor en todas sus dimensiones”, manifiesta Ana Martins, presidenta de la Fundación Grünenthal.

La pérdida de bienestar por este motivo supone un valor medio per cápita de 47.900 euros al año

Ni la iniciativa es novedosa ni quedará aquí. El Museo ya presentó propuestas sobre la salud mental y el cáncer de mama y Molins anticipa que “al año que viene, la fundación planteará la relación del dolor con la literatura, puesto que la idea es ampliarlo a los distintos ámbitos artísticos como instrumentos que crean conciencia social”, la denominada arteterapia, que mediante las artes plásticas busca mejorar la salud de las personas. “Son prácticas muy aconsejables porque suavizan estas situaciones, por eso promovemos campañas de pensamiento positivo e incluso, tenemos un grupo de humanización formado por pacientes”, explica Concha Pérez.

Flamenco

Y si existe un arte especialmente transformador este es el flamenco, por su expresión de sentimientos y por su capacidad para romper los estigmas, sobre todo del dolor psíquico. No es casual que, coincidiendo además en el calendario, Un lugar, espacio cultural madrileño, haya elegido inaugurar la temporada con *La Huella del flamenco*, de Carlota Pérez Castro, “una propuesta muy especial que mezcla cante, pintura, literatura y baile. Somos afortunados de tener una manifestación artística tan nuestra y a un tiempo tan universal; sinónimo a veces de dolor, pero también de alivio. Y que, en este caso, la artista explora de un modo tan original como potente”, detalla Óscar Manrique, su fundador.

Todo es bienvenido, si ayuda a canalizar aquello que aqueja, porque, junto a las medicinas, lo artístico es un bálsamo complementario.

Medios nacionales

MIDIARIO.com

BLOGS NACIONALES POLICIALES DEPORTIVAS FARÁNDULA MUNDO SALUD CUIDA EL CUARA

MUNDO

Expertos en hipertensión pulmonar buscan colaboración para mejorar tratamientos

Más de 150 expertos en hipertensión pulmonar se reunieron en Barcelona para impulsar la colaboración multidisciplinaria y mejorar los tratamientos de esta enfermedad crónica.

Publicado el: 31 de marzo del 2025, 09:27 PM

EFE: Por EFE

CORPRENSA



Más de 150 especialistas en hipertensión pulmonar han pedido en Barcelona impulsar la colaboración multidisciplinar e internacional entre médicos de distintas áreas para mejorar los tratamientos de esta enfermedad sin cura y que debilita a las personas que la sufren, además de aumentar su riesgo de mortalidad.

Los expertos se han reunido en el séptimo congreso International Meeting on Pulmonary Hypertension Clinical Treatment (IMPAHCT), organizado por la compañía farmacéutica Ferrer, que ha reunido a neumólogos y cardiólogos de casi 30 países para hablar sobre esta enfermedad que sufre un 1 % de la población.

La hipertensión pulmonar se caracteriza por cambios moleculares y anatómicos en la circulación sanguínea pulmonar, que aumentan la presión en la arteria del órgano.

Aunque no existe cura para algunos tipos de esta dolencia, los tratamientos actuales pueden mejorar la calidad de vida.

Fatiga o falta de aire, entre los síntomas de la hipertensión pulmonar

El Chief Medical Officer de Ferrer, Jorge Cúneo, ha señalado a EFE que entre los síntomas se encuentran la fatiga, la falta de aire o la dificultad para caminar, que influyen en la calidad de vida diaria del paciente: “si cargan la bolsa de la compra tienen que parar a tomar más aire”.

Además, según Cúneo, el 80 % de los pacientes se encuentran en países subdesarrollados; “entonces, esto influye todavía más, porque la sociedad no les da el apoyo o o la infraestructura que pueden tener para mejorar la calidad de vida”.



La neumóloga de la Unidad de Enfermedades Pulmonares Intersticiales Difusas del Servicio de Neumología del Hospital Universitario La Princesa de Madrid, Claudia Valenzuela. EFE

Enfoque multidisciplinar y equipo unido

La neumóloga de la Unidad de Enfermedades Pulmonares Intersticiales Difusas del Servicio de Neumología del Hospital Universitario La Princesa de Madrid, Claudia Valenzuela, ha señalado que el abordaje multidisciplinar ya es “un hecho” en muchas enfermedades pulmonares, porque “facilita un diagnóstico correcto y un manejo oportuno de los pacientes”.

En el caso de la hipertensión pulmonar sería “crucial”, ha resaltado, porque intervienen neumólogos y cardiólogos y se integran diferentes pruebas de función pulmonar y del corazón.

Además, ha indicado que últimamente también es muy importante no solo diagnosticar la enfermedad sino cubrir las emociones, el ejercicio físico, la rehabilitación, la

nutrición y los cuidados en fases avanzadas de la enfermedad, como los cuidados paliativos.

El profesor del Departamento de Ciencias Cardiovasculares y Respiratorias de la Universidad de Roma Roberto Badagliacca ha pedido un equipo que trabaje unido haciendo pruebas al mismo paciente para tener "el diagnóstico correcto".

"Cuanto antes se tenga un diagnóstico, antes se podrá iniciar el tratamiento específico para el paciente", ha resumido.

Acercarse "a cualquier actor del sistema" de la hipertensión pulmonar

El Chief Marketing & Market Access Officer de Ferrer, David Ferrando, ha explicado que la compañía busca acercarse no solo a médicos, sino también a pacientes, cuidadores "y a cualquier actor del sistema" con el fin de ayudar en cualquier fase de la enfermedad.

Medios nacionales

EL PAÍS

Madrid

SUCESOS

Un hombre de 62 años, herido grave al recibir dos disparos en Torrejón de Ardoz

Los sanitarios también atienden a una mujer de 53 años con una crisis de ansiedad



Un par de ambulancias, anoche en el lugar del suceso en la localidad madrileña de Torrejón de Ardoz.

EL PAÍS

Madrid - 22 ABR 2025 - 07:4

Un hombre de 62 años de edad ha resultado herido grave anoche al recibir dos balazos de un arma de fuego en la localidad madrileña de Torrejón de Ardoz, según informa un portavoz del 112 Emergencias Comunidad de Madrid. El Summa 112 lo ha trasladado al hospital tras atenderlo en la calle Azucenas del municipio poco antes de las once de la noche del lunes.

"El herido presenta dos heridas por arma de fuego en el muslo derecho que le han ocasionado una fractura de fémur", detalla el portavoz, para añadir que ha sido trasladado con pronóstico grave e intubado al hospital de La Princesa. Una ambulancia municipal también ha atendido a una mujer de 53 años, que ha sido trasladada con una crisis de ansiedad al Hospital de Torrejón de Ardoz con pronóstico leve. La Policía Nacional se encarga de las investigaciones en torno a lo ocurrido.

ABC Madrid

Herido grave por arma de fuego un hombre de 62 años en Torrejón de Ardoz

El varón presentaba dos heridas en el muslo derecho, lo que le ha ocasionado una fractura de fémur

Dos jóvenes en estado muy grave tras ser apuñalados con un arma blanca en el barrio madrileño de Lavapiés



Varias ambulancias en el lugar de los hechos // 112 COMUNIDAD DE MADRID

ABC
22/04/2025 a las 07:11h.

Un hombre de 62 años ha resultado herido grave por **arma de fuego** este lunes por la noche en el municipio madrileño de Torrejón de Ardoz, ha informado Emergencias 112 Comunidad de Madrid.

El varón presentaba dos heridas en el muslo derecho, lo que le ha ocasionado **una fractura de fémur**. SUMMA 112 le ha estabilizado, intubado y trasladado con pronóstico grave al Hospital de La Princesa.

Además, **una ambulancia municipal ha atendido a una mujer de 53 años por crisis de ansiedad**. Finalmente, ha sido trasladada al Hospital de Torrejón de Ardoz con pronóstico leve.

El suceso ha tenido lugar minutos antes de las once de la noche. La Policía Nacional se encarga de las investigaciones en torno a lo ocurrido.

Medios locales

MadridActual

Martes, 22 de abril de 2025

Torrejón

Un hombre de 62 años resulta gravemente herido por un disparo en Torrejón de Ardoz

ALEJANDRO MORENO | TORREJÓN DE ARDOZ | 22 ABRIL 2025 00:58
| ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN: 22 ABRIL 2025 08:43



EN P(

Un hombre de 62 años ha sufrido heridas graves por disparos en la noche de este lunes en Torrejón de Ardoz, según ha informado Emergencias 112 Comunidad de Madrid.

El afectado presentaba dos heridas en el muslo derecho, las cuales le provocaron una fractura de fémur. El equipo sanitario del **SUMMA** 112 le estabilizó, procedió a su intubación y lo trasladó con pronóstico grave al **Hospital de La Princesa**.

Por otro lado, una mujer de 53 años fue atendida por una crisis de ansiedad en el lugar y posteriormente trasladada al **Hospital de Torrejón de Ardoz**, donde quedó con pronóstico leve.

El incidente ocurrió pocos minutos antes de las **ONCE** de la noche, y la Policía Nacional se ha hecho cargo de la investigación para esclarecer lo sucedido.

Medios locales



Herido grave un hombre de 62 años por dos disparos en la pierna en Torrejón de Ardoz

22 de abril de 2025

El herido intentó atracar un establecimiento y la Policía le redujo. Fue estabilizado en el lugar y trasladado en estado grave al Hospital de La Princesa

Un hombre de 62 años resultó herido de gravedad en la noche del lunes, en torno a las once de la noche, tras recibir dos disparos en la pierna en la calle Azucenas, en Torrejón de Ardoz.

Según informó el supervisor de guardia del SUMMA 112, Luis Seoane, “poco antes de las 11 de la noche entra una llamada en el SUMMA 112 por un herido de arma de fuego en la localidad de Torrejón de Ardoz».

«A la llegada del soporte vital avanzado se encuentran con un paciente de 62 años con heridas de arma de fuego en miembro inferior derecho, además con fractura de fémur provocada por las mismas”, explicó.

El herido fue estabilizado en el lugar y trasladado en estado grave al Hospital de La Princesa.

En el mismo punto se encontraba también una mujer de 53 años, que fue atendida por una crisis de ansiedad y trasladada al Hospital de Torrejón de Ardoz.

La Policía Nacional ha abierto una investigación para esclarecer las circunstancias del suceso.

20minutos

EDICIÓN ESPAÑA

DIRECTO Los cardenales celebran hoy la primera congregación para poner fecha al funeral y al cónclave

URGENTE El Vaticano difunde la primera imagen del cuerpo del papa Francisco tras su muerte

Herido grave por arma de fuego un hombre de 62 años en Torrejón de Ardoz

MADRID EP | NOTICIA | 22.04.2025 - 09:12H

- El varón presentaba dos heridas en el muslo derecho, lo que le ha ocasionado una fractura de fémur.



Los sanitarios en el lugar del incidente. / Emergencias Madrid

Un hombre de 62 años ha resultado herido grave por arma de fuego este lunes por la noche en el municipio madrileño de Torrejón de Ardoz, ha informado Emergencias 112 Comunidad de Madrid.

El varón presentaba **dos heridas en el muslo derecho**, lo que le ha ocasionado una fractura de fémur. Summa 112 lo ha estabilizado, intubado y trasladado con pronóstico grave al Hospital de La Princesa.

Además, una ambulancia municipal **ha atendido a una mujer de 53 años por crisis de ansiedad**. Finalmente, ha sido trasladada al Hospital de Torrejón de Ardoz con pronóstico leve. El suceso tuvo lugar minutos antes de las 23.00 horas de este lunes. La Policía Nacional se encarga de las investigaciones en torno a lo ocurrido.

Medios nacionales



el Periódico de España

¿Quieres acceso a todo el contenido?

España >

Madrid

La Crónica de Alcalá · La Crónica de Pozuelo · Farmacias

SUCESOS

La Policía dispara en la pierna a un hombre que intentaba robar en un establecimiento en Torrejón de Ardoz

Los agentes dispararon al ser apuntados por el hombre tras una persecución

PUBLICIDAD

Ambulancia del Summa 112 desplazada este lunes al lugar de los hechos. / 112 COMUNIDAD DE MADRID

Héctor González
Madrid 22 ABR 2025 9:02

Un hombre ha resultado herido de gravedad este lunes por la noche tra**s recibir dos disparos en la pierna** cuando huía tra**s un intento de robo en un establecimiento** de Torrejón de Ardoz (Comunidad de Madrid), según han trasladado fuentes de la Policía Nacional.

El 112 recibió el aviso después de que el sospechoso entrase en el local amenazando a la dependienta con una pistola. Al escuchar llegar a los agentes, el hombre salió corriendo, iniciándose entonces una persecución por las calles del municipio.

Tras varios verbales, de acuerdo con el relato policial, **uno de los agentes implicados disparó al aire**, momento en el que el supuesto ladrón **se giró hacia los policías apuntándoles con su arma**. En respuesta, **los agentes abrieron fuego**, acertándole en el muslo de la pierna derecha y ocasionándole una fractura de fémur.

El hombre, un varón español de 62 años, fue **atendido en el lugar por sanitarios del SUMMA 112** que, una vez estabilizado, le t**rasladaron intubado y con pronóstico grave al Hospital de La Princesa**, según han informado fuentes del 112 Comunidad de Madrid. Además, la dependienta del establecimiento, de 53 años de edad, también tuvo que ser trasladada al Hospital de Torrejón de Ardoz por una crisis de ansiedad

La **Policía Nacional se ha hecho cargo de la investigación** para esclarecer los hechos. El suceso ha ocurrido poco antes de las **23:00 horas del lunes** en la calle Azucenas de Torrejón de Ardoz.

Medios locales



El hombre recibió dos disparos en una pierna tras intentar atracar un comercio de la calle Granados

Un hombre español de 62 años ha resultado herido grave tras recibir dos disparos de la Policía Nacional este lunes por la noche en el centro de Torrejón de Ardoz, después de intentar atracar un establecimiento ubicado en la calle Granados de la localidad.

Según han informado fuentes de la Jefatura Superior de Policía de Madrid a MiraCorredor, el suceso ocurrió **sobre las 22:45 horas en el número 16 de la citada calle,** adonde acudieron varios agentes tras recibir una alerta de la central receptora de alarmas del comercio.

El aviso advertía de que **una persona encapuchada había amenazado con un arma de fuego a la dependienta** del local. Tras el intento de atraco, el hombre huyó con el arma en la mano. A su llegada, los agentes efectuaron un disparo al aire para tratar de detenerlo.

Según el relato policial, el sospechoso **se giró y apuntó con el arma a los agentes**. Ante la amenaza y su negativa a deponer la actitud, uno de los policías disparó con su arma reglamentaria, alcanzándolo en la pierna derecha en una de las calles cercanas.

El herido, que presentaba **una fractura de fémur,** fue trasladado intubado y con pronóstico grave al Hospital de La Princesa, en Madrid, donde permanece ingresado bajo custodia policial en calidad de detenido, han indicado las mismas fuentes.

Además, **una mujer de 53 años,** la dependienta del establecimiento, fue atendida por una crisis de ansiedad y evacuada al Hospital de Torrejón por la ambulancia municipal. El arma utilizada por el atacante resultó ser simulada. La Policía Nacional continúa con la investigación.

Medios nacionales

SER

Sociedad | Sucesos

Torrejón de Ardoz: un policía dispara a un ladrón armado que amenazó a los agentes

El suceso ha ocurrido poco antes de las 23:00 horas del lunes en la calle Azucenas de Torrejón de Ardoz. El 112 intervino para asistr al herido, que fue trasladado al Hospital de La Princesa.



PUBLICIDAD

Alcalá de Henares
Un policía nacional disparó dos veces en la pierna a un presunto ladrón de 63 años que había intentado atracar una tienda de Torrejón de Ardoz y que en la huida amenazó a los agentes con un arma simulada. Los hechos ocurrieron sobre las once menos cuarto de la noche de este lunes, en el número 16 de la calle de Granados, después de que la Policía recibiera un aviso en la central de alarmas de que un hombre encapuchado estaba amenazando a la dependienta de una tienda con un arma de fuego, han informado a EFE fuentes policiales.

A la llegada de los efectivos policiales el supuesto autor de los hechos huyó con el arma en la mano haciendo caso omiso a las órdenes de los agentes, que le instaron en repetidas ocasiones a detenerse. Durante la persecución los policías llegaron a disparar al aire con el objetivo de que el sospechoso depusiera su actitud.

En ese momento, el supuesto ladrón se giró con el arma, que resultó ser simulada, en actitud amenazante, motivo por el que uno de los agentes efectuó dos disparos que impactaron en el muslo derecho del hombre, lo que le provocó una fractura de fémur por la que fue intubado y trasladado al hospital de La Princesa de Madrid. Este hombre, de nacionalidad española, fue hospitalizado en estado grave y acabó detenido.

Medios locales



PUBLICIDAD | VERSIÓN IMPRESA

EL DISTRITO

COMUNIDAD

Herido grave por arma de fuego un hombre de 62 años en Torrejón de Ardoz

- Un hombre admite que provocó un incendio tras hartarse del ruido de sus vecinos

La Policía Nacional se encarga de las investigaciones en torno a lo ocurrido

ABRIL 22, 2025 | 1:54 PM

EL DISTRITO TV

LO MÁS LEÍDO

QUÉ FUE DE AMALIA DAMONTE, LA NOVIA QUE TUVO EL PAPA...

UNA GRAN MANIFESTACIÓN CONVOCADA POR MÁS DE 100...

TRAS LA MUERTE DEL PAPA FRANCISCO, ¿QUIÉN SERÁ SU SUCESOR?

ESCÁNDALO: BEGOÑA GÓMEZ QUIERE SER DOMINICANA PARA...

¡CAREO EXPLOSIVO! EL JUEZ ENFRENTA A BEGOÑA GÓMEZ...

Un hombre de 62 años ha resultado herido grave por arma de fuego este lunes por la noche en el municipio madrileño de **Torrejón de Ardoz**, ha informado **Emergencias 112 Comunidad de Madrid**.

El individuo presentaba dos heridas en el muslo derecho, lo que le ha ocasionado una fractura de fémur. SUMMA 112 le ha estabilizado, intubado y trasladado con pronóstico grave al Hospital de La Princesa.

Además, una ambulancia municipal ha atendido a una mujer de 53 años por crisis de ansiedad. Finalmente, ha sido trasladada al Hospital de Torrejón de Ardoz con pronóstico leve.

El suceso ha tenido lugar minutos antes de las 23 horas. La Policía Nacional se encarga de las investigaciones en torno a lo ocurrido.

msn

Herido grave un atracador de 62 años en Torrejón al ser tiroteado en la pierna por un policía al que amenazó con un arma de fuego

Historia de Luis F. Durán • 11 h • 2 minutos de lectura



La Policía Nacional se ha hecho cargo de la investigación.

Un hombre de 62 años, de nacionalidad española, ha resultado herido grave este lunes por la noche al recibir dos disparos de un policía nacional en el muslo de la pierna derecha tras amenazar a un agente con un arma de fuego después de cometer un atraco en una tienda de la calle Azucenas en la localidad madrileña de Torrejón de Ardoz, según la Jefatura Superior de Policía de Madrid.

Los hechos se produjeron sobre las 23.00 horas, cuando un hombre con un arma de fuego entró encapuchado en una panadería y amenazó a la dependienta. La Policía Nacional recibió un aviso de la central de alarma de un asalto en una tienda de alimentación. Cuando los agentes llegaron al local, el hombre huyó con el arma en la mano. Los agentes iniciaron la persecución del sospechoso pidiendo que se detuviese y llegando a disparar al aire. El atracador no hizo caso, se giró y apuntó a uno de los policías que disparó dos veces a la pierna derecha del presunto delincuente en la calle Emilia Pardo Bazán.

El herido presenta dos heridas por arma de fuego en el muslo derecho que le han ocasionado una fractura de fémur. Uno de los policías locales de Torrejón realizó la primera asistencia al herido y le cortó la hemorragia con un torniquete de emergencia. Luego fue intubado y trasladado por SUMMA112 con pronóstico grave al Hospital de La Princesa.

Medios especializados



Infosalus

infosalus / **asistencia**

Un estudio constata que una terapia frente al VIH con dos fármacos mantiene una eficacia similar a otra con tres

Archivo - Imagen de recurso de una prueba de VIH. - UNICEF/UN061633/DEJONGH / UNICEF/FRANK DEJONGH

¡Cantidad de ofertas hay!
Estados Unidos desde 226 EUR Trayecto
Caribe, Centro y Sudamérica desde 249 EUR Trayecto
Compra ahora
AirEuropa Tú decides

Descubre nuevos destinos
Estados Unidos desde 225 EUR Trayecto
Caribe, Centro y Sudamérica desde 280 EUR Trayecto
¡Compra ahora!
AirEuropa Tú decides

Infosalus

Publicado: martes, 22 abril 2025 13:43
@infosalus_com

Newsletter

MADRID 22 Abr. (EUROPA PRESS) -

Un nuevo estudio refleja que una terapia frente al VIH basada en dos fármacos (dolutegravir/lamivudina) mantiene una eficacia similar a otra con tres (bictegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida fumarato) y genera menor aumento de peso, especialmente en mujeres, personas con edades entre 35 y 50 años y de etnia latinoamericana

Así se ha constatado en un estudio que ha sido presentado por integrantes de GeSIDA (Grupo de Estudio del SIDA de la SEIMC, la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica) en CROI 2025, uno de los principales encuentros científicos internacionales sobre VIH y que ha tenido lugar recientemente en San Francisco (EEUU).

Estos resultados añaden nueva información a los resultados globales del estudio 'PASO DOBLE' presentados el pasado mes de julio en IAS 2024, el encuentro de la International AIDS Society, celebrado en Munich (Alemania), donde se expusieron por vez primera los datos de este ensayo clínico aleatorizado en el que participaron 30 hospitales de diez provincias españolas.

El estudio incluyó un total de 553 personas con VIH y puso de manifiesto que, tras 48 semanas de terapia, la eficacia del cambio de tratamiento con dos fármacos no era inferior al cambio de tratamiento con tres.

Los resultados mostrados ahora en Estados Unidos son fruto de la evaluación de la eficacia de esta modificación de tratamiento y su posible impacto en el peso en distintos subgrupos según

características demográficas, clínicas y de tratamiento inicial (sexo al nacer, edad, raza/etnia, SIDA previo recuento de células CD4.

Para la realización de este subestudio se tomaron los datos recopilados de las 553 personas que participaron en el ensayo clínico, 277 que cambiaron a dos fármacos y 276 a tres fármacos.

El cambio a dos en comparación con tres mostró mejores porcentajes de supresión viral de forma significativa en los siguientes subgrupos: personas con edades de 35 a 50 años (9,6%), ser de etnia latinoamericana (11,8%) y haber tomado tenofovir (TDF) al inicio del estudio (8,2%).

Hubo una proporción significativamente menor de personas con aumento de peso por encima del 5 por ciento entre aquellas que cambiaron a dos fármacos frente a las que habían pasado a tres en los siguientes subgrupos: mujeres (-22,5%), tener una edad comprendida entre 35 y 50 años (-15,5%), ser de etnia latinoamericana (-16,9%), haber estado tomando tenofovir al inicio del estudio (-21,1%), emtricitabina (FTC) (-13%) y regímenes que contienen inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (-16,9%).

En la realización de este subestudio han participado profesionales de la Fundación SEIMC-GeSIDA, del Hospital Universitario de Bellvitge (L'Hospitalet de Llobregat), el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza) los hospitales Clinic, de la Santa Creu i Sant Pau, Vall d*Hebron y el del Mar (de Barcelona), el Hospital Reina Sofía (Murcia), el Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Badalona), los hospitales universitarios Infanta Leonor y de la Princesa, (Madrid), y el Hospital General Universitario de Elche.

Medios especializados



ConSalud.es

HOME · PROFESIONALES

Una terapia dual para el VIH, igual de eficaz que la triple y con menos impacto en el peso

Una terapia frente al VIH basada en dos fármacos mantiene una eficacia similar a otra con tres y genera menor aumento de peso, especialmente en mujeres, personas con edades entre 35 y 50 años y de etnia latinoamericana

CS REDACCIÓN CONSALUD

Un cambio en el tratamiento frente al VIH a uno basado en dos fármacos, dolutegravir/lamivudina (DTG/3TC), en adultos con carga viral suprimida ha demostrado una eficacia no inferior frente a un tratamiento con tres fármacos (bictegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida fumarato, también conocido por las siglas BIC/FTC/TAF). Además, se observó un menor incremento de peso con DTG/3TC. Esto se ha puesto especialmente de manifiesto en mujeres, personas con edades comprendidas entre los 35 y los 50 años y aquellas de origen latinoamericano.

Así se desprende de los resultados de un estudio en el que ha sido presentado por integrantes de GeSIDA (Grupo de Estudio del SIDA de la SEIMC, la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica) en CROI 2025, uno de los principales encuentros científicos internacionales sobre VIH y que ha tenido lugar recientemente en San Francisco (EE.UU).

Estos resultados añaden nueva información a los resultados globales del estudio PASO DOBLE presentados el pasado mes de julio en IAS 2024, el encuentro de la International AIDS Society, celebrado en Munich (Alemania), donde se expusieron por vez primera los datos de este ensayo clínico aleatorizado en el que participaron 30 hospitales de diez provincias españolas. El estudio incluyó un total de 553 personas con VIH y puso de manifiesto que, tras 48 semanas de terapia, la eficacia del cambio de tratamiento a DTG/3TC no era inferior al cambio de tratamiento a BIC/FTC/TAF.

Tras 48 semanas de terapia, la eficacia de DTG/3TC no fue inferior al tratamiento con BIC/FTC/TAF

Los resultados mostrados ahora en Estados Unidos son fruto de la evaluación de la eficacia de esta modificación de tratamiento y su posible impacto en el peso en distintos subgrupos según características demográficas, clínicas y de tratamiento inicial (sexo al nacer, edad, raza/etnia, SIDA previo recuento de células CD4.

Para la realización de este subestudio se tomaron los datos recopilados de las 553 personas que participaron en el ensayo clínico, 277 que cambiaron a DTG/3TC y 276 a BIC/FTC/TAF). El cambio a DTG/3TC en comparación con BIC/FTC/TAF mostró mejores porcentajes de supresión viral de forma significativa en los siguientes subgrupos: personas con edades de 35 a 50 años (9,6%), ser de etnia latinoamericana (11,8%) y haber tomado tenofovir (TDF) al inicio del estudio (8,2%).

Hubo una proporción significativamente menor de personas con aumento de peso por encima del 5% entre aquellas que cambiaron a DTG/3TC frente a las que habían pasado BIC/F/TAF en los siguientes subgrupos: mujeres (-22,5%), tener una edad comprendida entre 35 y 50 años (-15,5%), ser de etnia latinoamericana (-16,9%), haber estado tomando tenofovir al inicio del estudio (-21,1%), emtricitabina (FTC) (-13%) y regímenes que contienen inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (-16,9%).

En la realización de este subestudio han participado profesionales de la Fundación SEIMC-GeSIDA, del Hospital Universitario de Bellvitge (L'Hospitalet de Llobregat), el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza) los hospitales Clinic, de la Santa Creu i Sant Pau, Vall d´Hebron y el del Mar (de Barcelona), el Hospital Reina Sofía (Murcia), el Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Badalona), los hospitales universitarios Infanta Leonor y de la Princesa, (Madrid), y el Hospital General Universitario de Elche.

Otros medios



22 abril 2025

Sufrir una hernia inguinal o ventral es un problema común y la mayoría de las personas pueden llevar una vida relativamente normal sin cirugía, especialmente si **la hernia** no causa dolor o complicaciones. Sin embargo, en ciertos casos, el dolor intenso o el riesgo de problemas más graves pueden hacer necesaria la intervención quirúrgica.

Si bien muchos factores influyen en la **decisión de operarse**, la evaluación médica es clave para determinar si la cirugía es la opción más adecuada o si un tratamiento conservador puede ser suficiente. En cualquier caso, lo más importante es no ignorar los síntomas y consultar con un profesional que evalúe si es necesaria una intervención para evitar complicaciones futuras.

Los hospitales con menores tiempos para esta intervención

En toda España, según los últimos datos del **Sistema de Listas de Espera** (SISLE), 38.829 personas se encuentran pendientes de una operación de hernia inguinal-ventral, con una espera media de 111 días; además un porcentaje alto, el 17,7%, espera más de seis meses antes de la intervención. Sin embargo en la Comunidad de Madrid (CAM) es posible acceder a esta operación en un centro de gran complejidad como la Fundación Jiménez Díaz en tan solo 21,14 días, es decir, 93,3 días menos que la media nacional. El resto de grandes hospitales madrileños superan el mes de espera. En el Ramón y Cajal la demora es de 49,88 días; en el Hospital San Carlos, 54,08; en La Paz, 54,72; en el Gregorio Marañón, 55,03 días; y en La Princesa, 60,82 días. El 12 de Octubre y el Hospital Puerta de Hierro Majadahonda superan los dos meses de espera con 72,37 y 82,09 días, respectivamente. Aun así, todos se encuentran muy alejados de los 111 días de demora para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Una chica que sufre dolor de espalda / FREEPIK

También es posible acceder a esta operación en tiempo reducido en la CAM en algunos **hospitales de media complejidad**. Por debajo del mes de espera están el Hospital Universitario Rey Juan Carlos con 10,6 días; el Hospital Universitario General de Villalba, 13,27 días; el Hospital Universitario Severo Ochoa, 20,98 días; el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, 22,58 días; y el Hospital Central de la Defensa

Gómez Ulla, 28,5 días. Entre uno y dos meses de demora registran el Hospital Universitario de Móstoles, 43,64 días; el Hospital Universitario de Fuenlabrada, 44,96 días; el Hospital Universitario Infanta Sofía, 53,19 días; el Hospital Universitario Infanta Leonor, 55,07 días; y el Hospital Universitario de Torrejón, con 58,75 días de espera media. Alrededor de los 70 días se sitúan el Hospital Universitario Fundación Alcorcón y el Hospital Universitario de Getafe (70,91 y 73,06 respectivamente). El Hospital Universitario Príncipe de Asturias supera los 100 días de demora con 112,42 días.

Según los últimos datos del SISLE, **Madrid y el País Vasco** (ambas con 49 días) ocupan el tercer lugar en menor tiempo de espera para una operación de hernia inguinal-ventral, solo por detrás de Navarra (38 días) y la Comunidad Valenciana (47 días). Sin embargo, estas comunidades enfrentan una menor presión asistencial en comparación. En Madrid, 3.700 personas están pendientes de este procedimiento; en el País Vasco, 1.036; en la Comunidad Valenciana, 2.517; y en Navarra, 540. Las comunidades con más pacientes en lista de espera para una intervención de hernia son Andalucía, con 9.408 personas, y Cataluña, con 9.238, territorios en las que la demora asciende a 159 y 147 días, respectivamente.
Listas de espera quirúrgicas

La Comunidad de Madrid ha mejorado sus datos para **listas de espera quirúrgicas**. Según los últimos registros del SERMAS, la demora media para todo tipo de operaciones en la red hospitalaria madrileña descendió en 2,41 días en febrero y se situó en 46,79 personas (frente a 49,20 en enero). Tras el verano, la demora se ha reducido en más de 18 días en Madrid, situándose en uno de sus niveles más bajos del último año.

Madrid se consolida como la comunidad española que menor demora presenta para operaciones quirúrgicas, muy alejada de la media nacional de 121 días, **74,21 días** por debajo del conjunto del Sistema Nacional de Salud. También, y a pesar de su mayor demanda poblacional y asistencial, registra la tasa más baja de pacientes pendientes de una operación, 10,06 por cada 1000 habitantes.

Estos datos confirman la buena evolución en la **reducción de los tiempos de espera** para intervenciones quirúrgicas en la región, gracias al buen desempeño de sus hospitales, situándola muy por debajo de la media nacional. De la red hospitalaria madrileña, los centros con menos espera para una operación fueron entre los de gran complejidad la Fundación Jiménez Díaz, en primer lugar con 20,73 días; el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, con 51,47 y el Hospital Clínico San Carlos con 51,52 días. En cuanto a los de media complejidad con mejor desempeño se ubicaron el Hospital Universitario General de Villalba, 13,47 días; el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, 17,07 días y el Universitario Infanta Elena con 21,59 días.

Espera media operación de hernia - Hospitales gran complejidad:

1. Hospital Fundación Jiménez Díaz- 21,14 días
2. Hospital Universitario Ramón y Cajal- 49,88 días
3. Hospital Clínico San Carlos- 54,08 días
4. Hospital Universitario La Paz- 54,72 días
5. Hospital General Universitario Gregorio Marañón- 55,03 días
6. Hospital Universitario de La Princesa- 60,82 días
7. Hospital Universitario 12 de Octubre- 72,37 días
8. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda- 82,09

Espera media operación de hernia- Hospitales media complejidad

1. Hospital Universitario Rey Juan Carlos- 10,6 días
2. Hospital Universitario General de Villalba- 13,27 días
3. Hospital Universitario Severo Ochoa- 20,98 días
4. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús- 22,58 días
5. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla- 28,5 días
6. Hospital Universitario de Móstoles- 43,64 días
7. Hospital Universitario de Fuenlabrada- 44,96 días
8. Hospital Universitario Infanta Sofía- 53,19 días
9. Hospital Universitario Infanta Leonor- 55,07 días
10. Hospital Universitario de Torrejón- 58,75 días
11. Hospital Universitario Fundación Alcorcón- 70,91 días
12. Hospital Universitario de Getafe- 73,06 días
13. Hospital Universitario Príncipe de Asturias- 112,42 días

Medios radiofónicos

Cadena SER

Hoy por Hoy

Fecha: 18-04-2025 08:00

Duración: 00:00:36

Cinco trabajadores heridos tras el derrumbe de un falso techo en una obra del barrio de Salamanca. Investigar esta agresión. Además, continúa la investigación del accidente laboral que dejó este jueves cinco trabajadores heridos mientras reforman un local de la calle Velázquez en la capital. Se les vino encima el falso techo del inmueble y atrapó a varios de ellos. Mónica Coll es jefa de Guardia del Suma. A nuestra llegada nos encontramos con un derrumbamiento de un techo de pladur. Nos encontramos cinco pacientes SAMUR dada de alta en el lugar a un paciente y trasladada leve al 12 de octubre otro paciente. En cuanto al Summa, atendemos a tres pacientes, 1,1 dolor lumbar de 45 años que se traslada a la princesa.

Medios Radiofónicos

Onda Madrid

Noticias 14 horas

Fecha: 17-04-2025 14:15

Duración: 00:00:53

Cinco trabajadores heridos en un accidente laboral en Madrid: trabajaban en las obras de un bajo. debajo de todo el falso techo que había caído. Fuma 112. Ha atendido a las dos personas atrapadas. Un hombre de 26 años con probable fractura de rodilla izquierda y de pelvis, trasladado potencialmente grave al Hospital Clínico. Otro hombre de 33 años, con probable fractura en la rodilla izquierda, trasladado con poli contusiones y potencialmente grave al hospital de la Princesa. Además, otras tres personas han sido atendidas, aunque con.

Medios radiofónicos

Onda Madrid

MADRID DIRECTO

Fecha: 17-04-2025 18:00

Duración: 00:00:51

Dos obreros han sido rescatados tras quedar atrapados por un derrumbe en una obra en la calle Velázquez. Fueron atendidos por el SUMMA 112 y trasladados graves al Hospital Clínico y al Hospital de La Princesa.

RTVE

Telediario fin de semana

27 abril 2025

30:05-31:38”



https://www.rtve.es/play/videos/telediario-fin-de-semana/27-04-25/16556989/

Declaraciones del doctor Francisco Vega del Servicio de Alergología del Hospital de La Princesa sobre las diferencias en esta época entre resfriado y alergia.

A VIVIR QUE SON DOS DIAS CIE NCIA LIDIA

https://cadenaser.com/audio/cadenaser_avivirquesondosdias_20250427_110000_120000/

ABRIL

CATEGORIAS

- Agencias
- Medios nacionales
- Medios locales
- Medios especializados
- Medios radiofónicos
- Medios audiovisuales
- Medios institucionales
- Otros medios

Medios locales


EL DEBATE

MADRID

PORTADA COMUNIDAD CAPITAL OCIO

Un muerto y cuatro heridos en una choque entre un camión, un coche y una furgoneta en la M-832 - Emergencias Comunidad de Madrid 112

Sucesos

Un muerto y cuatro heridos en una choque entre un camión, un coche y una furgoneta en la M-832 de Madrid

→ El accidente, cuyas causas está investigando ahora la Guardia Civil de Tráfico, ha tenido lugar sobre las 7:45 horas

Europcar
Seville Aeroport
FORD FOCUS
A partir de 28 €
Seville Aeroport
MG ZS
A partir de 31 €

U**na persona ha fallecido y otras cuatro más han resultado heridas** de diversa consideración en una colisión frontal ocurrida esta mañana entre un camión, un coche y una furgoneta en la M-832, ha informado a Europa Press un portavoz de Emergencias Comunidad de Madrid 112.

El accidente, cuyas causas está investigando ahora la Guardia Civil de Tráfico, ha tenido lugar sobre las 7:45 horas de este martes en el kilómetro 2 de esta carretera autonómica, en el término municipal de **Arganda del Rey**.

Hasta el lugar han llegado los Bomberos de la Comunidad de Madrid, que han rescatado a tres personas que han quedado atrapadas entre los hierros de los vehículos, entre ellos la víctima mortal, el conductor del turismo, un hombre de **51 años** que sufrió múltiples traumatismos.

Los sanitarios del Summa 112 asistieron a las dos personas que viajaban junto al fallecido, una mujer de 50 años y otra de 60, que han resultado una herida muy grave y la otra de carácter moderada por traumatismos. Han sido trasladadas la primera en helicóptero y la segunda en ambulancia al Hospital 12 de Octubre y Gregorio Marañón de Madrid, respectivamente.

En la furgoneta viajaban dos personas de 30 y 52 años de edad, quienes han resultados uno leve y otro grave. Ambos han sido evacuados en ambulancia al Hospital de la Princesa de Madrid. El conductor del camión ha resultado ileso. La carretera ha permanecido cortada en ese tramo durante el tiempo en el que han trabajo los equipos de emergencia y mantenimiento.

Medios locales



Un hombre de 52 años ha fallecido y otras cuatro personas han resultado heridas en un accidente de tráfico ocurrido esta mañana en la carretera M-832, a la altura del kilómetro 2, en Arganda del Rey.

Según han confirmado a **Diario de Arganda** fuentes de Emergencias 112 Comunidad de Madrid, el siniestro se ha producido a las 7:43 horas de este martes tras una colisión frontal entre un camión, una furgoneta y un turismo.
El conductor del turismo ha fallecido en el acto, quedando atrapado en el interior del vehículo. Sanitarios del SUMMA 112 han certificado el deceso sin posibilidad de reanimación, tras lo cual los Bomberos de la Comunidad de Madrid han procedido a la excarcelación del cuerpo.

En el mismo vehículo viajaban dos mujeres. Una de ellas, de 60 años, ha sufrido heridas de carácter potencial y ha sido trasladada al Hospital Gregorio Marañón, mientras que la otra, de 50 años, ha sido evacuada en estado muy grave en helicóptero al Hospital Doce de Octubre.

En la furgoneta viajaban dos hombres: uno de 52 años, que ha resultado herido grave y ha sido trasladado al Hospital de La Princesa, y otro de 30 años, con heridas leves, que también ha sido ingresado en el mismo centro hospitalario.

El conductor del camión, por su parte, ha resultado ileso en el accidente.
Hasta el lugar de los hechos se han desplazado varias dotaciones de Bomberos de la Comunidad de Madrid, que han tenido que llevar a cabo tres rescates, así como efectivos del SUMMA 112.

Medios nacionales

ABC Salud

DIRECTO Arranca la campaña de declaración de la renta: todo lo que tienes que saber

→ ABC → Salud → Enfermedades

Los 10 mejores médicos intensivistas españoles elegidos por sus compañeros de especialidad

Han sido seleccionados por sus colegas de profesión en un cuestionario del Monitor de Reputación Sanitaria elaborado por Merco

Los 10 mejores reumatólogos españoles

Los 10 mejores otorrinos españoles



02/04/2025 a las 08:32h.

En ABC Salud puedes consultar cada semana a **los médicos más valorados de cada rama de la medicina en España**, elegidos por sus propios compañeros de especialidad, según el Monitor de Reputación Sanitaria (MRS) elaborado por Merco, al que ha tenido acceso en primicia este periódico.

En la primera entrega de esta serie, conocimos a los 10 mejores cardiólogos españoles elegidos por otros especialistas del corazón. Después llegó el top de los 10 mejores especialistas en Aparato Digestivo, a criterio de otros gastroenterólogos; el de los 10 mejores dermatólogos, los 10 mejores oncólogos, los 10 mejores neurólogos, los 10 mejores hematólogos, los 10 mejores endocrinos, los 10 mejores neumólogos, los 10 mejores urólogos, los 10 mejores nefrólogos, los 10 mejores oftalmólogos, los 10 mejores otorrinos, los 10 mejores anestesiólogos , los 10 mejores traumatólogos, los 10 mejores pediatras, los 10 mejores alergólogos y los 10 mejores reumatólogos. Ahora le toca el turno a **los especialistas más valorados en Medicina Intensiva**.

El MRS lleva más de 10 años evaluando la reputación de los principales actores de la sanidad española (mejores hospitales públicos y privados, servicios, empresas farmacéuticas...). En esta ocasión, completa el informe con la segunda edición del **ranking de los mejores médicos**.
Dentro del mismo cuestionario MRS, son los propios especialistas (6.060 médicos) y más de 100 responsables de empresas farmacéuticas, los que eligen a los colegas que, según su criterio, son **los mejores profesionales sanitarios en 32 especialidades médicas**.

El seguimiento y verificación de su proceso de elaboración y resultados es objeto de una revisión independiente por parte de KPMG, según la norma ISAE 3000, que publica su dictamen para cada edición. Todos los criterios de ponderación son públicos. Por sus valores éticos y metodología, es el ranking de referencia para los médicos y sociedades científicas.

Los diez más valorados en Medicina Intensiva

Los intensivistas son los médicos especialistas en el diagnóstico, tratamiento y monitorización constante de **pacientes en estado crítico**. Se centran en el cuidado de los pacientes cuya vida corre peligro ya sea por enfermedades graves, lesiones severas, politraumatismos o que se hayan sometido a una cirugía mayor.
Ofrecen atención constante especializada en todo tipo de patologías y áreas del cuerpo, por lo que su trabajo requiere una especial coordinación con el resto de áreas del hospital.

Este es el top 10 de los más valorados por sus colegas de especialidad:

1.-Ricard Ferrer Roca. Hospital Universitaria Vall d'Hebrón.
Jefe del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Vall d'Hebron, jefe de Grupo Shock, Disfunción Orgánica y Resucitación (SODIR) del Vall d'Hebron Institute of Research (VHIR) - Vall d'Hebron Institut de Recerca.

2.-Federico Gordo Vidal. Hospital Universitario del Henares.
Jefe de Unidad de Cuidados Intensivos y Cuidados Intermedios del Hospital Universitario del Henares (Coslada-Madrid) y profesor contratado doctor en el Grado de Medicina en la Universidad Francisco de Vitoria (Madrid).

3.-Álvaro Castellanos. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.
Jefe de Servicio y director del Área de Medicina Intensiva del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia, presidente de la Comisión Nacional de Medicina Intensiva y profesor asociado de prácticas de Medicina de la Universidad de Valencia.

4.-María Cruz Martín Delgado. Hospital Universitario 12 de octubre.
Jefa del Servicio de Medicina Intensiva en Hospital Universitario 12 Octubre y profesora asociada de la Universiad Complutense de Madrid.

5.-Mario Chico. Hospital Universitario 12 de Octubre.
Jefe de Sección UCI de Trauma y Emergencias en el Hospital Universitario 12 de Octubre e IP del Registro RETRAUCI de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC).

6.-José Garnacho Montero. Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Médico especialista de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla y vicepresidente de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC).

7.-Fernando Suárez Sipmann. Hospital Universitario de La Princesa.
Médico especialista del Servicio de Medicina Intensiva en el Hospital Universitario de La Princesa, profesor asociado de la Universidad Autónoma de Madrid, presidente del Comité Cientifico de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), investigador clínico docente del Department of Surgical Sciences, Section of Anesthesiology and Critical Care de la Uppsala University (Suecia).

8.-Eduardo Palencia Herrejón. Hospital Universitario Infanta Leonor.
Jefe de Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Infanta Leonor, profesor asociado del Departamento de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

9.-Jose Eugenio Guerrero. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
Jefe de servicio de UVI en Hospital General Universitario Gregorio Marañón, jefe de servicio de UVI del Grupo HM Hospitales y profesor asociado de la Universidad Complutense de Madrid.

10.-Oriol Roca Gas. Hospital de Sabadell.
Jefe del Departamento de Medicina Intensiva del Hospital Universitari de Bellvitge.

Medios especializados



El evento se centra en destacar la importancia de la colaboración internacional y del abordaje integral del paciente.

FERRER

La séptima edición del congreso *International Meeting on Pulmonary Hypertension Clinical Treatment* (IMPAHCT), impulsado por la compañía farmacéutica Ferrer, ha reunido este fin de semana en Barcelona a más de 150 expertos en neumología y cardiología de más de 30 países. El encuentro ha reafirmado el compromiso de la comunidad clínica con la colaboración multidisciplinar e internacional para mejorar el tratamiento de la hipertensión pulmonar (HP), una patología grave que afecta a 1% de la población[2], que suele presentarse acompañada de síntomas debilitantes además de un aumento del riesgo de la mortalidad.

Los expertos han establecido las prioridades en el abordaje de la hipertensión pulmonar. **Claudia Valenzuela**, neumóloga de la Unidad de Enfermedades Pulmonares Intersticiales Difusas del Servicio de Neumología del Hospital Universitario La Princesa de Madrid, ha expresado la necesidad de realizar una aproximación integral que incluya la perspectiva de distintos profesionales de la salud a la hora de tratar la HP: "*el abordaje multidisciplinar nos facilita un diagnóstico correcto y un manejo oportuno de los pacientes. En el caso de la hipertensión pulmonar, también tenemos el reto de referir a estos pacientes a centros expertos para que accedan a un diagnóstico correcto y a un manejo global*".

Por su parte, **Roberto Badagliacca**, profesor del Departmento de Ciencias Cardiovasculares y Respiratorias de la Universidad de Roma Sapienza, ha hecho hincapié en que es fundamental realizar un diagnóstico temprano ya que "*la hipertensión pulmonar es una enfermedad degenerativa y cuanto antes se diagnostique, antes se puede iniciar el tratamiento específico*".

Según **David Ferrando**, Chief Marketing & Market Acces Officer de Ferrer, "*con este séptimo IMPAHCT reafirmamos el compromiso de Ferrer con los profesionales sanitarios para cambiar la vida de las personas afectadas por la hipertensión pulmonar, así como las de sus familias y cuidadores. En línea con nuestro propósito de utilizar el negocio*

para luchar por la justicia social, trabajamos para ofrecer soluciones terapéuticas transformadoras en enfermedades raras o de baja prevalencia".

Por su lado, **Jorge Cuneo**, Chief Medical Officer de Ferrer, ha manifestado que "*a través de la formación continua, la investigación y el intercambio de buenas prácticas, buscamos impulsar soluciones innovadoras que marquen la diferencia en el tratamiento de una enfermedad tan compleja y limitante. En ese sentido, la colaboración con los profesionales de la salud es esencial para avanzar en una mejora de la práctica clínica diaria que, finalmente, repercuta en un impacto positivo en los pacientes.*"

El IMPAHCT se ha consolidado como un evento de referencia internacional en el ámbito de la hipertensión pulmonar, proporcionando un espacio para el intercambio de conocimiento y la actualización en los últimos avances terapéuticos. En este contexto, el congreso facilita la conexión entre especialistas de distintas áreas, impulsado la investigación y la implementación de nuevas estrategias para mejorar el diagnóstico y la calidad de vida de las personas que viven con esta enfermedad.

Sobre la Hipertensión Pulmonar

La hipertensión pulmonar es una condición provocada por diferentes enfermedades caracterizada por el desarrollo de cambios moleculares y anatómicos en la circulación sanguínea pulmonar, que derivan en un aumento anormal de la presión en la arteria pulmonar (> 20 mmHg)[1]. Afecta aproximadamente al 1% de la población mundial (un valor que puede llegar hasta el 10% en personas mayores de 65 años) y cerca del 80% de las personas que viven con hipertensión pulmonar reside en países en vías de desarrollo[2]. La HP se clasifica en cinco grupos diferentes, entre las causas más frecuentes, destacan las enfermedades cardíacas del lado izquierdo y pulmonares[1].

El desarrollo de la HP se asocia casi invariablemente al empeoramiento de síntomas como disnea, fatiga y tos, entre otros, y al aumento de la mortalidad, independientemente de la patología de base[1]. A pesar de que no existan curas para algunos tipos de hipertensión pulmonar, se han dado pasos importantes en términos de conocimiento, terapia y pronóstico que han cambiado la perspectiva sobre la enfermedad, por lo que el tratamiento actual puede ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas que viven con esta patología[1].

Sobre la Hipertensión Arterial Pulmonar

La hipertensión arterial pulmonar (HAP) se encuentra entre las más de 7.000 enfermedades raras y ultra-raras diagnosticadas en todo el mundo[3]. Es causada por la presión alta en las arterias pulmonares, lo que ocasiona que el lado derecho del corazón se esfuerce más de lo normal y, con el tiempo, puede provocar insuficiencia ventricular derecha y muerte prematura[1]. Se estima que en Europa afecta a entre 15 y 50 personas por cada millón de habitantes, de cualquier edad, raza, condición y sexo, y presenta una mayor prevalencia en mujeres que en hombres[1].

Sobre la hipertensión pulmonar asociada a la enfermedad pulmonar intersticial

La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) reúne a un grupo de patologías que afectan a los pulmones y se caracterizan por una marcada cicatrización o fibrosis de los bronquiolos y sacos alveolares dentro de los pulmones[4,5]. El aumento del tejido fibrótico impide la oxigenación y el intercambio libre de gases entre los capilares pulmonares y los sacos alveolares, por lo que la afectación puede manifestarse con una amplia gama de síntomas, que incluyen falta de aire durante el ejercicio, dificultad para respirar y fatiga[4,5].

La hipertensión pulmonar con frecuencia complica la evolución de los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial y se asocia a un peor estado funcional medido por la incapacidad de hacer ejercicio, mayores necesidades de oxígeno suplementario, disminución de la calidad de vida y peores resultados en salud[4,5].

Medios nacionales



- **El Hospital de La Princesa ha instalado un piano en su sala de espera bajo el lema "Humaniza con tu música La Princesa"**
- **Escuchar el piano "es un alivio" para los pacientes y acompañantes que reciben un mal diagnóstico**

En un esfuerzo por humanizar la experiencia en el hospital y aminorar el sufrimiento al que se puede enfrentar un paciente, el Hospital de La Princesa de Madrid pone en marcha el proyecto HumanizARTE. Bajo esta iniciativa, el centro sanitario ha trasladado un piano a su sala de espera, un instrumento que puede llegar a ser terapéutico y que evade a cualquiera que lo escuche.

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid presentaba el II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025 en el que se incluía el proyecto HumanizARTE del Hospital de La Princesa. Con el objetivo de “implicar a todos los profesionales para humanizar la atención sanitaria y ofrecer a los pacientes y sus familiares un entorno más humano”, el centro sanitario inaugura una serie de actividades que engloban varios ámbitos culturales.

Bajo el lema "Humaniza con tu música La Princesa”, el hospital ha instalado un piano procedente de la Fundación Piano Vius en su sala de espera. Estudiantes de Medicina como Javier Sánchez se bajan en sus descansos a tocar: “Me bajo a tocar en cuanto puedo, en cuanto tengo un momento. Entrar y salir y ver esto es un alivio”.
El piano está a libre disposición en la sala de espera

En mitad de un mal diagnóstico o en plena enfermedad, el piano puede suponer un gran consuelo: “Los pacientes es verdad que entran e igual salen con una mala noticia. Hay veces que la gente se queda sentada simplemente escuchando, solamente el escuchar el piano parece

que endulza igual un poquito ese diagnóstico", comenta Eduardo López, coordinador de Humanización del Hospital de La Princesa.

Los pacientes que entran en el centro sanitario se quedan embobados al escuchar la melodía que nace del instrumento: "He salido de una consulta médica y lo he visto, me gusta mucho". Además, "el piano está a disposición de cualquiera que quiera tocar. Aquí es espontaneo, puede tocar el que quiera cuando quiera".

Los más valientes se atreven a regalar unos minutos de felicidad a los pacientes

Vega A. Lara es una de las que ha deleitado a los más vulnerables con su talento: "Mi abuela estaba ingresada en el hospital y ella siempre ha estado muy orgullosa de cómo toco el piano. Entonces pensé que lo mismo podría regalarle unos minutitos de felicidad".
Los que se atreven a tocar no son pocos. Nuestro compañero de Noticias Cuatro, Miguel Manso, también ha querido regalar unos minutos de felicidad a cualquier paciente o acompañante que esté pasando por un mal momento.

Medioa audiovisuales

Noticias Cuatro

07/04/2025

https://www.cuatro.com/noticias/sociedad/20250407/piano-sala-espera-hospital-princesa-proyecto-humanizarte_18_015255768.html



El coordinador de Humanización del Hospital de La Princesa, el Dr. López palacios, habla del proyecto Humanizarte del centro.

Medios nacionales

elPeriódico

DIRECTO Las bolsas y el Ibex 35 rebotan tras la caída de ayer por los aranceles de Trump

NEUROLOGÍA

El tenis de mesa como terapia contra el párkinson: "Utilizamos mucho el control de la pelota"

La recién creada Fundación Red Parkinson organiza entrenamientos específicos de ping-pong adaptados a personas con la enfermedad; numerosos estudios han avalado sus beneficios



Entrenamiento en el Centro Deportivo Municipal Triángulo de Oro, en Madrid / FUNDACIÓN RED PARKINSON



Nieves Salinas

Madrid08 ABR 2025 6:01

Movilidad, equilibrio, coordinación, reflejos... son algunos de los beneficios, ya estudiados, del tenis de mesa para ralentizar el progreso del párkinson, la segunda enfermedad neurológica más común **por detrás del alzhéimer**. En Madrid, acaba de nacer la **Fundación Red Parkinson** que, precisamente, organiza entrenamientos específicos de ping-pong adaptados a personas con el trastorno. Se trata de ejercitarse. Y, también, de socializar. De integrarse. "Utilizamos mucho el control de dónde va la pelota; si va por la izquierda, si va por la derecha; si le das de revés, si le das de derecha; si viene con efecto... ; el sonido, el movimiento... Son muchos factores los que nos ayudan a rehabilitarnos. Es muy completo", describe **Javier Martínez**, a quien diagnosticaron la **enfermedad hace siete años.**

En España, el párkinson afecta **a más de 160.000 personas** y, por supuesto, a sus familias. Su incidencia aumenta año tras año. Solo en Madrid, 20.000 personas padecen la enfermedad. Partiendo del tenis de mesa, la Fundación Red Parkinson, que preside Jose Alonso, propone un modelo de actuación multidisciplinar **para combinar el deporte** y la integración de las personas afectadas por la dolencia. Los entrenamientos tienen lugar en el Centro Deportivo Municipal Triángulo de Oro donde, explica Alonso, se trabaja mucho lo deportivo pero, además, se realiza **una enorme labor social** con, por ejemplo, niños con sordera.

Los beneficios

Alonso revela que, a día de hoy, ya son innegables los efectos beneficiosos del tenis de mesa y el deporte para los afectados. Son varios los estudios que ponen de manifiesto la bonanza de la disciplina en las personas que padecen la enfermedad: actúa sobre **sus habilidades motoras y cognitivas,** porque les obliga a movimientos sistemáticos y repetitivos con los que fortalecen los músculos, disminuyendo su rigidez y aumentando la coordinación. Al mismo tiempo, seguir el juego de forma rápida y continua **mejora la concentración, la memoria y el equilibrio.**

Entre las investigaciones más recientes la que, en octubre de 2024, comenzó el madrileño Hospital de La Princesa, a través de la **Unidad de Trastornos del Movimiento** de su Servicio de Neurología. Se trata del primer estudio en España, denominado *Pimpón Park*, para evaluar cómo la práctica del tenis de mesa puede mejorar la calidad de vida. Contará con la participación de 24 pacientes que realizarán dos sesiones **de ejercicio semanal** durante seis meses, guiadas por profesionales sanitarios y un entrenador especializado.

Juego continuo

En el aspecto deportivo y técnico, la iniciativa que ha desarrollado la Fundación Red Parkinson cuenta con la colaboración del Club **Distrito 20 Tenis de Mesa**. Su presidente, **Federico Drago**, que es a la vez entrenador y patrono de la fundación, destaca que las mejoras que experimentan los enfermos se ven con el tiempo y, además, que se sientan parte de un grupo o equipo hace que tengan más ilusión por implicarse y participar. "A nivel de ejercicio, es importante que el jugador pueda desarrollar un juego continuo y es fundamental mantener la bola en juego para obtener beneficios", precisa.

La depresión y encerrarse en casa es muy común en los enfermos. Con esto salen, socializan, hacen grupos, derivan a otras actividades... viene fenomenal para todos ellos
Jose Alonso, presidente de la Fundación Red Parkinson

Pero, además, el tenis de mesa viene "muy bien a nivel psicológico, **porque la depresión** y encerrarse en casa es muy común en los enfermos. Con esto salen, socializan, hacen grupos, derivan a otras actividades... viene fenomenal para todos ellos. Es muy bonito", apunta por su lado el presidente de la entidad.

Un éxito

La iniciativa está siendo todo un éxito. La entidad no tiene ánimo de lucro y su presidente explica que ponen a disposición de los participantes **el material necesario**, las instalaciones y, lo más importante, un equipo de monitores especialmente sensibilizados con el párkinson que les ayudan en todo momento. **También abre sus puertas a voluntarios** dispuestos a aportar su grano de arena.

Ya se han apuntado, para mostrar su maestría, deportistas de la talla de **Francisco Quiñones** que, en 2024, en Maizières-lès-Metz, Francia, donde tuvo lugar el **Campeonato del Mundo para personas con Parkinson**, se proclamó campeón en la clase 2 o el periodista Javier Pérez de Alberiz, otro referente en el deporte nacional, que en diferentes ocasiones ha revelado que el tenis de mesa le salvó la vida.

Jose Alonso vuelve a recordar que existen numerosos estudios que avalan las bondades del tenis de mesa en la enfermedad desde hace casi una década. Y que existen importantes clubes distribuidos por todo el mundo. "Por ejemplo, en Estados Unidos, hay una asociación brutal que se llama ***Ping Pong Parkinson,*** que es impresionante. Nuestro sueño es llegar a eso. Y luego, en Alemania y Francia, **hay unos clubes potentísimos**", cuenta.

El párkinson de Javier

Si se le pregunta a quien vive la enfermedad qué tiene el ping-pong para hacerlo tan valioso, responde contundente **Javier Martínez 'Miki',** justo antes de llegar al entrenamiento: "Es muy completo". Lo cuenta alguien que siempre ha sido muy deportista: de la marcha nórdica a montar en bicicleta -"ahora ya no porque tengo el equilibrio fatal", confiesa- pasando **por la escalada de montaña o el running.**

"Lo que pasa es que ahora no hago casi nada porque, evidentemente, la movilidad no es la misma", advierte. Esas ganas de ejercitarse le han vuelto con el tenis de mesa. "Llevo poco tiempo, pero me está dando muchas cosas. Cuando ya llevas 7 años con la enfermedad, te das cuenta de cuáles son tus carencias. Es muy completo, porque nosotros tenemos problemas cognitivos y motores. Y aquí trabajamos mucho los dos temas".

A Javier le diagnosticaron párkinson en junio del 2018, con 54 años. "Es una enfermedad que consideramos para gente mayor y **hay un 6% de la población** con menos de 55 años que la tiene **de inicio temprano**", recuerda. También que fue en aquella fecha cuando se le puso nombre a esa anosmia (falta de olfato) que llevaba padeciendo desde hace años y que es uno de los síntomas de la dolencia.

Los síntomas

"Siempre pensé que no tendría nada que ver con una enfermedad neurológica. Vas al neurólogo cuando ya los síntomas son demasiado evidentes y tienes problemas", sostiene. "Entonces tienes que aceptar que tu vida ya no es la misma, que tú no eres el mismo, pero que no por eso vas a dejar de ser feliz, ¿no?. Una vez que lo aceptas, **la enfermedad cambia**", añade.

"Todos los neurólogos y todos los científicos; las personas que hablan e investigan y tratan las enfermedades neurológicas como el párkinson dicen que, aparte del tratamiento farmacológico, el mejor tratamiento que hay es el físico, hacer ejercicio y la alimentación. Pues yo añadiría la socialización. Socializar es súper importante. No encerrarse en uno mismo, en la familia, en casa. Hay gente que tiene problemas, incluso, al decir en su trabajo que tiene esta enfermedad", concluye Martínez que ha estado 36 años conduciendo una UVI móvil en el 112 y **también ha sido docente** hasta su jubilación, en 2021 porque físicamente "ya no estaba a la altura".

Medios audiovisuales

La 1

Mañaneros

Fecha: 07-04-2025 13:33

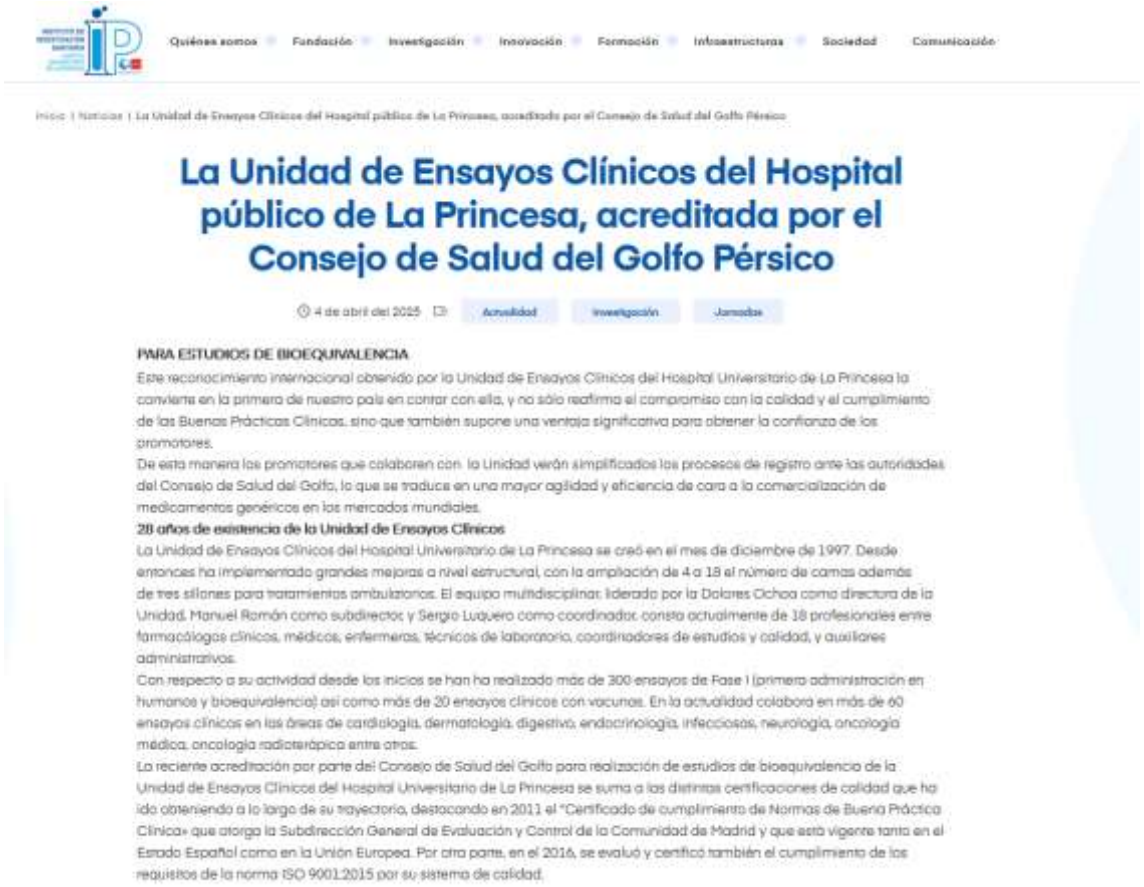
Duración: 00:06:49

https://www.rtve.es/play/videos/mananeros/programa-390/16524715/



El Dr. Borja Quiroga, nefrólogo del Hospital de La Princesa aclara la cantidad que hemos de beber de agua, según el sudor y la respiración.

Medios institucionales



Quiénes somos Fundación Investigación Innovación Formación Infraestructuras Sociedad Comunicación

Inicio | Noticias | La Unidad de Ensayos Clínicos del Hospital público de La Princesa, acreditada por el Consejo de Salud del Golfo Pérsico

La Unidad de Ensayos Clínicos del Hospital público de La Princesa, acreditada por el Consejo de Salud del Golfo Pérsico

4 de abril del 2025 Actualidad Investigación Jornadas

PARA ESTUDIOS DE BIOEQUIVALENCIA

Este reconocimiento internacional obtenido por la Unidad de Ensayos Clínicos del Hospital Universitario de La Princesa la convierte en la primera de nuestro país en contar con ella, y no sólo reafirma el compromiso con la calidad y el cumplimiento de las Buenas Prácticas Clínicas, sino que también supone una ventaja significativa para obtener la confianza de los promotores.

De esta manera los promotores que colaboren con la Unidad verán simplificados los procesos de registro ante las autoridades del Consejo de Salud del Golfo, lo que se traduce en una mayor agilidad y eficiencia de cara a la comercialización de medicamentos genéricos en los mercados mundiales.

28 años de existencia de la Unidad de Ensayos Clínicos

La Unidad de Ensayos Clínicos del Hospital Universitario de La Princesa se creó en el mes de diciembre de 1997. Desde entonces ha implementado grandes mejoras a nivel estructural, con la ampliación de 4 a 18 el número de camas además de tres sillones para tratamientos ambulatorios. El equipo multidisciplinar, liderado por la Dolores Ochoa como directora de la Unidad, Manuel Román como subdirector y Sergio Luquero como coordinador, consta actualmente de 18 profesionales entre farmacólogos clínicos, médicos, enfermeros, técnicos de laboratorio, coordinadores de estudios y calidad, y auxiliares administrativos.

Con respecto a su actividad desde los inicios se han ha realizado más de 300 ensayos de Fase I (primera administración en humanos y bioequivalencia) así como más de 20 ensayos clínicos con vacunas. En la actualidad colabora en más de 60 ensayos clínicos en las áreas de cardiología, dermatología, digestivo, endocrinología, infecciosas, neurología, oncología médica, oncología radioterápica entre otras.

La reciente acreditación por parte del Consejo de Salud del Golfo para realización de estudios de bioequivalencia de la Unidad de Ensayos Clínicos del Hospital Universitario de La Princesa se suma a las distintas certificaciones de calidad que ha ido obteniendo a lo largo de su trayectoria, destacando en 2011 el "Certificado de cumplimiento de Normas de Buena Práctica Clínica» que otorga la Subdirección General de Evaluación y Control de la Comunidad de Madrid y que está vigente tanto en el Estado Español como en la Unión Europea. Por otra parte, en el 2016, se evaluó y certificó también el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 por su sistema de calidad.

Medios especializados



Infosalus

Infosalus / asistencia

Forbes publica la octava edición de su lista de 'Los 100 mejores médicos de España'

¡Por fin el coche perfecto para ti!
AUTOHERO
Encuentra tu coche

Infosalus

Newsletter

MADRID, 4 Abr. (EUROPA PRESS) -

Forbes ha publicado este viernes la octava edición de su lista de 'Los 100 mejores médicos de España', con los profesionales más influyentes y reconocidos del panorama sanitario nacional público y privado en 26 especialidades médico-quirúrgicas de más de 60 instituciones:

- **Alergología:** Dra. Ana Pérez Montero, jefa del Servicio de Alergología del Hospital Universitario Quirónsalud Madrid; Dr. Joaquín Sastre Domínguez, jefe del Servicio de Alergia de la Fundación Jiménez Díaz; y Dra. Carmen Vidal Pan, jefa del Servicio de Alergias del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

- **Angiología y Cirugía Vascular:** Dr. Pablo Gallo González, quien dirige la Unidad de Angiología y Patología Vascular del madrileño Hospital Ruber Internacional.

- **Cardiología:** Dr. José Ángel Cabrera, jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Quirónsalud Madrid y de la Unidad de Cardiología del Hospital Universitario Ruber Juan Bravo y del Hospital Quirónsalud San José; Dr. José María de la Torre, jefe de la Unidad de Cardiología Intervencionista del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander; Dr. Antonio Berruezo Sánchez, director del Departamento de Arritmias y de Investigación del Instituto del Corazón Quirónsalud Teknon; Dr. Borja Ibáñez Cabeza, director de Investigación Clínica del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC) y cardiólogo intervencionista en la Fundación Jiménez Díaz; Dra. Marta Sitges, directora del Instituto Cardiovascular del Hospital Clínic de Barcelona; Dr. Carlos Macaya, jefe de la Unidad de Cardiología Intervencionista del Servicio de Cardiología del Hospital Nuestra Señora del Rosario; y Dr. José Luis Zamorano Gómez, jefe del Servicio del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

- **Cirugía Cardiaca y Cardiovascular:** Dr. Gonzalo Aldámiz-Echevarría del Castillo, coordinador del servicio de Cirugía Cardiaca del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz y del Hospital Quirónsalud Albacete; Dr. Alberto Forteza Gil, jefe del Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Puerta de Hierro y jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Universitario Quirónsalud Madrid; Dr. José Enrique Rodríguez Hernández, jefe de la Unidad de Cirugía Cardíaca del Hospital Ruber Internacional y del Universitario La Zarzuela; Dra. Manuela Camino López, jefa de Unidad de Trasplante Cardíaco Infantil en el centro madrileño Gregorio Marañón; Dr. Xavier Ruyra Baliarda, jefe de Servicio del Instituto del Corazón Teknon y preside el Servicio de Cirugía Cardiovascular en el Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona.

- **Cirugía General y del Aparato Digestivo:** Dr. Antonio de Lacy Fortuny, que desarrolla su actividad en la Clínica Rotger y dirige el Instituto Quirúrgico Lacy del Hospital Quirónsalud Barcelona; el Dr. Damián García-Olmo, jefe de Departamento de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Cuello y Mama de la Fundación Jiménez Díaz; el Dr. Salvador Morales Conde, jefe de la Unidad de Innovación en Cirugía Mínimamente Invasiva, Esófago-Gástrica y Cirugía Bariátrica y Metabólica del Servicio de Cirugía del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla; el Dr. Emilio Vicente, director del Servicio de Cirugía General en el Hospital Universitario Madrid San Chinarro, y la Dra. Elena Martín Pérez, jefa del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario La Princesa.

- **Cirugía Maxilofacial:** Dr. Juan Rey Biel, jefe de Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

Medios especializados



ConSalud.es

El talento docente español conquista EE.UU.: Pablo Rodríguez, premio 'Rising Star' en Radiología

Entrevistamos al radiólogo del Hospital de La Princesa Pablo Rodríguez Carnero, ganador del premio 'Rising Star' por su Plan Estratégico Docente para los MIR de la especialidad

MANUEL GAMARRA

El premio 'Rising Star', un galardón que otorga cada año la Sociedad Norteamericana de Radiología para reconocer el "talento" y la "capacidad de innovación" en el ámbito de la docencia de los jóvenes radiólogos, tiene sabor español en 2025. Pablo Rodríguez Carnero, miembro del servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario de La Princesa, ha sido uno de los tres radiólogos extranjeros agraciados, gracias a la elaboración del primer Plan Estratégico Docente para residentes que ha sido implementado en el hospital madrileño.

"Estoy muy contento y orgulloso, porque es una sociedad prestigiosa y el reconocimiento a tu trabajo siempre está bien, pero creo que no solo me premia a mí. Reconoce también el esfuerzo colectivo en unos proyectos que no son individuales míos, sino que tienen a mucha gente involucrada", asegura el doctor en una entrevista concedida a ConSalud.es, en la que recuerda que el tutor de residentes no solo ha de ejercer como "mentor" del joven médico, sino que también es una figura de gestión y de coordinación del programa educativo.

Por eso, explica, cuando entró como tutor a La Princesa -cargo que dejó en 2023-, se puso como meta "darle una vuelta" al sistema educativo de su especialidad, "aprovechando todo lo que existía, mejorando lo que se podía mejorar y explorando vías para seguir creciendo". Fue así como vio la luz el citado Plan Estratégico Docente del hospital, que recoge la "estrategia a llevar", el "lugar al que queremos llegar" y trata de responder a las preguntas: "¿Qué tipo de especialista queremos formar?" y "¿cómo queremos que salgan los residentes formados de este hospital?".

"Reconoce el esfuerzo colectivo en unos proyectos que no son individuales míos, sino que tienen a mucha gente involucrada"

Su respuesta a ambas cuestiones, indica el especialista, fue la de formar a residentes "autónomos", que fuesen críticos, activos, "y que en el día de mañana tuviesen herramientas para funcionar solos, de manera independiente". "Tienes que tener muy claro qué tipo de personas quieres formar. Está claro que cada persona es un mundo, somos únicos, pero al final todo tiene una esencia", afirma Rodríguez Carnero, quien, a raíz de esta conclusión a la que llegó con su equipo, pudo empezar a diseñar el programa que funciona actualmente.

"Tienes que adherirte a lo que marca el plan formativo del Ministerio de Sanidad, que recoge las características mínimas que debería tener la formación de un radiólogo en España, pero, a partir de esas características, lo que hicimos fue adaptar el plan a nuestra realidad, complementándolo y mejorándolo. Tampoco hemos descubierto la pólvora, hemos ido juntando lo que funciona, y, con algo de imaginación y creatividad, sacado lo mejor de cada casa", explica el radiólogo del Hospital de La Princesa, uno de los más grandes de Madrid.

Una cosa tenían clara: en el desarrollo del plan debían involucrar a todos los actores implicados en la formación, algo clave para que la especialización del residente sea completa. "Esto es como el eslogan de 'Hacienda somos todos'. La formación no somos solo los tutores, la formación es el servicio entero, y siempre tuvimos claro que había que remar en la misma dirección. Si cada uno estaba en una cosa, esto no iba a ir a ningún lado", apunta el doctor, quien incide también en las vías de formación "no habituales" que han ido explorando.

"De nada vale que seas muy bueno técnicamente si luego no actúas éticamente o no eres un buen profesional"

"Un médico no debe formarse solo en habilidades o conocimientos puramente técnicos, que es lo principal. Debemos formar profesionales que actúen como tales, porque de nada vale que seas muy bueno técnicamente si luego no actúas éticamente o no eres un buen profesional. También hemos buscado vías de formación contra el racismo, que es un área que está poco explorada, y en comunicación, para hablar mejor en público y comunicar mejor a otras personas. Creíamos que profesionales de otras áreas nos podían ofrecer herramientas muy útiles fuera de nuestra zona de confort habitual", destaca Rodríguez Carnero.

ÚNICO HOSPITAL CON EXAMEN

De esta manera, y aunque sin descuidar la formación general, abrieron la puerta a la hiperspecialización en el cuarto año de residencia, "para que cada individuo pueda diseñar el final de su formación en función de sus intereses personales". También lograron acuerdos con entidades que creían que podían ser interesantes, como la Sociedad Europea de Radiología, que audita su sistema de formación y les da una acreditación y a través de la cual les aceptaron como centro para hacer el examen europeo de la especialidad. Desde entonces, lo utilizan a modo de "examen final de residencia", siendo el único hospital de España que lo tiene.

"Hace unos años decidimos que no estaría mal que, aparte de las evaluaciones de cada rotación y de las entrevistas individuales con cada residente, añadiésemos un examen teórico objetivo. No una cosa categórica, sino un complemento más", comenta el especialista. Cada sección del Servicio de Radiología de La Princesa elabora un "mini examen" para evaluar los "conocimientos básicos" que han de de haber adquirido los residentes durante sus cuatro años de formación, sin ser, insiste Rodríguez Carnero, algo vinculante "ni obligatorio" para obtener el título de especialista; básicamente, porque en nuestro país no existe algo así. "Sirve para detectar los fallos de un residente en particular, ver qué ha pasado, o, si de repente todos sacan peores notas en un área específica, abordar por qué puede ser", sentencia.

Medios especializados



La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) ha presentado en una sesión webinar el documento 'Adaptación del Modelo de Atención Farmacéutica CMO en pacientes con Esclerosis Múltiple' dentro de su proyecto MAPEX (Mapa estratégico de Atención farmacéutica al Paciente EXterno). En el proyecto han participado 19 farmacéuticos especialistas de centros hospitalarios de toda España. Esta sesión y la elaboración del documento han contado con la colaboración de Biogen, Johnson&Johnson, Merck, Novartis y Roche.

En la presentación de la sesión participaron **Ramón Morillo**, Farmacéutico del Hospital Ntra. Señora de Valme en Sevilla y Coordinador de MAPEX, y **Pilar Díaz**, Farmacéutica del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria de Santa Cruz de Tenerife y miembro del grupo de trabajo GEAFEN de la SEFH.

Ramón Morillo declaró que como coordinador del proyecto, "estoy convencido de que la adaptación de nuestra metodología de atención farmacéutica para el paciente con esclerosis múltiple (EM) constituye un avance estratégico fundamental, ya que impulsa la personalización de la asistencia, homogeniza actuaciones y fortalece nuestra aportación a este perfil de pacientes, generando un impacto directo en la calidad de vida y para el sistema sanitario. Desde la perspectiva de MAPEX, esta iniciativa responde a la priorización establecida para el periodo 2024-2027 y es solo el principio, puesto que la clave es seguir avanzando para difundir el documento, formar a los compañeros y generar evidencias de su utilidad a partir de proyectos de investigación".

Por su parte, **Ángel Arévalo**, Coordinador del grupo GEAFEN, se congratuló por la publicación de la guía de adaptación del modelo CMO a EM, "porque es una guía única en nuestro entorno que nos va a permitir optimizar, sistematizar y estandarizar la atención farmacéutica a los pacientes con una enfermedad de

curso tan variable como la EM adaptando dicha atención a las necesidades y características de cada paciente“

Capacidad, Motivación y Oportunidad

El webinar, al igual que el documento y el modelo CMO se estructuró en los tres bloques vertebradores del model (Capacidad, Motivación, Oportunidad) a cargo, respectivamente, de **Marco Navarro** del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario de Canarias en Santa Cruz de Tenerife; **José Maria Serra** del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario La Princesa en Madrid; y **Francisco Toja** del Servicio de Farmacia del Hospital Clínico Universitario de Santiago.

Francisco Toja, explicó que, “la Atención Farmacéutica dual en Esclerosis Múltiple permite mejorar el seguimiento de los pacientes al integrar el uso de aplicaciones móviles para registrar síntomas, adherencia y calidad de vida. Estas herramientas optimizan la toma de decisiones clínicas y reducen la necesidad de desplazamientos innecesarios. Sin embargo, la brecha digital dificulta su implantación, ya que no todos los pacientes tienen acceso o conocimientos suficientes para utilizarlas. Es imprescindible desarrollar estrategias de capacitación y accesibilidad que aseguren que todos los pacientes puedan beneficiarse de una atención más eficiente, personalizada y adaptada a sus necesidades“.

La adaptación del modelo CMO a la atención de pacientes con EM permite abordar esta complejidad mediante una Atención Farmacéutica más personalizada y centrada en los pacientes. Este enfoque tiene como objetivos facilitar una mejor prevención de recaídas, la optimización del tratamiento y una mayor adherencia, adaptando las intervenciones terapéuticas a las necesidades específicas de cada paciente, lo que contribuirá a mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de los pacientes.

Medios nacionales



Apnea del sueño / FREEPIK

Mercedes Fernández - Colaboradora

04 de abril 2025 - 07:45

La **apnea del sueño** es un trastorno respiratorio que interrumpe la respiración de manera repetida mientras la persona duerme. Se trata de una **afección grave** que, si no se trata, puede tener consecuencias significativas en la salud del paciente. Esta condición **afecta a la calidad del sueño y puede derivar en problemas cardiovasculares, metabólicos y neurológicos**. En este sentido, un nuevo estudio **liderado por el doctor Julio Ancochea**, jefe del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa, profesor Titular en el departamento de Medicina de la UAM, y director de la Cátedra UAM-Linde 'Innovación en la gestión integral del enfermo respiratorio crónico', y que cuenta con la participación de hospitales de referencia especializados en el tratamiento de esta patología respiratoria a nivel nacional ha dado como resultado que esta herramienta marcará la diferencia en mejorar la calidad de vida de los pacientes y las consecuencias que produce esta enfermedad.

"La **AOS** es una enfermedad crónica que **produce colapso de la vía aérea durante el sueño** con consecuencias como somnolencia diurna, reducción del rendimiento, hipertensión arterial etc. y un mayor riesgo de accidentalidad deteriorando gravemente la calidad de vida", manifiesta el doctor y continúa explicando, "el **tratamiento es la CPAP** a través de mascarilla, pero presenta un elevado incumplimiento por parte de los pacientes disminuyendo sus beneficios". Y así es como surge **AIRGENIOUS™**, la primera herramienta algorítmica basada en **Inteligencia Artificial** que predice la adherencia en pacientes con Apnea Obstructiva del Sueño (AOS).

A través de una investigación coordinada por especialistas en neumología y salud respiratoria, como el doctor **Enrique Zamora García**, coordinador de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Universitario de La Princesa (Madrid) y el doctor **Pedro Landete**, profesor asociado de Medicina en la Universidad Autónoma de Madrid y miembro del Servicio de Neumología del Instituto de Investigación La Princesa (IIS Princesa).

Podría transformar el abordaje de la apnea del sueño

Este estudio representa un paso adelante en **la atención a los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas**. La incorporación de la inteligencia artificial en el seguimiento y tratamiento de la apnea obstructiva del sueño podría transformar el abordaje de esta patología, **optimizando la eficacia de la CPAP y reduciendo los abandonos terapéuticos.** "Para validar el uso de esta herramienta, hemos desarrollado desde Linde junto a la Catedra UAM- Linde 'Innovación en la gestión integral del enfermo respiratorio crónico', un estudio multicéntrico con **644 pacientes**, en el que participan 13 hospitales nacionales con investigadores de primer nivel en el área de los trastornos del sueño", apunta Julio Ancochea.

AIRGENIOUS™ es una **herramienta innovadora e integral** que utiliza tecnología avanzada y una atención personalizada y humanizada para mejorar la calidad de vida de los pacientes con AOS. Hasta el momento, los estudios llevados a cabo tanto en Francia, Portugal y actualmente en España, se han realizado con pacientes con AOS, donde la apnea es de predominio obstructivo y uno de los **trastornos del sueño más prevalentes de la sociedad**.

"Gracias a la IA, AIRGENIOUS™ nos permite, como empresa de servicio de terapias respiratorias a domicilio, anticiparnos a los abandonos y **tomar medidas proactivas y personalizadas para garantizar un mejor cumplimiento del tratamiento**". Según esta nueva tecnología, estos pacientes son tratados con un dispositivo de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) en casa, a través del cual experimentan episodios de disminución del cumplimiento.

Tipos de apnea del sueño

Existen tres tipos principales de apnea del sueño que son:

1. **Apnea obstructiva del sueño (AOS):** Es la forma más común y ocurre cuando los músculos de la garganta se relajan en exceso, bloqueando el paso del aire.
2. **Apnea central del sueño (ACS):** En este caso, el cerebro no envía las señales adecuadas a los músculos encargados de la respiración, causando pausas respiratorias.
3. **Apnea mixta o compleja:** Es una combinación de la apnea obstructiva y la central.

El principal problema del tratamiento mediante CPAP es el bajo cumplimiento al desparecer los beneficios que esta terapia produce. "Se ha demostrado que una correcta adherencia al tratamiento con CPAP, **mejora los síntomas relacionados** con la AOS**,** como la somnolencia diurna, el cansancio o la hipertensión arterial, entre otros, dando como resultado una **mejor calidad de vida de los pacientes**, así como una disminución de accidentes relacionados con la falta de calidad de sueño", manifiesta Julio Ancochea.

Problemas y complicaciones asociadas

La **apnea del sueño** puede generar diversos problemas en la salud del paciente. Las interrupciones del sueño impiden un descanso reparador, causando cansancio extremo y problemas de concentración. Por otra parte, la falta de oxígeno y el estrés que sufre el cuerpo pueden **aumentar la presión arterial, incrementando el riesgo de enfermedades cardiovasculares**, además, las personas con apnea del sueño tienen mayor probabilidad de sufrir un ictus debido a la reducción de oxígeno en la sangre.

La alteración del sueño puede **afectar el estado de ánimo** y contribuir al desarrollo de trastornos psicológicos y con resistencia a la insulina, obesidad y diabetes tipo 2. La somnolencia excesiva puede provocar accidentes de tráfico o laborales debido a la falta de concentración y reflejos disminuidos.

Tratamientos disponibles

El tratamiento de la apnea del sueño depende de su gravedad y la causa subyacente. Hasta ahora las opciones barajadas de tratamiento son los dispositivos orgales, la cirugía en casos más graves o cuando los otros tratamientos no función y la **terapia con CPAP (Presión Positiva Continua en la Vía Aérea)** que es el tratamiento más efectivo para la apnea obstructiva del sueño. Consiste en una máscara que proporciona aire a presión para mantener abiertas las vías respiratorias.

En nuestro país, esta investigación de referencia en el campo de la neumología busca **validar el uso de la IA como un recurso predictivo** y generador de intervenciones personalizadas adicionales a la telemonitorización (TLM) convencional para **optimizar el cumplimiento terapéutico de los pacientes con AOS,** permitiendo predecir el abandono del tratamiento y generar intervenciones personalizadas.

Por otra parte, además de los tratamientos también se pueden adoptar medidas preventivas, así como también **introducir cambios en el estilo de vida con los que mejorar los síntomas**, tales como:

- **Perder peso:** La obesidad es un factor de riesgo importante, por lo que bajar de peso puede reducir la frecuencia y gravedad de los episodios de apnea.
- **Dormir de lado:** Dormir boca arriba puede aumentar la obstrucción de la vía aérea, por lo que se recomienda dormir de lado para facilitar la respiración.
- **Evitar el alcohol y sedantes:** Estas sustancias relajan los músculos de la garganta, empeorando la apnea.
- **Dejar de fumar:** El tabaquismo aumenta la inflamación y retención de líquidos en las vías respiratorias, favoreciendo la obstrucción.
- **Mantener una rutina de sueño:** Dormir las horas suficientes y mantener horarios regulares puede mejorar la calidad del descanso.
- **Ejercicio físico:** La actividad física mejora la salud general y puede reducir la severidad de la apnea del sueño.

el Periódico

ACTUALIDAD INFORMATIVA Los titulares que no debes perderte hoy, 11 de abril, en Extremadura

NEUROLOGÍA

El tenis de mesa como terapia contra el párkinson: "Utilizamos mucho el control de la pelota"

La recién creada Fundación Red Parkinson organiza entrenamientos específicos de ping-pong adaptados a personas con la enfermedad; numerosos estudios han avalado sus beneficios

PUBLICIDAD



Entrenamiento en el Centro Deportivo Municipal Triángulo de Oro, en Madrid / **FUNDACIÓN RED PARKINSON**

Nieves Salinas
Madrid 08 ABR 2025 6:21

Movilidad, equilibrio, coordinación, reflejos... son algunos de los beneficios, ya estudiados, del tenis de mesa para ralentizar el progreso del párkinson, la segunda enfermedad neurológica más común **por detrás del alzhéimer**. En Madrid, acaba de nacer la **Fundación Red Parkinson** que, precisamente, organiza entrenamientos específicos de ping-pong adaptados a personas con el trastorno. Se trata de ejercitarse. Y, también, de socializar. De integrarse. "Utilizamos mucho el control de dónde va la pelota; si va por la izquierda, si va por la derecha; si le das de revés, si le das de derecha; si viene con efecto... ; el sonido, el movimiento... Son muchos factores los que nos ayudan a rehabilitarnos. Es muy completo", describe **Javier Martínez**, a quien diagnosticaron la **enfermedad hace siete años.**

En España, el párkinson afecta **a más de 160.000 personas** y, por supuesto, a sus familias. Su incidencia aumenta año tras año. Solo en Madrid, 20.000 personas padecen la enfermedad. Partiendo del tenis de mesa, la Fundación Red Parkinson, que preside Jose Alonso, propone un modelo de actuación multidisciplinar **para combinar el deporte** y la integración de las personas afectadas por la dolencia. Los entrenamientos tienen lugar en el Centro Deportivo Municipal Triángulo de Oro donde, explica Alonso, se trabaja mucho lo deportivo pero, además, se realiza **una enorme labor social** con, por ejemplo, niños con sordera.

Los beneficios

Alonso revela que, a día de hoy, ya son innegables los efectos beneficiosos del tenis de mesa y el deporte para los afectados. Son varios los estudios que ponen de manifiesto la bonanza de la disciplina en las personas que padecen la enfermedad: actúa sobre **sus habilidades motoras y cognitivas,** porque les obliga a movimientos sistemáticos y repetitivos con los que fortalecen los músculos, disminuyendo su rigidez y aumentando la coordinación. Al mismo tiempo, seguir el juego de forma rápida y continua **mejora la concentración, la memoria y el equilibrio.**

Entre las investigaciones más recientes la que, en octubre de 2024, comenzó el madrileño Hospital de La Princesa, a través de la **Unidad de Trastornos del Movimiento** de su Servicio de Neurología. Se trata del primer estudio en España, denominado *Pimpón Park,* para evaluar cómo la práctica del tenis de mesa puede mejorar la calidad de vida. Contará con la participación de 24 pacientes que realizarán dos sesiones **de ejercicio semanal** durante seis meses, guiadas por profesionales sanitarios y un entrenador especializado.

Juego continuo

En el aspecto deportivo y técnico, la iniciativa que ha desarrollado la Fundación Red Parkinson cuenta con la colaboración del Club **Distrito 20 Tenis de Mesa**. Su presidente, **Federico Drago**, que es a la vez entrenador y patrono de la fundación, destaca que las mejoras que experimentan los enfermos se ven con el tiempo y, además, que se sientan parte de un grupo o equipo hace que tengan más ilusión por implicarse y participar. "A nivel de ejercicio, es importante que el jugador pueda desarrollar un juego continuo y es fundamental mantener la bola en juego para obtener beneficios", precisa.

La depresión y encerrarse en casa es muy común en los enfermos. Con esto salen, socializan, hacen grupos, derivan a otras actividades... viene fenomenal para todos ellos
Jose Alonso, presidente de la Fundación Red Parkinson

Pero, además, el tenis de mesa viene "muy bien a nivel psicológico, **porque la depresión** y encerrarse en casa es muy común en los enfermos. Con esto salen, socializan, hacen grupos, derivan a otras actividades... viene fenomenal para todos ellos. Es muy bonito", apunta por su lado el presidente de la entidad.

Un éxito

La iniciativa está siendo todo un éxito. La entidad no tiene ánimo de lucro y su presidente explica que ponen a disposición de los participantes **el material necesario**, las instalaciones y, lo más importante, un equipo de monitores especialmente sensibilizados con el párkinson que les ayudan en todo momento. **También abre sus puertas a voluntarios** dispuestos a aportar su grano de arena.

Ya se han apuntado, para mostrar su maestría, deportistas de la talla de **Francisco Quiñones** que, en 2024, en Maizières-lès-Metz, Francia, donde tuvo lugar el **Campeonato del Mundo para personas con Parkinson**, se proclamó campeón en la clase 2 o el periodista Javier Pérez de Alberiz, otro referente en el deporte nacional, que en diferentes ocasiones ha revelado que el tenis de mesa le salvó la vida.

Jose Alonso vuelve a recordar que existen numerosos estudios que avalan las bondades del tenis de mesa en la enfermedad desde hace casi una década. Y que existen importantes clubes distribuidos por todo el mundo. "Por ejemplo, en Estados Unidos, hay una asociación brutal que se llama ***Ping Pong Parkinson*****,** que es impresionante. Nuestro sueño es llegar a eso. Y luego, en Alemania y Francia, **hay unos clubes potentísimos**", cuenta.

El párkinson de Javier

Si se le pregunta a quien vive la enfermedad qué tiene el ping-pong para hacerlo tan valioso, responde contundente **Javier Martínez 'Miki',** justo antes de llegar al entrenamiento: "Es muy completo". Lo cuenta alguien que siempre ha sido muy deportista: de la marcha nórdica a montar en bicicleta -"ahora ya no porque tengo el equilibrio fatal", confiesa- pasando **por la escalada de montaña o el running.**

"Lo que pasa es que ahora no hago casi nada porque, evidentemente, la movilidad no es la misma", advierte. Esas ganas de ejercitarse le han vuelto con el tenis de mesa. "Llevo poco tiempo, pero me está dando muchas cosas. Cuando ya llevas 7 años con la enfermedad, te das cuenta de cuáles son tus carencias. Es muy completo, porque nosotros tenemos problemas cognitivos y motores. Y aquí trabajamos mucho los dos temas".

A Javier le diagnosticaron párkinson en junio del 2018, con 54 años. "Es una enfermedad que consideramos para gente mayor y **hay un 6% de la población** con menos de 55 años que la tiene **de inicio temprano**", recuerda. También que fue en aquella fecha cuando se le puso nombre a esa anosmia (falta de olfato) que llevaba padeciendo desde hace años y que es uno de los síntomas de la dolencia.

Los síntomas

"Siempre pensé que no tendría nada que ver con una enfermedad neurológica. Vas al neurólogo cuando ya los síntomas son demasiado evidentes y tienes problemas", sostiene. "Entonces tienes que aceptar que tu vida ya no es la misma, que tú no eres el mismo, pero que no por eso vas a dejar de ser feliz, ¿no?. Una vez que lo aceptas, **la enfermedad cambia**", añade.

"Todos los neurólogos y todos los científicos; las personas que hablan e investigan y tratan las enfermedades neurológicas como el párkinson dicen que, aparte del tratamiento farmacológico, el mejor tratamiento que hay es el físico, hacer ejercicio y la alimentación. Pues yo añadiría la socialización. Socializar es súper importante. No encerrarse en uno mismo, en la familia, en casa. Hay gente que tiene problemas, incluso, al decir en su trabajo que tiene esta enfermedad", concluye Martínez que ha estado 36 años conduciendo una UVI móvil en el 112 y **también ha sido docente** hasta su jubilación, en 2021 porque físicamente "ya no estaba a la altura".

Medio nacional



- RAQUEL BONILLA

Creada: 11.04.2025 03:00
Última actualización: 11.04.2025 03:00

Lentitud de movimientos, rigidez muscular, temblor, inestabilidad postural, dificultad para controlar las extremidades... Los síntomas visibles de la enfermedad de Parkinson podrían hacer pensar que resulta imposible, o al menos muy complicado, practicar con éxito un deporte tan exigente como el **tenis de mesa** (considerado por la NASA como la actividad física más complicada). Sin embargo, nada más lejos de la realidad, pues no solo se trata de un deporte viable para las personas con esta patología, sino que, además, es uno de los que más **potencial neuroprotector** muestra, tal y como confirma la evidencia científica.

«Hasta el momento, no existe ningún medicamento que haya demostrado la capacidad de modificar el desarrollo de la enfermedad, pero sí hay evidencia científica de que **el ejercicio físico es muy beneficioso para frenar la evolución en los pacientes ya diagnosticados e incluso también para prevenirla** en los que presentan mayor riesgo. **El ejercicio es igual de importante que seguir el tratamiento farmacológico**. El debate actual está en ver qué tipo de actividad sería la mejor de todas y el tenis de mesa es una de las que podría marcar la diferencia», asegura el **doctor Álvaro Sánchez Ferro**, coordinador del Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

Bajo esta premisa, el **Hospital Universitario de La Princesa de Madrid** ya ultima la recogida de datos del estudio Ping-Pong Park, pionero en nuestro país al buscar cuantificar el beneficio clínico del tenis de mesa en personas con párkinson. «Se han seleccionado **24 pacientes** de entre 50 y 80 años a los que se les realiza un seguimiento de seis meses, que terminará este abril. Todos hacen un **entrenamiento semanal de dos horas** (repartidas en dos días) guiados por profesionales sanitarios y personal con formación en tenis de mesa. Además, se le realizan pruebas específicas con el objetivo de **evaluar la mejora de su situación motora, no motora y cognitiva**, lo que repercute en su calidad de vida. El examen de estos datos nos permitirá obtener resultados objetivos que se presentarán en foros

científicos nacionales e internacionales», explica la **doctora Lydia López Manzanares**, responsable de la Unidad de Trastornos del Movimiento del Hospital de La Princesa y una de las impulsoras del estudio.

Aunque todavía queda pendiente terminar de recabar los datos y analizarlos con detalle, la doctora López Manzanares ya atisba unos resultados «muy prometedores». «Probablemente el ejercicio ideal no exista, pero basta con ver y escuchar a los pacientes seleccionados para confirmar el enorme potencial terapéutico que logran gracias al tenis de mesa, pues **en apenas seis meses han mejorado mucho su capacidad cognitiva y han retrasado la evolución de los síntomas** que mostraban».

En concreto, tal y como detalla la neuróloga, «esto se debe a que durante la práctica del ping-pong se trabaja la percepción visual y el control motor, así como las funciones mentales y de memoria. Esto logra un efecto de **neuroprotección** por dos vías: porque aumenta la energía de la mitocondria, factores antioxidantes y la neuroplasticidad; y porque secreta sustancias como la **irisina**, que parece estar relacionada con la ralentización de la enfermedad».

Sin embargo, aunque el ping-pong es un deporte muy completo por sí solo, el doctor Sánchez Ferro insiste en que «ahora mismo desde la SEN lo que se recomienda es **combinar ejercicio aeróbico, ejercicio neuromotor** –y ahí es donde entra el tenis de mesa– y los **ejercicios de fuerza**. Lo aconsejable es que se realicen con una **intensidad de moderada a fuerte**, es decir, llegando al 85% de la frecuencia cardiaca, y durante varios días a la semana en sesiones de al menos entre 40 y 60 minutos. Es fundamental encontrar una actividad **que entretenga y guste porque eso es lo que permite una buena adherencia, que es la clave del éxito** de este tipo de actividad».

Fundación Red Parkinson

Y si hay algo que tiene el tenis de mesa es que divierte y engancha. «La mayoría de los participantes en el estudio se encuentra tan bien y les gusta tanto que buscan seguir practicándolo», relata la neuróloga de La Princesa. Precisamente para acercar a los pacientes este deporte acaba de nacer la **Fundación Red Parkinson**, una organización sin ánimo de lucro, con sede en **Madrid**, cuyos objetivos son **impulsar el deporte entre los enfermos** y apoyar todas aquellas iniciativas que les ayuden a socializar y apoyarse mutuamente. «Desde marzo ofrecemos **entrenamientos específicos de ping-pong adaptados a personas con párkinson con dos sesiones semanales de dos horas y programas complementarios** de ejercicio físico en el Centro Deportivo Municipal Triángulo de Oro, pero el objetivo es ampliar esta oferta», explica **Federico Drago**, entrenador, presidente del Club Distrito 20 Tenis de Mesa y patrono de la fundación.

Medio nacional



Las **listas de espera** para intervenciones quirúrgicas (LEQ) en la Comunidad de Madrid continúan con su tendencia descendente, según los últimos datos oficiales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), correspondientes al mes de **febrero**. La demora media registrada fue de 46,79 días, lo que supone una reducción de 2,41 días respecto al mes anterior (49,20). Este dato consolida una mejora sostenida desde agosto, cuando la espera era de 65,23 días. Desde entonces, la demora se ha reducido en más de 18 días, situándose en uno de sus niveles más bajos del último año. En febrero, 80.075 pacientes estaban en espera estructural para una intervención, de los cuales el 46% esperó menos de un mes para ser operado.

La red hospitalaria de Madrid reduce sus tiempos para operaciones

En la evolución positiva en LEQ tiene que ver el buen hacer de los hospitales madrileños, muchos de los cuales han conseguido reducir sus tiempos de espera de manera significativa, lo que indica una tendencia de mejora generalizada en la red hospitalaria que contribuye a que la media regional se mantenga en descenso. Es el caso del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (FJD), el centro de alta complejidad que mejores registros muestra en eficiencia para operaciones de los de su categoría, con 20,73 días de demora media, y el tercero entre todos los hospitales madrileños, tras el **Hospital Universitario General de Villalba** con 13,47 días y el Hospital Universitario Rey Juan Carlos con 17,07, aunque estos últimos atienden casos menos complejos y un volumen mucho menor de pacientes. La FJD redujo además en febrero su tiempo de espera para operaciones con respecto al mes anterior en 3,72 días.

Otros grandes hospitales madrileños (Grupo 3) con menores tiempos de espera para operaciones fueron en febrero, tras la FJD, el **Hospital General Universitario Gregorio Marañón**, con 51,47 días; el Hospital Clínico San Carlos, con 51,52 días; el Hospital Universitario La Paz, con 55,41 días; y el Hospital Universitario de La Princesa, con 56,75 días. Superaron los dos meses de espera el Hospital Universitario Ramón y Cajal, con 60,32

días; el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, con 63,31 días; y el Hospital Universitario 12 de Octubre, con 66,08 días.

En cuanto a los centros de media complejidad (Grupo 2), se ubicaron entre los más eficientes para operaciones, tras los **hospitales General de Villalba y Rey Juan Carlos**, el Hospital Universitario de Fuenlabrada, con 39,25 días; el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, con 40,84 días; el Hospital Universitario Severo Ochoa, con 41,51 días; el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, con 49,82 días; el Hospital Universitario de Móstoles, con 50,02 días; el Hospital Universitario de Torrejón, con 51,08 días; el Hospital Universitario Infanta Sofía, con 56,28 días; y el Hospital Universitario Infanta Leonor, con 57,08 días. Superaron los dos meses de espera el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, con 61,47 días; el Hospital Universitario de Getafe, con 67,95 días; y el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, con 81,46 días.

En el análisis de los datos se observa que destacan por su eficacia los centros madrileños que responden al modelo de gestión mixta, en concreto, la **Fundación Jiménez Díaz**, el Hospital Universitario General de Villalba y el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, que son líderes en menor demora para operaciones de todos los de la Comunidad de Madrid. La operatividad de estos hospitales ha venido impulsada por la libre elección de centro y el sistema de colaboración público-privada que ha permitido desde su instauración aligerar la carga que soportan los hospitales públicos.

74 días menos que la media de espera nacional para operaciones

Si comparamos los registros del SERMAS con los datos aportados por del **Sistema Nacional de Listas de Espera (SISLE)**, Madrid es la comunidad española que menor demora presenta para operaciones quirúrgicas, muy alejada, además, de la media nacional de 121 días, es decir 74,21 días menos. Todos los centros madrileños, tanto los del Grupo 3 como los del Grupo 2, registran tiempos por debajo de la media nacional para las intervenciones quirúrgicas. También, y a pesar de su mayor demanda poblacional y asistencial, Madrid registra la tasa más baja de pacientes pendientes de una operación de todo el territorio nacional, 10,06 por cada 1000 habitantes. Tras la Comunidad de Madrid se sitúa el País Vasco cuya tasa es de 10,18 pacientes por cada mil habitantes; Baleares, con 10,37; y la Comunidad Valenciana, con 10,90

En el extremo contrario, **las comunidades donde las tasas por habitante son más altas** para operarse son Cantabria con 29,21 ciudadanos en lista de espera por cada 1000. Le siguen Andalucía con 24,40; Cataluña con 24,17; y Extremadura con 23,85. También estas comunidades son las que mayores tiempos de espera presentan, en concreto Andalucía, 169 días; Extremadura, 164; y Cantabria y Aragón con 139 días. Por su parte un catalán tiene que esperar de media 137 días para operarse. En toda España 304.704 pacientes se encontraban pendientes de una operación en el primer semestre de 2004, según los últimos datos del SISLE.

europa press

Actualizado 10/04/2025 11:38

El Hospital Virgen del Rocío lidera un estudio sobre movimiento de células tumorales en cirugías de cáncer de páncreas



Profesionales del Virgen del Rocío que han participado en el estudio sobre movimiento de células tumorales en cirugías de cáncer de páncreas.
- HUVR

SEVILLA 10 Abr. (EUROPA PRESS) -



SEVILLA 10 Abr. (EUROPA PRESS) -

Un equipo de especialistas del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla ha liderado el primer estudio nacional que describe el movimiento de las células tumorales mientras se practica una intervención por cáncer de páncreas. El hospital suma así un nuevo hito en su liderazgo de la cirugía oncológica, ya que este hallazgo podría plantear nuevas estrategias para evitar que el tumor crezca de nuevo tras la operación o incluso que se extienda a otras zonas del cuerpo.

"Hemos monitorizado durante toda la intervención quirúrgica de cáncer de páncreas cómo se mueven tanto las células tumorales aisladas como las agrupaciones de estas células y hemos analizado su impacto en los resultados", ha afirmado el investigador principal del proyecto a nivel nacional, el doctor Javier Padillo, cirujano experto en cáncer de páncreas, jefe del servicio de Cirugía General y Catedrático de Cirugía de la Universidad de Sevilla, como informa el centro hospitalario en una nota de prensa.

En esta investigación multicéntrica, denominada Cetuparc, han participado cirujanos de otros nueve hospitales españoles con experiencia en cirugía de cáncer de páncreas. En concreto, el Hospital Clínico de Valencia; el Hospital Universitario de Badajoz, el Hospital Universitario de Salamanca; los hospitales 12 de Octubre, La Princesa y Clínico de Madrid; los hospitales Mutua de Tarrasa y el Clínic de Barcelona; y Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

Además de los cirujanos, en el estudio Cetuparc han participado oncólogos, patólogos y digestivos. El trabajo, que ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad, ha durado en total ocho años; tres de ellos, realizando un seguimiento estrecho a los pacientes.

Los profesionales han desarrollado un nuevo concepto de Biopsia Líquida Intraoperatoria. Según los resultados obtenidos, la movilización de células tumorales durante la cirugía puede aportar información interesante para valorar el riesgo de quedar posibles restos tumorales microscópicos.

"Los patólogos y el equipo en su conjunto dispondríamos de información adicional al mero estudio histológico de los márgenes de resección quirúrgicos, y así conseguiríamos una mejor valoración de posibles restos neoplásicos microscópicos", afirma el Dr. Juan José Borrero, especialista en Anatomía Patológica del Hospital Universitario Virgen del Rocío, con gran experiencia en estos tumores.

Estos hallazgos aportan un conocimiento completamente nuevo, que permitiría plantear nuevas estrategias para evitar que el tumor vuelva a crecer tras la cirugía de cáncer de páncreas. "Este hallazgo, que es la primera vez que se describe, es muy relevante pues se trata de pacientes en los que la aparición de recurrencia no es infrecuente y esto tiene una repercusión importante en la supervivencia de estos enfermos", explica el doctor Javier Padillo.

Por otro lado, los investigadores han detectado qué tipo de células se asocian con mayor probabilidad a la aparición de metástasis y qué factores contribuyen a ello. A este respecto, "la agrupación de células tumorales en forma de racimos (conocidos por el término inglés de cluster), han mostrado tener un mayor riesgo de metástasis a distancia", según señala el doctor Gonzalo Suárez, experto en cirugía de páncreas perteneciente también al servicio de Cirugía General, coordinador del estudio en el Hospital Virgen del Rocío.

En este sentido, la investigación también abre la puerta a establecer estrategias para mejorar los resultados, permitiendo evaluar la diseminación tumoral en tiempo real y ayudando a identificar la agresividad del tumor y el riesgo de recurrencia. En resumen, "tener estos datos nos ayudarían a tener más información de marcadores epigenéticos y de expresión génica que permitirían ayudar a desarrollar de esquemas de tratamiento más precisos y personalizados", afirma la Dra. Inmaculada Gallego, especialista en Oncología Médica, experta en tumores digestivos.

Los resultados obtenidos han sido publicados, de momento, en dos revistas de gran impacto en el ámbito de la cirugía: International Journal of Surgery, que es la 2ª revista en factor de impacto del área; y en el British Journal of Surgery Open, que está en el percentil 89, también entre las líderes de la cirugía.

"Son resultados que abren la puerta a nuevas líneas de investigación en un campo en el que el trabajo multidisciplinar de oncólogos, patólogos, digestivos y cirujanos es esencial para avanzar en la mejora de los resultados", concluye el doctor Javier Padillo.

Medios especializados



ConSalud.es

PROFESIONALES

Hospitales españoles se unen y abren la puerta a innovadoras estrategias en cáncer de páncreas

Se trata del primer estudio a nivel nacional liderado por el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla que puede aportar una valiosa información para evitar que el tumor crezca de nuevo o se extienda durante la cirugía

ITZIAR PINTADO

INCLIVA · CÁNCER DE PÁNCREAS

Hospitales españoles han participado en el primer estudio a nivel nacional que describe el movimiento de las células tumorales durante una intervención quirúrgica por cáncer de páncreas. El trabajo, liderado por el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, abre la puerta a nuevas estrategias que podrían reducir la recurrencia del tumor o evitar su diseminación a otras partes del cuerpo.

El estudio, denominado CETUPANC, ha contado con la colaboración de cirujanos de diez hospitales españoles expertos en cirugía pancreática. En él han participado INCLIVA y el Hospital Virgen del Rocío, el Hospital Universitario de Badajoz, el Hospital Universitario de Salamanca, los hospitales 12 de Octubre, La Princesa y Clínico de Madrid, Mutua de Tarrasa, el Clínic de Barcelona y el Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

“La posibilidad de monitorizar el movimiento de las células tumorales mediante biopsia líquida intraoperatoria supone un avance de gran relevancia en la cirugía oncológica pancreática. Este enfoque nos permite identificar dinámicas de diseminación tumoral durante el acto quirúrgico y, potencialmente, intervenir de forma más precisa para reducir el riesgo de recidiva o metástasis”, señala el doctor Luis Sabater, jefe del servicio de Cirugía del Hospital Clínico Universitario de València y coordinador del Grupo de Investigación en Cirugía General y Digestiva de INCLIVA.

Junto con su equipo de la Unidad de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática del Hospital Clínico Universitario de Valencia, integrado por los doctores Elena Muñoz, Marina Garcés, Dimitri Dorcaratto e Isabel Mora, que forman parte del mismo grupo de investigación de INCLIVA, el doctor Luis Sabater ha liderado parte de la investigación desde Valencia, contribuyendo con un número significativo de casos al estudio nacional.

"Hemos monitorizado durante toda la intervención quirúrgica de cáncer de páncreas cómo se mueven tanto las células tumorales aisladas como las agrupaciones de estas células y hemos analizado su impacto en los resultados"

"Hemos monitorizado durante toda la intervención quirúrgica de cáncer de páncreas cómo se mueven tanto las células tumorales aisladas como las agrupaciones de estas células y hemos analizado su impacto en los resultados", afirma el investigador principal del proyecto a nivel nacional, doctor Javier Padillo, cirujano experto en cáncer de páncreas, jefe del servicio de Cirugía General y Catedrático de Cirugía de la Universidad de Sevilla.

INNOVADOR CONCEPTO DE BIOPSIA LÍQUIDA INTRAOPERATORIA

Durante los ocho años que ha durado la investigación, tres de ellos con seguimiento clínico estrecho a los pacientes, los profesionales han desarrollado un innovador concepto de Biopsia Líquida Intraoperatoria. Esta técnica permite obtener información en tiempo real sobre la movilización de células tumorales durante la operación.

"Los patólogos y el equipo en su conjunto dispondríamos de información adicional al mero estudio histológico de los márgenes de resección quirúrgicos, y así conseguiríamos una mejor valoración de posibles restos neoplásicos microscópicos", afirma el doctor Juan José Borrero, especialista en Anatomía Patológica del Hospital Universitario Virgen del Rocío, con gran experiencia en estos tumores.

"Este hallazgo, que es la primera vez que se describe, es muy relevante, pues se trata de pacientes en los que la aparición de recurrencia no es infrecuente y esto tiene una repercusión importante en la supervivencia de estos enfermos"

Los hallazgos permiten avanzar hacia estrategias quirúrgicas más personalizadas. "Este hallazgo, que es la primera vez que se describe, es muy relevante, pues se trata de pacientes en los que la aparición de recurrencia no es infrecuente y esto tiene una repercusión importante en la supervivencia de estos enfermos", explica el doctor Javier Padillo.

Una de las conclusiones clave del estudio es la relación entre la forma en que se agrupan las células tumorales y su potencial metastásico. "La agrupación de células tumorales en forma de racimos (conocidos por el término inglés de *cluster*), han mostrado tener un mayor riesgo de metástasis a distancia", ha advertido el doctor Gonzalo Suárez, coordinador del estudio en el Hospital Virgen del Rocío.

Además de evaluar la diseminación tumoral, la investigación permitirá afinar en la identificación de la agresividad del tumor y el riesgo de recidiva. "Tener estos datos nos ayudaría a tener más información de marcadores epigenéticos y de expresión génica que permitirían ayudar a desarrollar esquemas de tratamiento más precisos y personalizados", ha afirmado la doctora Inmaculada Gallego, especialista en Oncología Médica y experta en tumores digestivos.

Los resultados del estudio han sido ya publicados en dos revistas científicas de alto impacto en el ámbito quirúrgico: *International Journal of Surgery* y *British Journal of Surgery Open*, situadas entre las líderes del sector por su factor de impacto.

"Son resultados que abren la puerta a nuevas líneas de investigación en un campo en el que el trabajo multidisciplinar de oncólogos, patólogos, digestivos y cirujanos es esencial para avanzar en la mejora de los resultados", ha concluido el doctor Javier Padillo.

Medios locales



El Hospital Universitario de Badajoz ha participado en el desarrollo del estudio multicéntrico Cetupanc sobre el cáncer de páncreas, liderado por el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, que analiza cómo se mueven las células tumorales durante la cirugía de esta patología.

En concreto, este trabajo multidisciplinar, de monitorización y análisis de las células tumorales, aporta "un conocimiento completamente nuevo y plantea estrategias relevantes para evitar que el tumor vuelva a crecer tras la cirugía, repercutiendo en la supervivencia de los pacientes".

De este modo, los profesionales han desarrollado un nuevo concepto de Biopsia Líquida Intraoperatoria, que puede aportar información interesante sobre posibles restos tumorales microscópicos que hayan quedado tras la intervención, según explica la Junta de Extremadura en una nota de prensa.

Además de esos hallazgos, los investigadores también han detectado qué tipo de células se asocian con mayor probabilidad a la aparición de metástasis y qué factores contribuyen a ello.

A su vez, el estudio, financiado por el Instituto de Salud Carlos III y que ha durado 8 años, tres de ellos con seguimiento a los pacientes, no sólo aporta información sobre el riesgo de recurrencia, sino que permite evaluar en tiempo real e identificar la agresividad del tumor.

Cabe destacar que en la investigación han participado cirujanos de ocho hospitales españoles con experiencia en cirugía de cáncer de páncreas, como son el Hospital Clínico de Valencia; el Universitario de Salamanca; los Hospitales 12 de Octubre, La Princesa y Clínico de Madrid; los hospitales Mutua de Tarrasa y el Clínic de Barcelona, y el Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

El equipo que ha liderado la investigación ha destacado la importancia del trabajo cooperativo entre oncólogos, patólogos, digestivos y cirujanos para avanzar en este campo y conseguir resultados que impacten positivamente en la salud de los pacientes oncológicos.

Y es que con esta participación el Complejo Hospitalario del Área de Salud de Badajoz "refuerza una vez más su labor incansable en la investigación y su papel destacado en el ámbito nacional", concluye.

Medio nacional





"No dejes de hacer ejercicio. Y si no lo haces, ponte", dice la neuróloga del Hospital Universitario de La Princesa Lydia López Manzanares antes de terminar la entrevista. Tiene tan grabadas estas palabras porque son las únicas que puede pronunciar ante sus pacientes cuando les confirma que tienen párkinson, una enfermedad para la que no existe tratamiento que frene su progresión. "Lo único que ha demostrado que ralentiza la progresión de la enfermedad es el ejercicio físico", apunta López Manzanares. No sólo se trata de correr, sino que también puede servir andar, bailar o nadar. Aunque no a todos los pacientes se les puede indicar lo mismo: "Muchas veces nos encantaría decirles 'tienes que hacer natación porque es muy completo', pero hay algunos que no saben".

El concepto de "ejercicio físico" es tan amplio que incluso realizaron un estudio hace unos años para comprobar los beneficios del taichí, un arte marcial que investigaciones más recientes han demostrado que puede frenar la progresión en los síntomas de la enfermedad de Parkinson. Lo importante es "que sea moderado". Aun así, nunca se les había pasado por la cabeza el tenis de mesa. "Surgió porque uno de nuestros pacientes nos dijo que había comenzado a jugar", relata la neuróloga a EL ESPAÑOL. "Y que había competido en campeonatos internacionales, llegando a ser subcampeón del mundo".

Aquel paciente era el periodista Javier Pérez de Albéniz, a quien le diagnosticaron esta enfermedad en 2015, sólo cinco años antes de que disputara la final del campeonato del mundo de tenis de mesa. A López Manzanares le pareció buena idea comprobar hasta qué punto un deporte como el tenis de mesa podría mejorar la calidad de vida de las personas con párkinson. Y mientras Pérez de Albéniz se encargaba de conseguir el material, ella organizaba el protocolo previo ("se ha hecho con rigor, no se trata de poner a un señor a jugar al tenis de mesa porque está triste") al estudio, que terminó recibiendo el nombre de 'Pimpón Park'.

Del habla al movimiento

Desde que comenzara en octubre, un total de 24 pacientes han acudido dos veces por semana a una de las salas que se ha habilitado en el hospital madrileño con dos mesas, donadas por la Asociación Española de Jugadores Veteranos de Tenis de Mesa. Aunque las sesiones corrían a cargo del entrenador Jorge Martínez, los responsables de la Unidad de Trastornos del Movimiento han estudiado distintas variables, que van más allá de los síntomas motores de la enfermedad. Y es que "el párkinson no es sólo el temblor". También afecta al estado de ánimo, a la función cognitiva o a la calidad del sueño. Tras los seis meses de seguimiento, que justo acaban de terminar, se encuentran analizando los datos, al igual que un grupo de investigadores de la Universidad de Lleida que también está estudiando los efectos motores y cognitivos del tenis de mesa en la enfermedad y espera presentar los datos a finales de este mes. Ambos podrían confirmar una hipótesis que ya han confirmado estudios anteriores (realizados sobre todo en países asiáticos).

Algunos de ellos han concluido que los beneficios, que van desde mejoras en el habla hasta una mayor agudeza visual, se reportan antes incluso de los seis meses. En el caso del estudio del Hospital de La Princesa, López Manzanares confía en que el resultado será "muy positivo". El recibimiento de los pacientes, al menos, no ha podido ser mejor: "Todos querían continuar. Pero no somos un polideportivo", bromea. Además de los beneficios clínicos que pueda tener, esta neuróloga también pone en valor que ha servido para que algunos pacientes comiencen a hacer ejercicio: "Una de ellas nos contó que había puesto una red en la mesa del salón de su casa". El éxito que ha tenido el estudio ha sido tal que los pacientes han decidido crear la Fundación Red Parkinson para "contribuir a mejorar su calidad de vida y la de sus familias a través de este deporte". La esperanza de López Manzanares no es que el tenis de mesa se convierta en una terapia no farmacológica para todos los casos —de hecho, no cree que suceda así—, sino que sea "el germen" para que comiencen a hacer ejercicio.

"No te lo crees"

Aunque con el tenis de mesa han podido comprobar que, a diferencia de lo que puede ocurrir con la natación, resulta "más sencillo" y "no hace falta tener una técnica muy elaborada": "Puede jugar mal y pasárselo pipa". Quizás no lleguen al nivel que alcanzó Pérez de Albéniz, cuyo libro, Los reveses (Libros del K.O., 2023), sirvió de motivación al toledano Paco Quiñones, diagnosticado también de párkinson, para iniciarse en el tenis de mesa. El pasado año, se proclamó campeón del mundo. Pese a ser el primer estudio que se realiza en España, en las asociaciones de pacientes el tenis de mesa no es una novedad. "Yo llevo cuatro años aquí y cuando entré ya lo practicaba", comenta a este periódico Rocío López, fisioterapeuta de la Asociación Parkinson Madrid. Como los socios les pedían "más horas", han llegado a hacerse con dos mesas, y varios de ellos se presentarán al próximo campeonato de España. López confiesa que en algunos casos le resulta sorprendente cómo mejora la movilidad: "Entran por la puerta y ves que no pueden ni caminar, arrastran los pies. Pero cuando los ves jugando al tenis es que no te lo crees". Además de que trabajan el control motor, también buscan mejoras a nivel cognitivo: "Por ejemplo, cuando le lanzamos una bola, nos tienen que decir un número o un color".

Medios nacionales

LA VANGUARDIA

La Comunidad de Madrid recibe los Premios Best in Class otorgados a su sanidad pública

SERVIMEDIA

MADRID, 08 (SERVIMEDIA)

La Comunidad de Madrid recibió este martes formalmente las placas de los Premios Best in Class (BiC) 2024 otorgados a su sanidad pública.

La consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Fátima Matute, participó, en el Hospital público Universitario Gregorio Marañón, en la entrega de estas distinciones, concedidas a la región en su XIX edición, celebrada el pasado mes de noviembre.

Matute destacó que estos reconocimientos "nos permiten poner en valor la asistencia sanitaria en todas las aristas de nuestro sistema. Y que evidencian, una vez más, el altísimo nivel de los equipos multiprofesionales que se desempeñan en nuestra región".

Los BiC están organizados por la publicación especializada 'Gaceta Médica' y la Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos.

En esta ocasión han resultado premiados el Centro de Salud Puerta de Madrid, situado en Alcalá de Henares, así como los hospitales Infantil Niño Jesús, La Princesa, Gregorio Marañón, Ramón y Cajal, 12 de Octubre, Fundación Jiménez Díaz y Villalba.



Otros medios



Desde hace casi dos décadas, el **Hospital Universitario de La Princesa** de Madrid cuenta con una **Unidad de Atención a Adultos con Síndrome de Down**, referente nacional cuyo modelo ya se está replicando en otros hospitales de España.

Según nos explica su responsable, el médico internista **Fernando Moldenhauer**, esta unidad, que ofrece una **atención integral a más de 300 pacientes al año**, surgió sin la intención de marcar un hito. "No intentamos hacer algo que no hubiera hecho nadie, sino que pensamos que era útil y nos dimos cuenta de que era una iniciativa pionera que no existía ni en España ni, probablemente, en el resto del mundo. **Era una experiencia única**".

La utilidad de esta unidad específica y de aquellas que siguen su ejemplo se basa en que **las personas con síndrome de Down "tienen suficiente complejidad médica como para requerirlas**, al igual que sucede en muchos otros casos como con el VIH o enfermedades raras", afirma Moldenhauer.

"No debemos poner calificativos antes de que un paciente entre a la consulta. Es decir, si entra ya diagnosticado, habremos escogido un camino antes de tiempo. Sin embargo, es cierto que **las personas con síndrome de Down tienen una condición genética que puede conllevar una serie de problemas de salud** y sus circunstancias son las que llevan en su "mochila", como lleva cualquier otro paciente que acude a una consulta", argumenta el experto.

De acuerdo con las palabras de Moldenhauer, en un servicio de salud público debe darse "**la justicia distributiva**", un principio que de inicio defiende que a cada persona se le ofrezca lo que realmente necesita. "Esa es la piedra angular de nuestro sistema sanitario porque, si no fuera así, no habría personas en diálisis, que es enormemente cara, por ejemplo. **Si una persona con síndrome de Down necesita unas determinadas atenciones desde el punto sanitario deben dársele, independientemente de lo que eso cueste**", añade.

Por otro lado, el notable aumento de la esperanza de vida de las personas con síndrome de Down exige una adaptación del sistema sanitario para garantizar su derecho a una atención médica de calidad.

En definitiva, **Moldenhauer** y el doctor **Diego Real de Asúa**, también responsable de la Unidad del Hospital de La Princesa, **reivindican la necesidad de estas unidades de referencia** en las que no solo se tratan patologías atendidas por el especialista correspondiente, sino que también se realiza un seguimiento personalizado y se adapta el entorno hospitalario para que sea accesible, humano y respetuoso con sus necesidades. Es decir, son consultas que funcionan como «puerta de entrada» en las que profesionales

médicos con conocimiento experto del síndrome de Down atienden, derivan y orientan al especialista médico correspondiente que les trata de forma inclusiva y normalizada dentro del sistema hospitalario.

Afortunadamente, en los últimos años, varios hospitales han puesto en funcionamiento consultas dedicadas a la salud de las personas adultas con síndrome de Down.
En Málaga, el **Hospital Regional Universitario** acaba de anunciar una unidad multidisciplinar, liderada por el servicio de Medicina Interna, con el objetivo de mejorar la prevención y detección precoz de enfermedades asociadas a este colectivo.
Por su parte, en La Rioja, el **Servicio Riojano de Salud** (SERIS) está implementando un circuito de atención médica específico para adultos con síndrome de Down para facilitar la detección temprana de problemas de salud asociados al síndrome con un protocolo de derivación a Medicina Interna y Neurología.

Desde DOWN ESPAÑA, consideramos prioritaria la creación de consultas especializadas como las mencionadas para brindar una atención médica integral y adaptada a las personas adultas con síndrome de Down para atender sus necesidades particulares y mejorar así su calidad de vida. Además, estas consultas favorecen el aumento del conocimiento clínico experto del síndrome de Down y facilitan el diagnóstico de patologías comunes.

Medios locales



El equipo de cirugía hepatobiliopancreática del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza ha participado activamente en el primer estudio nacional que analiza el comportamiento de las células tumorales durante la cirugía de cáncer de páncreas. Este trabajo, liderado por el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, podría revolucionar el abordaje de esta enfermedad al proporcionar información valiosa para evitar la recurrencia del tumor y su diseminación a otros órganos.

En esta investigación multicéntrica, denominada Cetupanc, han participado cirujanos de otros nueve hospitales españoles con experiencia en cirugía de cáncer de páncreas. En concreto, el Hospital Clínico de Valencia; el Hospital Universitario de Badajoz; el Hospital Universitario de Salamanca; los hospitales 12 de Octubre, La Princesa y Clínico de Madrid; los hospitales Mutua de Tarrasa y el Clínic de Barcelona; y Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

Además de los cirujanos, en el estudio Cetupanc han participado oncólogos, patólogos y digestivos. **El trabajo, que ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad, ha durado en total ocho años; tres de ellos, realizando un seguimiento estrecho a los pacientes.**

Los profesionales han desarrollado un nuevo concepto de Biopsia Líquida Intraoperatoria. Según los resultados obtenidos, **la movilización de células tumorales durante la cirugía puede aportar información interesante** para valorar el riesgo de quedar posibles restos tumorales microscópicos.

Monitorización de células tumorales durante la cirugía

Declaraciones de la cirujana Sandra Paterna, coordinadora del proyecto en el Servet.

Estos hallazgos aportan un conocimiento completamente nuevo sobre cómo se comporta la patología que permitiría plantear nuevas estrategias para evitar que el tumor vuelva a crecer tras la cirugía de cáncer de páncreas. **“Estos hallazgos son particularmente relevantes porque nos permiten entender mejor los mecanismos de diseminación del cáncer de páncreas y podrían ayudarnos a desarrollar estrategias para reducir la recurrencia y mejorar la supervivencia”**, explica la Dra. Sandra Paterna, coordinadora del proyecto en el Servet.

Por otro lado, los investigadores han detectado qué tipo de células se asocian con mayor probabilidad a la aparición de metástasis y qué factores contribuyen a ello. A este respecto, la agrupación de células tumorales en forma de racimos (conocidos por el término inglés de cluster) ha mostrado tener un mayor riesgo de metástasis a distancia.

En este sentido, la investigación también abre la puerta a establecer estrategias para mejorar los resultados, permitiendo evaluar la diseminación tumoral en tiempo real y ayudando a identificar la agresividad del tumor y el riesgo de recurrencia. En resumen, **tener estos datos ayudaría a disponer de más información de marcadores epigenéticos y de expresión génica que permitirían ayudar a desarrollar de esquemas de tratamiento más precisos y personalizados.**

"Lo más valioso es que estos hallazgos nos están permitiendo abrir nuevas líneas de investigación en tres frentes clave: a nivel molecular, en inmunoterapia y en la selección de terapias quirúrgicas más personalizadas. Este estudio prospectivo multicéntrico nos da las bases para seguir trabajando de manera más dirigida, con menos incógnitas”, concluye el Dr. Alejandro Serrablo, jefe de la Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática del Sº de Cirugía General del Servet. **Los hallazgos del estudio Cetupanc constituyen una base sólida para futuras investigaciones colaborativas entre los diez hospitales participantes.**

Los resultados obtenidos han sido publicados, de momento, en dos revistas de gran impacto en el ámbito de la cirugía: International Journal of Surgery, que es la 2ª revista en factor de impacto del área; y en el British Journal of Surgery Open, que está en el percentil 89, también entre las líderes de la cirugía.

En paralelo a estos avances, esta unidad de cirugía del Servet está desarrollando a través de su biobanco nuevas líneas de investigación, como el proyecto "*Nuevos marcadores metabólicos para la estratificación y manejo del cáncer de páncreas*", financiado por el Instituto de Salud Carlos III. **Este trabajo complementario busca identificar biomarcadores de expresión génica que permitan un diagnóstico más precoz de la enfermedad, avanzando así hacia una medicina más personalizada y mejorando las perspectivas de los pacientes con este tipo de tumor.**

Medios especializados

GACETA MÉDICA

La excelencia sanitaria de Madrid, reconocida por los Premios BiC 2024: «Es la mejor del mundo»

El Hospital Universitario Gregorio Marañón ha acogido el acto regional de entrega de placas a los servicios y unidades ganadores de la comunidad autónoma, la más premiada con 15 galardones, cinco distinciones '5 estrellas de Excelencia' y dos menciones de honor







En los **Premios Best in Class 2024**, organizados por **Gaceta Médica y la Cátedra de Gestión e Innovación Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos**, la Comunidad de Madrid fue la autonomía que mayor reconocimiento logró con un **total de 15 galardones, 5 distinciones 5 estrellas BiC y 2 menciones de honor**. Motivo de ello, y con el objetivo de ensalzar la excelencia de la labor diaria de sus profesionales, se ha celebrado un **acto de reconocimiento a los servicios y unidades ganadores de la Comunidad de Madrid** en las inmediaciones del Hospital Universitario Gregorio Marañón.

Fátima Matute, consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid, ha acompañado a los servicios reconocidos con las placas y diplomas conmemorativos y ha sido la encargada de poner el broche de oro al encuentro. En su intervención, ha enfatizado que todos y cada uno de los profesionales allí presentes, y los «anónimos» logran que la sanidad madrileña sea «la mejor del mundo»: «Estoy orgullosa de vosotros por la gran cantidad de premios que ha obtenido esta comunidad, como lo hace año tras año».

Marta Sánchez-Celaya, subdirectora gerente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, y **Santiago de Quiroga, presidente editor de Gaceta Médica,** han inaugurado el acto. Sánchez-Celaya ha afirmado que «estos reconocimientos son el reflejo de la dedicación de los profesionales, de vuestro esfuerzo y, sobre todo, de vuestro profundo compromiso con la salud y el bienestar de los pacientes». Por su parte, el presidente editor de Gaceta Médica ha incidido en que se presentan más

de 100 hospitales de toda España y que, este año, se ha contado con más de 500 candidaturas. «Nos alegra que esa cifra se vaya incrementando año tras año, eso quiere decir que cada vez hay más gente que quiere medirse, que quiere estar entre los mejores y participar de forma activa», ha mencionado De Quiroga.

Excelencia 5 estrellas BiC

En este marco, **Laura Gutiérrez**, viceconsejera de Sanidad, y Santiago de Quiroga han sido los encargados de hacer la entrega de diplomas acreditativos «Excelencia 5 estrellas», que se entregan a los servicios que durante un periodo de 5 años consiguen el premio en al menos tres ediciones.

- El **Hospital Universitario de La Princesa** ha sido galardonado en la categoría de **«Mejor Servicio de Patología Digestiva 5 estrellas para el periodo 2022-2024»**. El diploma ha sido recogido por **Fernando Casals**, médico adjunto responsable del Área de Hospitalización del Aparato Digestivo, y **Sara Matarranz**, supervisora de Hospitalización Aparato Digestivo.
- El reconocimiento al **«Mejor Servicio de Medicina Intensiva/UCI 5 estrellas para el periodo 2023-2025»** ha caído en manos del **Hospital Infantil Universitario Niño Jesús**. El galardón ha sido recogido por **Amelia Martínez de Azagra**, coordinadora de UCI del centro hospitalario.
- La distinción de **«Mejor Servicio de Pediatría 5 estrellas para el período 2023-2025»** ha sido para el **Hospital General Universitario Gregorio Marañón**. En esta ocasión, **Rosa Rodríguez**, jefa de Servicio de Pediatría del mismo, ha sido la encargada de recoger el reconocimiento, y **Rodolfo Romero**, subdirector de Continuidad Asistencial.
- El reconocimiento de **«Mejor Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública 5 estrellas para el período 2024-2026»** ha sido para el **Hospital Universitario Ramón y Cajal**.
- La distinción de **«Mejor Servicio de Hematología y Hemoterapia 5 estrellas para el período 2024-2026»** ha recaído sobre el **Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz**. **Pilar Llamas**, jefa de Servicio de Hematología y Hemoterapia, ha recogido el diploma.



A continuación, ha sido el turno de la entrega de placas.

Mejor Centro de Atención Primaria: Centro de Salud Puerta de Madrid

F. Javier Martinez Aguayo, director del Centro de Salud Puerta de Madrid, ha sido el encargado de recoger el galardón de manos de **Rosario Azcutia**, gerente asistencial de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.



Mejor Hospital en Control de Infecciones: Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

En representación del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, **María Dolores Martín Río**, jefe de Servicio de Medicina Preventiva, ha recogido el reconocimiento que le ha entregado **Elena Andradas**, directora general de Salud Pública, y **Ramón Llorent**, de Solventum.



Mejor Unidad del Dolor: Hospital Universitario de La Princesa

Concepción Pérez, jefe de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario de La Princesa, ha recogido el premio. En esta ocasión, **Laura Gutiérrez**, viceconsejera de Sanidad, ha sido la encargada de otorgar la placa.



Mejor Servicio de Endocrinología y Nutrición: Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Marta Cremades, directora médica del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz ha recogido el galardón. La entrega del mismo ha sido cargo de **Celia García**, directora general de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente.



Mejor Servicio de Esquizofrenia: Hospital General Universitario Gregorio Marañón

El Hospital General Universitario Gregorio Marañón ha sido reconocido por la calidad de su Unidad de Esquizofrenia. Así, **Francisco Ferre**, jefe de Servicio de Psiquiatría del Adulto; **Carmen Moreno**, jefa de Sección de Psiquiatría; y **María Luisa Cuesta**, jefa de Enfermería de Psiquiatría, han recogido el galardón. **Mercedes Navío**, gerente asistencial de Hospitales del Servicio Madrileño de Salud, y **Paloma Berenguer**, de ROVI, han hecho entrega del mismo.



Mejor Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública: Hospital Universitario Ramón y Cajal

Elena Andradas, directora general de Salud Pública, e **Ignacio Sánchez**, de GSK, han entregado la placa a **Jesús María Aranaz**, jefe de servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, **Rafael Martínez**, director médico, **Fernando Roldán**, subdirector médico, y **Cristina Díaz-Agero**, del servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública.



La **mención de honor** en esta categoría ha sido para el **Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz**. **Lola Martín**, jefe de servicio de Medicina Preventiva, y **Marta Blanco Fernandez**, médico adjunta del servicio, han recogido la placa de manos de Andradas.



Mejor Servicio de Farmacia en Oncología: Hospital General Universitario Gregorio Marañón

El Servicio de Farmacia en Oncología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón ha sido reconocido por su labor diaria. **Vicente Escudero**, responsable del área de Oncología, y **Camino Sarobe**, responsable de calidad del Servicio, han recibido la placa, entregada por **Laura Gutiérrez**, viceconsejera de Sanidad.



Mejor Servicio de Microbiología: Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Ignacio Gadea, jefe de Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, ha recogido la placa que le han entregado **Almudena Quintana**, directora gerente Asistencial del Servicio Madrileño de Salud y **Concha Porrero**, de BioMérieux.



La mención de honor en esta categoría ha recaído sobre el Hospital General Universitario Gregorio Marañón. **Roberto Alonso**, jefe de Sección, y **Lola García**, supervisora, han recibido la placa de manos de Quintana y Nunes.



Mejor Servicio de Oncología: Hospital Universitario 12 de Octubre

Luis Paz-Ares, jefe de servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario 12 de Octubre, ha recogido el reconocimiento que le ha dado en mano **Laura Gutiérrez**, viceconsejera de Sanidad.



Mejor Servicio de Neumología: Hospital Universitario de La Princesa

En la categoría de Mejor Servicio de Neumología, el Hospital Universitario de La Princesa ha recibido su placa. En concreto, la viceconsejera de Sanidad se la ha entregado a **Julio Ancochea**, jefe de servicio de Neumología del centro hospitalario.



Mejor Servicio de Hematología y Hemoterapia: Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Pilar Llamas, jefe de servicio de Hematología, y **Mª Soledad Sánchez Fernández**, responsable del servicio de transfusión del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, han recibido el reconocimiento de manos de **Almudena Quintana**, directora gerente Asistencial del Servicio Madrileño de Salud, y **Francisco Álvaro**, de Johnson&Johnson.



Mejor Servicio de Psiquiatría y Salud Mental: Hospital General Universitario Gregorio Marañón

En esta ocasión, **Francisco Ferre**, jefe de Servicio de Psiquiatría del Adulto; **Carmen Moreno**, jefa de Sección de Psiquiatría; y **María Luisa Cuesta**, jefa de Enfermería de Psiquiatría del centro hospitalario, han recogido la placa que les ha entregado **Mercedes Navío**, Gerente Asistencial de Hospitales del Servicio Madrileño de Salud, y **Macarena Rodríguez**, de Johnson&Johnson.



Mejor Unidad del Dolor Oncológico: Hospital Universitario de La Princesa

En representación del Hospital Universitario de La Princesa, **Concepción Pérez**, jefa de la Unidad del Dolor del mismo, ha recibido la placa de manos de **Laura Gutiérrez**, viceconsejera de Sanidad, **Silvia Rojo**, de Medtronic, y **Marta Arch**, de Esteve.



Mejor Proyecto de Humanización de la Asistencia Sanitaria: Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

El reconocimiento «Mejor Proyecto de Humanización de la Asistencia Sanitaria» ha sido para el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús; en concreto por **«Hospitalización psiquiátrica a domicilio (UHPAD): atención segura y personalizada de la salud mental de niños, niñas, adolescentes y sus familias»**. **Celia García**, directora general de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente, ha entregado la placa a **Montserrat Graell**, jefa de servicio de Psiquiatría del hospital, y su equipo.



Mejor Hospital de Complejidad Media: Hospital Universitario General de Villalba

El Hospital Universitario General de Villalba ha sido galardonado como «Mejor Hospital de Complejidad Media». **Marta del Olmo**, gerente territorial, **Ignacio Maestre Mulas**, director gerente, **Jorge Short Apellaniz**, gerente adjunto, y **Jesús Fernández Tabera**, director de Continuidad Asistencial, han recibido el reconocimiento de manos de **Fátima Matute**, consejera de Sanidad, y **Santiago de Quiroga**, presidente editor de Gaceta Médica.

Otros medios



consumidor global

Buscar

Suscribirse Inicie sesión PT | ES

Alimentación Bienestar Hogar Moda y belleza Tecnología Entretenimiento Noticias Quiénes somos

Bienestar

La Fundación Jiménez Díaz, líder entre los grandes hospitales madrileños para operaciones

Es el hospital de gran complejidad más eficiente en intervenciones quirúrgicas. Incluso las operaciones con mayor demora a nivel nacional registran tiempos significativamente más reducidos en este centro

La **Fundación Jiménez Díaz** (FJD) es el hospital de alta complejidad que mejores datos muestra en listas de espera quirúrgicas, según los últimos datos del Sistema Madrileño de Salud (SERMAS), correspondientes al mes de febrero. Es el primero de los grandes hospitales en menores tiempos de espera para operaciones con 20,73 días, 26 por debajo media de la red asistencial de la **Comunidad de Madrid**, que se sitúa en 46,79 días. Tras FJD entre los centros de su categoría se situaron, aunque a distancia, el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, con 51,47 días; el Hospital Clínico San Carlos, con 51,52 días; el Hospital Universitario La Paz, con 55,41 días; y el Hospital Universitario de La Princesa, con 56,75 días. Superaron los dos meses de espera, el Hospital Universitario Ramón y Cajal, con 60,32 días; el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, con 63,31; y el Hospital Universitario 12 de Octubre, con 66,08.

Incluso en las especialidades quirúrgicas con más demora en el Sistema Nacional de Salud (SNS), la FJD presenta tiempos de espera considerablemente más reducidos. Es el caso de Cirugía Plástica, la especialidad quirúrgica más colapsada, cuya demora media nacional es de 236 días, frente a los 15,96 de la FJD (220 días menos). Le siguen Angiología y Cirugía Vascular, con una demora media nacional de 148 días, frente a los 15,46 de la FJD (132 días menos); Traumatología, con 139 días frente a 19,58 en la FJD (119 días menos); y Urología, con una media nacional de 129 días, mientras que en la FJD es de 14,19 (115 días menos).

También en las intervenciones de mayor complejidad

El buen desempeño de la FJD se refleja, sobre todo, en las intervenciones más complejas. En Cirugía Cardíaca, para procedimientos como el bypass coronario, el reemplazo de válvulas cardíacas y el trasplante de corazón, el tiempo de espera en la FJD es 43 días menor que la media nacional: 19,83 días frente a 63. En Neurocirugía, en intervenciones como cirugías en el cerebro y la médula espinal, resección de tumores cerebrales o cirugías de epilepsia, la diferencia es de 176 días menos (12,36 días en la FJD frente a 189 de media nacional). En Cirugía Torácica, que incluye intervenciones en los pulmones, el esófago y la tráquea, así como la resección de tumores pulmonares, la reducción es de 88 días (9,43 días en la FJD frente a 98). También en Cirugía Maxilofacial se observa una reducción de 98 días en el hospital madrileño con 26,83 frente a 125.

Si comparamos por procedimientos concretos, las diferencias también son notables. Para la corrección del hallux valgus (juanetes), la espera en la FJD es de 14,83 días, 125 menos que la media nacional. En el caso de una prótesis de rodilla, son 27,37 días, 108 menos. Para una artroscopia, la FJD presenta 17,96 días, 112 menos. Para una operación de próstata 12,85 días, 115 menos. En el caso de una operación de cataratas son 24,51 días de demora en el centro, 48 menos que el SNN, y para una prótesis de cadera, 24,22 días, 86 menos.

Un modelo de gestión público privado

Los buenos datos del Hospital Fundación Jiménez Díaz son en parte el resultado de su modelo de gestión público-privado, que ha demostrado ser altamente eficiente en la reducción de tiempos de espera y en la optimización de los recursos sanitarios. Este enfoque permite una mayor flexibilidad en la organización, la incorporación ágil de innovaciones tecnológicas y una mejor coordinación entre los profesionales, lo que se traduce en una atención más rápida y de calidad para los pacientes.

La Fundación Jiménez Díaz es un centro de referencia en especialidades como Oncología, Cardiología, Endocrinología, Microbiología, Nefrología y Hematología con un enfoque en la medicina personalizada y las terapias avanzadas. En el ámbito de la docencia e investigación biomédica, se posiciona como un hospital universitario vinculado a la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), con más de 1.000 ensayos clínicos en marcha. Por otro lado, su compromiso con la humanización y la experiencia del paciente se refleja en programas que mejoran la hospitalización, facilitan la conciliación familiar y garantizan una atención centrada en el bienestar de los pacientes, lo que se traduce en altos niveles de satisfacción en las encuestas. En el ámbito de la calidad asistencial y seguridad del paciente, es el primer y único hospital público español de su nivel con la acreditación de la Joint Commission International (JCI).

Su desempeño le ha hecho merecedor de numerosos reconocimientos. Ha sido reconocido como el mejor de España según el Índice de Excelencia Hospitalaria (IEH). Lidera la digitalización en el sector, figurando en el ranking de los World’s Best Smart Hospitals 2025, con una historia clínica digital avanzada y el uso de la telemedicina para optimizar la atención. En gestión hospitalaria, ha sido galardonado en siete ocasiones consecutivas con el premio Top 20 en "Gestión Hospitalaria Global", gracias a su modelo basado en la optimización de recursos y la reducción de tiempos de espera. Además ha recibido múltiples premios Best in Class, que reconocen a los mejores hospitales y servicios que buscan la excelencia en la atención que prestan a sus pacientes. El último en noviembre de 2024 en el que la Fundación Jiménez Díaz es reconocida como el mejor hospital español en cuatro categorías: “Microbiología”, “Control de Infección”, “Endocrinología” y “Hematología”. A estos galardones se suma una Mención Especial en “Medicina Preventiva y Salud Pública”, y el hecho de ser finalista en nada menos que 12 categorías.

Medios especializados



El descanso durante los ingresos hospitalarios es fundamental para sobrellevar de mejor manera la estancia en el centro y mejorar el estado de ánimo y la calidad de vida de los pacientes. Esto, en muchas ocasiones, no se trabaja de manera óptima y el insomnio diario se apodera de aquellos que pasan la noche en una habitación de hospital. El Hospital de La Princesa, en Madrid, ha realizado una charla sobre este tema dentro de los talleres que ha puesto en marcha en su sala del bienestar y lecturoterapia para pacientes ingresados.

“Buscábamos invitar a los pacientes a participar de forma activa en su proceso de recuperación. De ahí la importancia de sacarlos un ratito de la habitación, compartir experiencias con otros pacientes y aprender. Cuando hay charlas, pasamos notas informativas a la hora de la comida y el personal de la planta invita a participar. Además, **si necesitan ayuda, los acompañamos y estamos pendientes para que puedan volver luego a la habitación**”, afirma Sara Matarranz, supervisora de la Unidad de Hospitalización de Digestivo y Urología del Hospital La Princesa (Madrid) y una de las impulsoras de este programa.

Charla muy valorada

Más de 10 pacientes acudieron a esta charla, que fue muy aplaudida por todos ellos, ya que la falta de sueño y de descanso es uno de los grandes problemas que se sufren en los hospitales diariamente.

“Están en una situación aguda, un entorno hostil y muchas veces los pacientes no pueden descansar porque es un organismo vivo y hay ruidos. Si a esto añadimos la preocupación que tienen, puede influir en el sueño, que, al final, influye en la recuperación”, explica María González, enfermera de Práctica Avanzada de Sueño y Ventilación del Hospital La Princesa (Madrid).

En este sentido, la enfermera subraya la importancia de afrontar el tema con los pacientes y también con los profesionales: “Nosotros **también tenemos que ser conscientes de que es de noche** y es cierto que, a veces,

nos ponemos a hablar y no nos damos cuenta. Los profesionales también debemos intentar evitar hablar en los pasillos, controlar los ruidos excesivos, darnos cuenta de apagar las luces…”.

Rutinas

Asimismo, algunos de los consejos que han aprendido durante la charla es que los pacientes deben llevare rutinas también dentro del hospital. “Recomendamos salir a pasear, que mantengan una vida activa durante el día y si no pueden, que se sienten en el sillón, que mantengan las persianas abiertas para que entre la luz y respeten los horarios de día y noche. Luego existen pacientes que tienen problemas anteriores de sueño y quieren consejos sobre cómo actuar cuando les den el alta”, puntualiza.

Esta es una de las muchas acciones que tiene el hospital para humanizar la atención. Tal es así, que la sala está abierta 24 horas para que los pacientes puedan salir de la habitación, pasar y **disfrutar de la lectura o de diferentes juegos de mesa**.

“Parte del proceso de recuperación de los pacientes viene por su estado emocional. El crear una sala y dotarla de libros y juegos para que los pacientes vengan a distraerse es una motivación para su mejora. El ocio y la recreación son estímulos muy importantes. Además, esto se une a los talleres formativos, tratando de que los temas sean útiles sobre necesidades que ellos tienen durante su proceso de hospitalización”, recalca Verónica Martin, médica del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital la Princesa (Madrid).

Medio locales

SEVILLA buenas noticias

El Virgen del Rocío lidera un estudio nacional sobre cómo se mueven las células tumorales durante la cirugía de cáncer de páncreas

El Virgen del Rocio lidera un estudio nacional sobre cómo se mueven las células tumorales durante la cirugia de cáncer de páncreas

abril 15, 2025



HLA CLÍNICA SANTA IS
PIDE CITA :
954 570 004 | Portal del Paciente | App
C/ Luis Montoto, 100. Sevilla

HLA CENTRO MÉDICO QUIRÚR RAMÓN Y CA.
Avenida Ramón y Cajal, 35
grupohla.com

Un equipo de especialistas del Hospital Universitario Virgen del Rocío ha liderado el primer estudio nacional que describe el movimiento de las células tumorales mientras se practica una intervención por cáncer de páncreas. El hospital sevillano suma así un nuevo hito en su liderazgo de la cirugía oncológica, en este caso, en el cáncer de páncreas, ya que este hallazgo podría plantear nuevas estrategias para evitar que el tumor crezca de nuevo tras la operación o incluso que se extienda a otras zonas del cuerpo.

«Hemos monitorizado durante toda la intervención quirúrgica de cáncer de páncreas cómo se mueven tanto las células tumorales aisladas como las agrupaciones de estas células y hemos analizado su impacto en los resultados», pone en valor el investigador principal del proyecto a nivel nacional, Dr. Javier Padillo, cirujano experto en cáncer de páncreas, jefe del servicio de Cirugía General y Catedrático de Cirugía de la Universidad de Sevilla.

En esta investigación multicéntrica, denominada CETUPANC, han participado cirujanos de otros nueve hospitales españoles con experiencia en cirugía de cáncer de páncreas. En concreto, el Hospital Clínico de Valencia; el Hospital Universitario de Badajoz; el Hospital Universitario de Salamanca; los hospitales 12 de Octubre, La Princesa y Clínico de Madrid; los hospitales Mutua de Tarrasa y el Clínic de Barcelona; y Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

Además de los cirujanos, en el estudio CETUPANC han participado oncólogos, patólogos y digestivos. El trabajo, que ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad, ha durado en total ocho años; tres de ellos, realizando un seguimiento estrecho a los pacientes.

Los profesionales han desarrollado un nuevo concepto de Biopsia Líquida Intraoperatoria. Según los resultados obtenidos, la movilización de células tumorales durante la cirugía puede aportar información interesante para valorar el riesgo de quedar posibles restos tumorales microscópicos.

«Los patólogos y el equipo en su conjunto dispondríamos de información adicional al mero estudio histológico de los márgenes de resección quirúrgicos, y así conseguiríamos una mejor valoración de posibles restos neoplásicos microscópicos», afirma el Dr. Juan José Borrero, especialista en Anatomía Patológica del Hospital Universitario Virgen del Rocío, con gran experiencia en estos tumores.

Estos hallazgos aportan un conocimiento completamente nuevo, que permitiría plantear nuevas estrategias para evitar que el tumor vuelva a crecer tras la cirugía de cáncer de páncreas. «Este hallazgo, que es la primera vez que se describe, es muy relevante pues se trata de pacientes en los que la aparición de recurrencia no es infrecuente y esto tiene una repercusión importante en la supervivencia de estos enfermos», explica el Dr. Javier Padillo.

Por otro lado, los investigadores han detectado qué tipo de células se asocian con mayor probabilidad a la aparición de metástasis y qué factores contribuyen a ello. A este respecto, «La agrupación de células tumorales en forma de racimos (conocidos por el término inglés de cluster), han mostrado tener un mayor riesgo de metástasis a distancia», según señala el Dr. Gonzalo Suárez, experto en cirugía de páncreas perteneciente también al servicio de Cirugía General, coordinador del estudio en el Hospital Virgen del Rocío.

En este sentido, la investigación también abre la puerta a establecer estrategias para mejorar los resultados, permitiendo evaluar la diseminación tumoral en tiempo real y ayudando a identificar la agresividad del tumor y el riesgo de recurrencia. En resumen, «Tener estos datos nos ayudarían a tener más información de marcadores epigenéticos y de expresión génica que permitirían ayudar a desarrollar de esquemas de tratamiento más precisos y personalizados», afirma la Dra. Inmaculada Gallego, especialista en Oncología Médica, experta en tumores digestivos.

Los resultados obtenidos han sido publicados, de momento, en dos revistas de gran impacto en el ámbito de la cirugía: International Journal of Surgery, que es la 2ª revista en factor de impacto del área; y en el British Journal of Surgery Open, que está en el percentil 89, también entre las líderes de la cirugía.

«Son resultados que abren la puerta a nuevas líneas de investigación en un campo en el que el trabajo multidisciplinar de oncólogos, patólogos, digestivos y cirujanos es esencial para avanzar en la mejora de los resultados», concluye el Dr. Javier Padillo

Medios locales



Los hallazgos permiten entender mejor los mecanismos de diseminación del tumor y ayudar a desarrollar estrategias para mejorar la supervivencia

El equipo de cirugía hepatobiliopancreática del centro aragonés ha colaborado con especialistas de otros nueve hospitales en la investigación CETUPANC

El equipo de cirugía hepatobiliopancreática del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza ha participado activamente en el primer estudio nacional que analiza el comportamiento de las células tumorales durante la cirugía de cáncer de páncreas. Este trabajo, liderado por el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, podría revolucionar el abordaje de esta enfermedad al proporcionar información valiosa para evitar la recurrencia del tumor y su diseminación a otros órganos.

En esta investigación multicéntrica, denominada CETUPANC, han participado cirujanos de otros nueve hospitales españoles con experiencia en cirugía de cáncer de páncreas. En concreto, el Hospital Clínico de Valencia; el Hospital Universitario de Badajoz; el Hospital Universitario de Salamanca; los hospitales 12 de Octubre, La Princesa y Clínico de Madrid; los hospitales Mutua de Tarrasa y el Clínic de Barcelona; y Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

Además de los cirujanos, en el estudio CETUPANC han participado oncólogos, patólogos y digestivos. El trabajo, que ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad, ha durado en total ocho años; tres de ellos, realizando un seguimiento estrecho a los pacientes.

Los profesionales han desarrollado un nuevo concepto de Biopsia Líquida Intraoperatoria. Según los resultados obtenidos, la movilización de células tumorales durante la cirugía puede aportar información interesante para valorar el riesgo de quedar posibles restos tumorales microscópicos.

Estos hallazgos aportan un conocimiento completamente nuevo sobre cómo se comporta la patología que permitiría plantear nuevas estrategias para evitar que el tumor vuelva a crecer tras la cirugía de cáncer de páncreas. “Estos hallazgos son particularmente relevantes porque nos permiten entender mejor los mecanismos de diseminación del

cáncer de páncreas y podrían ayudarnos a desarrollar estrategias para reducir la recurrencia y mejorar la supervivencia", explica la Dra. Sandra Paterna, coordinadora del proyecto en el Servet.

Por otro lado, los investigadores han detectado qué tipo de células se asocian con mayor probabilidad a la aparición de metástasis y qué factores contribuyen a ello. A este respecto, la agrupación de células tumorales en forma de racimos (conocidos por el término inglés de cluster) ha mostrado tener un mayor riesgo de metástasis a distancia.

En este sentido, la investigación también abre la puerta a establecer estrategias para mejorar los resultados, permitiendo evaluar la diseminación tumoral en tiempo real y ayudando a identificar la agresividad del tumor y el riesgo de recurrencia. En resumen, tener estos datos ayudaría a disponer de más información de marcadores epigenéticos y de expresión génica que permitirían ayudar a desarrollar de esquemas de tratamiento más precisos y personalizados.

«Lo más valioso es que estos hallazgos nos están permitiendo abrir nuevas líneas de investigación en tres frentes clave: a nivel molecular, en inmunoterapia y en la selección de terapias quirúrgicas más personalizadas. Este estudio prospectivo multicéntrico nos da las bases para seguir trabajando de manera más dirigida, con menos incógnitas", concluye el Dr. Alejandro Serrablo, jefe de la Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática del Sº de Cirugía General del Servet. Los hallazgos del estudio CETUPANC constituyen una base sólida para futuras investigaciones colaborativas entre los diez hospitales participantes.

Los resultados obtenidos han sido publicados, de momento, en dos revistas de gran impacto en el ámbito de la cirugía: International Journal of Surgery, que es la 2ª revista en factor de impacto del área; y en el British Journal of Surgery Open, que está en el percentil 89, también entre las líderes de la cirugía. Las publicaciones son las siguientes:

International Journal of Surgery 110(12):p 7798-7805, December 2024. | DOI: 10.1097/JS9.0000000000002153
BJS Open, Volume 8, Issue 6, December 2024, zrae123, https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrae123

Nuevas líneas

En paralelo a estos avances, esta unidad de cirugía del Servet está desarrollando a través de su biobanco nuevas líneas de investigación, como el proyecto «*Nuevos marcadores metabólicos para la estratificación y manejo del cáncer de páncreas*«, financiado por el Instituto de Salud Carlos III. Este trabajo complementario busca identificar biomarcadores de expresión génica que permitan un diagnóstico más precoz de la enfermedad, avanzando así hacia una medicina más personalizada y mejorando las perspectivas de los pacientes con este tipo de tumor.

Medios Nacionales



Un profesional del Hospital Universitario de La Princesa, centro público de la Comunidad de Madrid, ha sido incluido en el 'ranking' de los 10 mejores médicos intensivistas españoles según el 'Monitor de Reputación Sanitaria 2024'. Se trata del doctor Fernando Suárez Sipmann, médico especialista del Servicio de Medicina Intensiva de este centro sanitario.

El doctor Fernando Suárez Sipmann es un profesional de reconocido prestigio, coordinador de la sección de pacientes críticos respiratorios y cardiológicos del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital de La Princesa, y profesor asociado de la Universidad Autónoma de Madrid. Asimismo, es presidente del Comité Científico de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) e investigador clínico docente del Department of Surgical Sciences, Section of Anesthesiology and Critical Care de la Uppsala University (Suecia).

Los intensivistas que figuran en este ranking son elegidos por los propios compañeros de profesión en un cuestionario del Monitor de Reputación Sanitaria (MRS) elaborado por Merco (Monitor Empresarial de Reputación Corporativa). El MRS lleva más de 10 años evaluando la reputación de los principales actores de la sanidad española (mejores hospitales públicos y privados, servicios, empresas farmacéuticas…). Dentro del mismo cuestionario son los propios

especialistas (6.060 médicos) y más de 100 responsables de empresas farmacéuticas, los que seleccionan a los mejores profesionales sanitarios en 32 especialidades médicas.

Más de 30 protocolos de funcionamiento y la certificación de calidad AENOR

El servicio de Medicina Intensiva del Hospital de La Princesa, del que forma parte Suárez Sipmann es una Unidad médico-quirúrgica, de alta tecnología, enmarcada en un centro de tercer nivel y alta complejidad, y que realiza una importante actividad docente e investigadora. Cuenta con avanzados métodos de monitorización y tratamientos de soporte vital, así como con más de 30 protocolos de funcionamiento, procedimientos básicos de acogida de pacientes y sus familias con apoyo documental, trípticos informativos y talleres para el apoyo a familiares.

En 2024 obtuvo la certificación de calidad AENOR según la norma ISO:9001 por su sistema de gestión de calidad aplicado a los cuidados críticos. Esta certificación supone una evidencia de que todos los procedimientos que se llevan a cabo disponen de un estricto control de calidad, aumentando al mismo tiempo la confianza de los pacientes en el servicio recibido.

Medios locales



En el marco de la medicina intensiva, el doctor Fernando Suárez Sipmann se ha consolidado como una figura de prestigio indiscutible. Este destacado profesional no solo coordina la sección de pacientes críticos respiratorios y cardiológicos del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital de La Princesa, sino que también ejerce como profesor asociado en la Universidad Autónoma de Madrid. Su presencia en el ámbito académico y su liderazgo en el Comité Científico de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) lo sitúan en la cúspide de su especialidad.

El prestigio del doctor Suárez Sipmann ha sido reconocido mediante el Monitor de Reputación Sanitaria (MRS) de Merco, donde son sus propios colegas de profesión quienes eligen a los mejores intensivistas. Este cuestionario, que durante más de una década ha evaluado la reputación de los principales referentes de la sanidad española, involucra la participación de 6.060 médicos y más de 100 responsables de empresas farmacéuticas. Así, Suárez Sipmann se destaca en un entorno altamente competitivo, siendo un modelo a seguir para muchos dentro del sector.

El Servicio de Medicina Intensiva del Hospital de La Princesa, del cual Suárez Sipmann es parte integral, se erige como una unidad médico-quirúrgica de alta tecnología. Ubicado en un centro de tercer nivel y alta complejidad, este servicio ofrece avanzados métodos de monitorización y tratamientos de soporte vital. Además, el compromiso del equipo con la educación y la investigación es evidente, contando con más de 30 protocolos de funcionamiento y un sistema de acogida para pacientes y sus familias. La reciente obtención de la certificación de calidad AENOR, conforme a la norma ISO:9001, en 2024, es testimonio de su rigurosidad en la gestión de cuidados críticos.

Este aval de calidad no solo incrementa la confianza de los pacientes, sino que también refuerza la reputación del servicio que lidera Suárez Sipmann. La implementación de estrictos controles de calidad y el continuo desarrollo de procedimientos aseguran que el cuidado ofrecido esté a la altura de las expectativas más exigentes. En un contexto donde la excelencia médica es primordial, la labor del doctor Suárez Sipmann y su equipo en el Hospital de La Princesa se presenta como un ejemplo de innovación y compromiso con el bienestar de los pacientes.

Agencias



Un profesional del Hospital público de La Princesa, entre los 10 mejores intensivistas españoles

Un profesional del Hospital Universitario de La Princesa, centro público de la Comunidad de Madrid, ha sido incluido en el 'ranking' de los 10 mejores médicos intensivistas españoles según el 'Monitor de Reputación Sanitaria 2024'. Se trata del doctor Fernando Suárez Sipmann, médico especialista del Servicio de Medicina Intensiva de este centro sanitario.

El doctor Fernando Suárez Sipmann es un profesional de reconocido prestigio, coordinador de la sección de pacientes críticos respiratorios y cardiológicos del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital de La Princesa, y profesor asociado de la Universidad Autónoma de Madrid. Asimismo, es presidente del Comité Científico de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) e investigador clínico docente del Department of Surgical Sciences, Section of Anesthesiology and Critical Care de la Uppsala University (Suecia).

Los intensivistas que figuran en este ranking son elegidos por los propios compañeros de profesión en un cuestionario del Monitor de Reputación Sanitaria (MRS) elaborado por Merco (Monitor Empresarial de Reputación Corporativa). El MRS lleva más de 10 años evaluando la reputación de los principales actores de la sanidad española (mejores hospitales públicos y privados, servicios, empresas farmacéuticas...). Dentro del mismo cuestionario son los propios especialistas (6.060 médicos) y más de 100 responsables de empresas farmacéuticas, los que seleccionan a los mejores profesionales sanitarios en 32 especialidades médicas.

Más de 30 protocolos de funcionamiento y la certificación de calidad AENOR

El servicio de Medicina Intensiva del Hospital de La Princesa, del que forma parte Suárez Sipmann, es una Unidad médico-quirúrgica, de alta tecnología, enmarcada en un centro de tercer nivel y alta complejidad, y que realiza una importante actividad docente e investigadora. Cuenta con avanzados métodos de monitorización y tratamientos de soporte vital, así como con más de 30 protocolos de funcionamiento, procedimientos básicos de acogida de pacientes y sus familias con apoyo documental, trípticos informativos y talleres para el apoyo a familiares.

En 2024 obtuvo la certificación de calidad AENOR según la norma ISO:9001 por su sistema de gestión de calidad aplicado a los cuidados críticos. Esta certificación supone una evidencia de que todos los procedimientos que se llevan a cabo disponen de un estricto control de calidad, aumentando al mismo tiempo la confianza de los pacientes en el servicio recibido.

Medios radiofónicos

RNE
18/04/2025
CON BATA BLANCA
Minutado: 23:19 / 13:42

https://www.rtve.es/play/audios/con-bata-blanca/bata-blanca-inhalador-producto-sanitario-mas-contamina/16532990/



La Dra. Tamara Alonso, neumóloga del Hospital de La Princesa, habla sobre el asma grave y los posibles tratamientos.

Medios locales

EL DIARIO DE MADRID,

MADRID · COMUNIDAD MUNICIPIOS · UNIVERSIDAD · OPINIÓN · CULTURA ECONOMÍA TECNOLOGÍA DEPORTES

Accidente

Cinco trabajadores heridos tras el derrumbe de un falso techo en una obra del barrio de Salamanca

Tres de los operarios tuvieron que ser trasladados a hospitales con lesiones potencialmente graves tras quedar atrapados bajo los restos del desplome.



Lugar en el que el falso techo se desplomó sobre los trabajadores · Emergencias

Cinco trabajadores resultaron heridos este jueves en un accidente laboral ocurrido en el número 69 de la calle Velázquez, en pleno barrio de Salamanca, tras **desplomarse un falso techo de pladur en el interior de un local en obras**. El siniestro se produjo a las 12:12 horas, mientras **los operarios trabajaban en el bajo del edificio**.

Según informaron fuentes de **Emergencias 112 Comunidad de Madrid**, dos de los afectados quedaron atrapados bajo los escombros y tuvieron que ser **rescatados por Bomberos del Ayuntamiento de Madrid**. En la operación de rescate y asistencia intervinieron también efectivos de Summa 112, Samur-Protección Civil y Policía Municipal.

Tres traslados hospitalarios por lesiones de diversa consideración

Entre los heridos, un hombre de 26 años con probable fractura de rodilla izquierda y pelvis fue trasladado en estado potencialmente grave al Hospital Clínico San Carlos. Otro operario de 33 años, también con fractura de rodilla y policontusiones, fue derivado al Hospital de La Princesa en estado similar.

El tercer traslado con pronóstico leve fue el de un hombre de 45 años, afectado por dolor lumbar, también al Hospital de La Princesa.

Por su parte, Samur-Protección Civil atendió a otros dos trabajadores: uno de 53 años, que fue dado de alta en el lugar, y otro de 49 años, con politraumatismos leves, que fue llevado al Hospital 12 de Octubre.

Investigación en curso

La **Policía Municipal de Madrid** se ha hecho cargo de la investigación para esclarecer las causas del derrumbe, ocurrido durante las **tareas de reforma del local**. Entre las hipótesis que se barajan está un posible **fallo estructural en el sistema de suspensión del falso techo**, aunque los detalles exactos aún están por determinar.

Este nuevo accidente reaviva el debate sobre la seguridad en obras urbanas y la necesidad de reforzar la inspección de condiciones laborales y materiales en el sector de la construcción, especialmente en zonas céntricas de la capital con alta densidad de reformas.

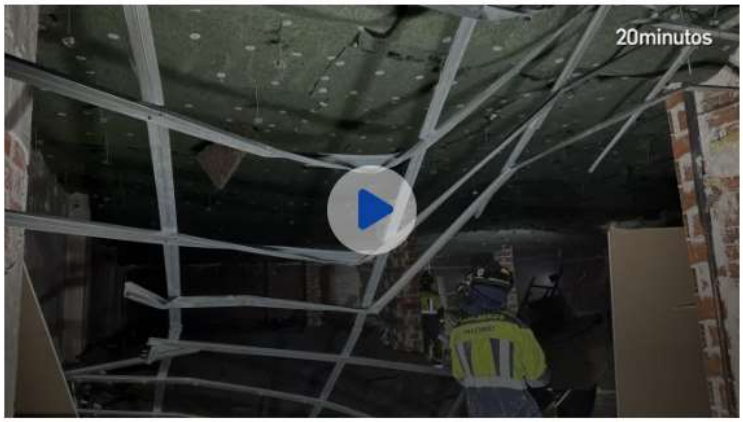
Medios locales

20minutos
EDICIÓN ESPAÑA
¿Preparado? 23.04.2025
DIRECTO Trump espera que Moscú y Kiev alcancen un acuerdo "esta semana" tras el fin de la tregua

Accidente laboral en Madrid: cinco heridos, dos de ellos graves, tras el derrumbe de un falso techo en una obra de la calle Velázquez

MADRID AGENCIAS | NOTICIA | 17.04.2025 - 16:51H

- Dos de las víctimas han quedado atrapadas bajo las placas de pladur y han sido rescatadas por los bomberos.





Saber más

Cinco trabajadores han resultado heridos este jueves tras **derrumbarse un falso techo** en la obra en la que estaban trabajando, ubicada en el número 69 de la calle Velázquez de la capital. Dos de ellos se encuentran graves y han sido rescatados por los bomberos del Ayuntamiento de Madrid tras haber quedado **atrapados bajo las placas de pladur**.

El primero de los heridos graves es un hombre de 26 años que presenta una **posible fractura de rodilla y de pelvis** y que ha sido trasladado al Hospital Clínico. Mientras que el segundo es un hombre de 33 años que sufrió una fractura de rodilla y **policotusiones** y que ha sido llevado al Hospital de la Princesa, según ha informado Efe.

El tercer herido es un hombre de 45 años que ha sido trasladado al Hospital de la Princesa **debido a un dolor lumbar**. Otro trabajador, de 49 años, ha sido llevado al Hospital 12 de Octubre con pronóstico leve por **dolor en el tobillo** y policontusiones. El quinto herido, de 53 años, ha sido atendido y dado de alta en el lugar de los hechos.

En las labores de rescate han participado los Bomberos del Ayuntamiento de Madrid, Samur-Protección Civil y Summa 112. Además, el Grupo de Siniestralidad Laboral de la Unidad de Coordinación Judicial de la Policía Local de la capital se ha hecho cargo de la investigación con el fin de **esclarecer este accidente laboral**, según ha informado Emergencias 112 Comunidad de Madrid a través de sus redes sociales.

Medios locales

GACETÍN MADRID
Periódico digital de la Ciudad de Madrid



Distritos ◦ Noticias ◦ Salamanca

Cinco heridos, dos de ellos graves, en el derrumbe de un techo en el Barrio de Salamanca (Madrid)

17 abril, 2025

Un total de cinco personas han resultado heridas, dos de ellas graves, esta tarde de jueves, 17 de abril, tras caer un falso techo de pladur en un edificio en obras ubicado en el distrito madrileño de Salamanca.

Los hechos han ocurrido pasado el mediodía en un bajo en construcción en el número 69 de la calle Velázquez. Por causas que aún se investigan, a cinco trabajadores se les ha venido encima el falso techo, quedando dos de ellos atrapados, precisando ser rescatados por los Bomberos del Ayuntamiento de Madrid.

Sanitarios del SUMMA 112 han atendido a tres de los heridos: el primero un joven de 26 años de edad que había quedado atrapado y que ha sufrido fracturas en la rodilla izquierda y de la pelvis, siendo evacuado al Hospital Clínico San Carlos en estado grave; el segundo de 33 años, también atrapado, con fractura de rodilla izquierda y policontusiones, evacuado grave al Hospital de la Princesa.

Y un tercero un hombre 45 años de edad con dolor lumbar, trasladado con pronóstico leve al Hospital de la Princesa. Por su lado, SAMUR Protección Civil ha atendido a los otros dos obreros: uno de ellos, de 53 años, ha recibido el alta en el lugar; mientras que el segundo de 49 años ha sufrido dolor en el tobillo y policontusiones, siendo evacuado como leve al Hospital 12 de Octubre.

Agentes de la Unidad de Coordinación Judicial de la Policía Municipal de Madrid desplazados al lugar del suceso han abierto una investigación para esclarecer las circunstancias de este grave siniestro.

Medios locales



Dos de los trabajadores se encontraban atrapados y han sido trasladados como potencialmente graves al hospital

Cinco trabajadores han resultado heridos este jueves **tras el desplome de un falso techo de pladur** en un bajo en obras ubicado en el número 69 de la calle Velázquez, en el distrito madrileño de Salamanca, según ha informado el 112 de la Comunidad de Madrid.

El accidente laboral se ha producido **a las 12:12 horas**, y hasta el lugar se han desplazado los Bomberos del Ayuntamiento de Madrid, efectivos del SAMUR, SUMMA y la Policía Municipal.

El derrumbe se ha producido en un bajo que estaba en proceso de reforma. **Dos operarios han quedado atrapados bajo los escombros** y han tenido que ser liberados por los Bomberos del Ayuntamiento de Madrid.

Los equipos de emergencias han atendido a seis personas. **El SAMUR ha asistido a dos trabajadores:** un hombre de 53 años, dado de alta en el lugar, y otro de 49, con policontusiones, que ha sido trasladado con pronóstico leve al Hospital 12 de Octubre.

El SUMMA, por su parte, ha atendido a otros tres operarios, entre ellos los dos que estaban atrapados. Uno de ellos, de 26 años, ha sido trasladado al Hospital Clínico con una probable fractura de rodilla izquierda y pelvis, en estado potencialmente grave. El otro, de 33 años, ha sufrido una probable fractura de rodilla y policontusiones, y ha sido evacuado al Hospital de La Princesa, también con pronóstico potencialmente grave. El tercer paciente atendido por SUMMA es un hombre de 45 años con dolor lumbar, trasladado con pronóstico leve al mismo centro hospitalario.

La Policía Municipal de Madrid ha abierto una **investigación** para esclarecer las causas del accidente.

Medios nacionales

LA VANGUARDIA

Nacional

.MINUTO / INTERNACIONAL / POLÍTICA / OPINIÓN / SOCIEDAD / DEPORTES / ECONOMÍA / CIUDADES / POP / CULTURA / SUCESOS SUSCRÍBETE

Cinco trabajadores heridos tras desplomarse sobre ellos un falso techo de pladur



(Servimedia)

MADRID, 17 (SERVIMEDIA)

Cinco trabajadores resultaron heridos este jueves tras desplomarse sobre ellos un falso techo de pladur en la calle Velázquez, número 69, en el barrio de Salamanca de Madrid.

El accidente laboral se produjo cuando varios operarios trabajaban en un bajo en construcción.

Según informó Javier Chivite, portavoz de Emergencias 112 de la Comunidad de Madrid, la primera llamada se recibió a las 12.12 horas, y el aviso se derivó a Bomberos del Ayuntamiento de Madrid, Policía Municipal, Summa 112 y Samur-Protección Civil, que se desplazaron al lugar.

En el suceso dos trabajadores quedaron atrapados y fueron liberados por los Bomberos. Samur-PC atendió en el lugar a un hombre de 53 años, que fue dado de alta, y a otro de 49 años con poli contusiones que fue trasladado al Hospital 12 de Octubre con pronóstico leve.

Por su parte, el Summa 112 atendió a tres pacientes. Un hombre de 26 años que se encontraba atrapado y que presenta probable fractura de rodilla izquierda y de pelvis fue trasladado al Hospital Clínico y su estado es potencialmente grave.

Otro hombre de 33 años, que había quedado también atrapado y presentaba probable fractura de rodilla y poli contusiones, fue trasladado al Hospital de La Princesa con un estado potencialmente grave.

Además, fue atendido un hombre de 45 años con dolor lumbar que fue trasladado con pronóstico leve al Hospital de la Princesa.

La Policía Municipal se hizo cargo de la investigación de los hechos.

Medios locales

aragondigital.es

SEMANA SANTA ZARAGOZA ARAGÓN SUCESOS REAL ZARAGOZA DEPORTES AGENDA OCIO Y CULTURA ECONOMÍA ESPAÑA MÁS

ESPAÑA

Cinco trabajadores heridos en Madrid tras desplomarse sobre ellos un falso techo de pladur

El accidente laboral se ha producido cuando varios operarios trabajaban en un bajo en construcción



NOTICIAS DE HOY



Empate del Tarazona en Balaídos para mantenerse a cuatro del descenso (1-

Cinco trabajadores han resultado heridos este jueves tras desplomarse sobre ellos un falso techo de pladur en la calle Velázquez, número 69, en el **barrio de Salamanca de** Madrid. El accidente laboral se ha producido cuando varios operarios trabajaban en un bajo en construcción.

Según ha informado el portavoz de Emergencias 112 de la Comunidad de Madrid, **Javier Chivite,** la primera llamada se ha recibido a las 12.12 horas, y el aviso se ha derivado a **Bomberos del Ayuntamiento de Madrid, Policía Municipal, Summa 112 y Samur-Protección Civil, que se han desplazado al lugar**.

En el suceso dos trabajadores han quedado atrapados y han sido liberados por los Bomberos. El Samur-PC ha atendido en el lugar a un hombre de 53 años, que ha sido dado de alta, y a otro de 49 años con poli contusiones que **ha sido trasladado al Hospital 12 de Octubre con pronóstico leve**.

Por su parte, el Summa 112 ha atendido a tres pacientes. **Un hombre de 26 años** que se encontraba atrapado y que presenta probable fractura de rodilla izquierda y de pelvis, que ha sido trasladado al Hospital Clínico y su estado es potencialmente grave. **Otro hombre de 33 años**, que había quedado también atrapado y presentaba probable fractura de rodilla y poli contusiones, ha sido trasladado al Hospital de La Princesa con un estado potencialmente grave. Por último, **un hombre de 45 años** con dolor lumbar que ha sido trasladado con **pronóstico leve al Hospital de la Princesa**. La Policía Municipal se ha hecho cargo de la investigación de los hechos.

Medios nacionales


EL ESPAÑOL

INICIAR SESIÓN

SUSCRÍBETE

MENÚ

MADRID

URGENTE Muere el Papa Francisco | Última hora y todas las reacciones tras su fallecimiento

Bomberos y Summa 112 en un bajo de la calle Velázquez. 112 Comunidad de Madrid

SOCIEDAD

Accidente laboral en la calle Velázquez: cinco trabajadores heridos tras desplomarse el falso techo de un bajo

- El derrumbe se ha producido hacia las 12.00 horas de este jueves en un bajo ubicado en el número 69 de la calle Velázquez.
- **Más información:** Un hombre muy grave tras ser apuñalado repetidas veces de madrugada y en plena calle en Puente de Vallecas

PUBLICIDAD

NOTICIAS PARA TI

Carla, hija de un guardia civil fallecido en la especialidad más peligrosa: "Su cuer...

Publicada17 abril 202514:16h

Aparatoso accidente laboral en Madrid. Un falso techo de pladur de un bajo que estaba en construcción se ha desplomado sobre varios trabajadores que **se encontraban realizando labores**, según ha informado un portavoz del 112 de Madrid. Los hechos se han producido hacia las 12.00 horas de este jueves en el número 69 de la calle Velázquez.

Ante el accidente, hasta el lugar se han desplazado los bomberos del Ayuntamiento de Madrid, Samur Protección Civil y el Summa 112. **Ha habido dos trabajadores atrapados en el bajo que han sido liberados por Bomberos del Ayuntamiento.**
18

Por su parte, Samur ha atendido a dos trabajadores: un hombre de 53 años que ha sido dado de alta en el lugar y **un hombre de 49 años con policontusiones** que ha sido trasladado al Hospital 12 de Octubre con pronóstico leve.

Por otro lado, los sanitarios del Summa han atendido a tres pacientes: un hombre de 26 años que se encontraba atrapado y que presenta una probable fractura de rodilla izquierda y de pelvis y ha sido trasladado al Hospital Clínico como potencialmente grave, **un hombre de 33 años con probable fractura de rodilla** y policontusiones que ha sido trasladado al Hospital de La Princesa como potencialmente grave y un hombre de 45 años con dolor lumbar trasladado con pronóstico leve al Hospital de la Princesa.

Medios nacionales



Cinco operarios han resultado heridos tras el colapso de un falso techo en un local en obras situado en el número 69 de la calle Velázquez, en el distrito madrileño de Salamanca. Dos de ellos han sido evacuados **con pronóstico grave** tras quedar atrapados bajo los materiales derrumbados.

El accidente ocurria poco después del mediodía, en un bajo comercial en proceso de reforma. El desprendimiento ha provocado que parte del techo de pladur se viniera abajo mientras los trabajadores se encontraban dentro, **según ha informado el 112 Comunidad de Madrid.**

Efectivos de Bomberos del Ayuntamiento de Madrid han tenido que intervenir para liberar a dos de los operarios que habían quedado atrapados por la estructura colapsada. Uno de ellos, **un joven de 26 años**, presentaba una posible fractura de pelvis y de rodilla izquierda, por lo que fue trasladado al Hospital Clínico San Carlos.

El segundo **trabajador atrapado, de 33 años**, ha sido evacuado al Hospital de la Princesa con una fractura probable en la rodilla y diversas contusiones y por el momento permanece ingresado con pronóstico reservado.

Evaluación de daños

Otros tres empleados también han resultado heridos en el incidente. Uno de ellos, de 45 años, **atendido por dolor lumbar,** ha sido trasladado al Hospital de la Princesa con heridas leves. El segundo trabajador, de 49 años, que sufrió contusiones y molestias en el tobillo, ha sido derivado al Hospital 12 de Octubre, y el último afectado, de 53 años, valorado por el SAMUR en el lugar, ha recibido el alta sin necesidad de traslado hospitalario.

La Policía Municipal ha abierto una investigación para **esclarecer las causas del accidente** y determinar si existía algún incumplimiento en materia de seguridad laboral. Por el momento, no se han facilitado datos sobre la empresa responsable de la obra.

Medios especializados



oksalud

PREVENCIÓN

Cómo prevenir las lesiones en la espalda de los costaleros en Semana Santa

✔ El sedentarismo, así como el sobrepeso, está causando que el dolor lumbar sea uno de los motivos más frecuentes en las consultas de traumatología

✔ Para evitar o disminuir el riesgo de lesiones en Semana Santa debemos de potenciar la musculatura

PUBLICIDAD

Nadie está exento de sufrir lesiones musculoesqueléticas en el marco de las procesiones.

RITA MONTAGU

16/04/2025 08:00 ACTUALIZADO: 16/04/2025 08:00

✔ Fact Checked

16/04/2025 08:00

ACTUALIZADO: 16/04/2025 08:00

No hay un censo oficial, pero las cifras que se manejan en distintos foros, congresos y encuentros hablan de más de 10.000 cofradías, convirtiéndose así en el mayor movimiento asociativo de España, según los últimos datos publicados por la revista especializada en información religiosa Vida Nueva. Estas cofradías dedican buena parte del año a organizar y llamar a la participación en las celebraciones de Semana Santa lo que implica la necesidad de costaleros.

Así, en la mayor parte de las ciudades y pueblos de España se organizan desfiles procesionales y, aunque no se dispone de una cifra exacta del total, millones de personas, entre fieles, turistas y curiosos, toman parte en esta fiesta que las cofradías y hermandades organizan con ilusión y devoción en lo que se ha consolidado como uno de los eventos cultural-religioso más significativos de España.

Y, en este contexto, nadie está exento de sufrir lesiones musculoesqueléticas en el marco de las procesiones. Cuando pensamos en ello, los primeros que nos vienen a la cabeza son los costaleros que cargan a sus espaldas las imágenes y escenas religiosas. La mayoría de las cofradías no tienen pesadas sus imágenes por lo que no facilitan datos al respecto. «El día que se pesen todos los pasos se terminará con la eterna discusión, pero se habrá acabado la conversación», es un dicho muy repetido entre los sevillanos.

«En general la carga axial exagerada (carga excesiva de peso) está contraindicada para conservar la salud de la columna vertebral. Si bien es cierto que algunos costaleros levantarán más de 30 kilogramos durante varias horas, es fundamental el entrenamiento progresivo en los meses previos durante los distintos ensayos donde se irá subiendo el peso progresivamente hasta

alcanzar la media de peso que cada uno llevará. También en los ensayos es fundamental la coordinación con los compañeros para evitar lesiones en la levantá», explican a OKSALUD Claudio Peix Losa, médico adjunto, y Julián Fernández González, jefe de sección, ambos del Servicio de Traumatología del Hospital Universitario de La Princesa.

Los expertos detallan que es necesario el uso de faja lumbar, nunca torácica (por compresión de la caja torácica), así como del costal para cargar mejor la trabajadera. «En general, ante un dolor agudo a nivel de cualquier parte de la columna debemos de salir del paso y poner fin a nuestra participación en la estación de penitencia. Siempre hay que descartar fracturas agudas por compresión que cursan con dolor brusco con irradiación en cinturón, o bien una herniación discal aguda que cursa con dolor lumbar e irradiación ciática. Además, habrá que descartar sintomatología como pérdida de fuerza en miembros inferiores y pérdida de control de esfínteres, que conllevarían lesiones más graves y urgentes de tratar», relatan.

El cirial, en el suelo en cada parada

Aunque los costaleros se llevan la palma del peso, los penitentes o nazarenos también sufren lo suyo. Los miembros de la cofradía que hacen la estación de penitencia portando cirios, insignias, cruces de madera o un Rosario rememoran el camino que hizo Jesucristo hacia el Calvario y muchas veces están en la calle más de medio día y recorren hasta cerca de 15 kilómetros. Tal es el caso de la Hermandad de la Entrega que procesiona el Sábado de Pasión desde la parroquia de San Enrique y Santa Teresa de la pedanía de Guadalcacín hasta la Iglesia de San Marcos de Jerez en un recorrido de ida y vuelta durante más de 14 horas.

En este caso, las lesiones más comunes se centran en torceduras de tobillo, lesiones de rodillas, ampollas y heridas y quemaduras (sobre todo si los penitentes van descalzos).

«Los penitentes tienen una de las tareas más difíciles de la Semana Santa, que es acompañar a paso lento con paradas continuas a su paso/trono durante la estación de penitencia. Como consejo, nos parece importante estirar antes de comenzar la estación de penitencia y después», recomiendan los doctores Peix Losa y Fernández González, quienes añaden que hay **que intentar, en la medida de lo posible, colocar el cirial en el suelo en cada parada.**

Alternar tiempo en bipedestación

Finalmente, los creyentes o curiosos también hacen de su tiempo penitencia, pues están mucho rato en pie para poder ver pasar su paso favorito en el mejor sitio, el más emblemático, aquel en el que se le canta una saeta al pasar el paso, ese rincón donde el callejón se 'come' el paso….

«Para los feligreses el mejor consejo es alternar tiempo en bipedestación y en sedestación, es decir, hacer pausas para sentarse cada 2 o 3 horas y así relajar y descansar la musculatura de la columna vertebral», recalcan los traumatólogos, quienes añaden que, además, hay que intentar evitar cargar pesos como mochilas pesadas.

«Siempre será mejor permanecer en bipedestación sobre ambos pies que sobre uno y siempre que sea posible estirar la musculatura lumbar para relajarla y evitar el dolor agudo», insisten los expertos.

Consejos generales

«Cada vez son más los pacientes con problemas a nivel lumbar. El sedentarismo, así como el sobrepeso está causando que el dolor lumbar sea uno de los motivos más frecuentes en las consultas de traumatología», informan Peix Losa y Fernández González.

«En general, tenemos que potenciar el fortalecimiento de la musculatura de la columna vertebral con ejercicios centrados en el 'core' que, traducido al castellano, significa núcleo, es

decir, toda aquella musculatura del centro de nuestro organismo (abdominal, lumbar, pélvica y glútea). Con ello conseguiremos una correcta adaptación de las curvaturas de nuestra columna a cada posición que adquiramos a lo largo del día», explican.

En concreto, durante la Semana Santa, concluyen los expertos, la columna vertebral lumbar es la mayor damnificada tanto para el penitente, como para los feligreses y costaleros. Para evitar o disminuir el riesgo de lesiones debemos de potenciar la musculatura, evitar el sobrepeso, así como realizar diariamente estiramientos de la columna lumbar.

«Mantener la salud de la columna vertebral nos ahorrará más de una visita al médico y será clave para mantener una buena calidad de vida», aseguran los expertos del Hospital de La Princesa, que nos dejan un decálogo de consejos que diariamente dan a sus pacientes:

1. Conseguir una buena higiene postural:
   La postura es fundamental. Al estar de pie, distribuir el peso equitativamente en ambos pies. Al sentarse, intentar mantener la espalda recta, los pies apoyados en el suelo y evitar cruzar las piernas. Una postura incorrecta mantenida por largos periodos es una causa común de dolor crónico.
2. Fortalezca la musculatura del tronco:
   Los músculos abdominales, lumbares y glúteos proporcionan soporte activo a la columna. Incluir ejercicios de estabilización y fortalecimiento del core en su rutina semanal previene lesiones y mejora la biomecánica del movimiento.
3. Evite cargas inadecuadas:
   Al levantar objetos, doblar las rodillas, no la espalda. Mantener el objeto cerca del cuerpo y evitar giros bruscos. Nunca levantar peso por encima de los hombros sin asistencia.
4. Adaptar su entorno de trabajo (ergonomía):
   Si trabaja frente a una pantalla, asegúrese de que esté a la altura de los ojos. Usar silla ergonómica con soporte lumbar.
5. Mantener un peso corporal saludable:
   El exceso de peso, especialmente en la región abdominal, genera una sobrecarga constante sobre la columna lumbar.
6. Realice actividad física regular y segura:
   Caminar, nadar, pilates o yoga terapéutico son excelentes opciones. Evitar ejercicios de alto impacto si presenta antecedentes de lesiones discales o dolor lumbar.
7. Control del estrés:
   La tensión emocional puede traducirse en contracturas musculares, especialmente en la región cervical y dorsal.
8. Descansar de forma adecuada:
   Utilice un colchón firme pero cómodo y una almohada que mantenga la alineación natural del cuello.
9. Si el dolor persiste…:
   Acuda a su traumatólogo de columna vertebral.
10. Hacer revisiones periódicas si tiene antecedentes de problemas vertebrales:
    La patología de deformidad de columna vertebral, así como la patología degenerativa necesita seguimiento periódico en la consulta. Los pacientes con dolor crónico de columna se benefician de las ‘escuelas de espalda’ para intentar mantener una columna equilibrada,

Medios especializados



redacción médica

Portada > Secciones > RADIOLOGÍA

"Dar protagonismo al MIR le permite ser el actor principal en su formación"

Pablo Rodríguez ha revolucionado el Servicio de Radiología de La Princesa, siendo galardonado con el Rising Star 2024

Pablo Rodríguez, radiólogo en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital de La Princesa.

16 ABR. 2025 15:50H SE LEE EN 5 MINUTOS

POR XAVIER MAGRANER

Una de las principales funciones de los **Servicios de Radiodiagnóstico** de los hospitales españoles es formar a profesionales proactivos y autosuficientes en su área de trabajo, aunque algunos facultativos aspiran a ir más allá con ideas rompedoras y novedosas. Este camino es el que emprendió **Pablo Rodríguez,** radiólogo en el Servicio de Radiodiagnóstico del H**ospital de La Princesa**, con la implementación del primer **Plan Estratégico Docente** y que ha recibido recientemente el galardón '**Rising Star 2024**' por parte de la **Sociedad Norteamericana de Radiología**.

El especialista confiesa en *Redacción Médica* que haber logrado este premio significa todo "un honor y un orgullo, y más si lo da una de las **sociedades científicas de Radiología** más importante del mundo". El aspecto que más enorgullece al facultativo es que el distintivo es un reconocimiento "a una manera de hacer las cosas y a un esfuerzo colectivo. Se trata de una manera de entender la medicina, que es potenciando la docencia y la formación, poniéndola en el centro de todo." El radiólogo afirma que la asistencia es fundamental, "pero la **formación**, **docencia** e **investigación** también son fundamentales".

La institución americana ofrece un total de nueve premios Rising Star y sólo tres a profesionales de fuera de **América del Norte.** Rodríguez fue el único español en lograr el premio, hecho que para el facultativo demuestra que "el sistema español involucra a toda la ciudadanía, por lo que es un proyecto de **país comunitario y global**. En cierto modo, el galardón es un reconocimiento a este sistema y a su formación".

Las peculiaridades del plan docente en La Princesa

Por lo que respecta al **plan estratégico docente** que se puso en marcha en el Servicio de Radiodiagnóstico de La Princesa, el radiólogo describe que "se organizó la formación desde los propios residentes hasta los jefes. Si no estaba todo el mundo **implicado en el proceso**, la cosa no iba a funcionar". Después de identificar distintas **áreas de mejora**, "se decidió crear el primer plan estratégico a través de preguntarse qué profesional se busca formar una vez lleguen los residentes al Servicio". En este sentido, el facultativo remarca que "si un hospital no tiene claro **qué tipo de especialista busca formar**, no se puede organizar un proyecto de docencia".

Ante el debate de si son suficientes los años del programa formativo MIR de Radiología en España, el facultativo tiene claro que "nunca habrá tiempo suficiente en ninguna especialidad, aunque es necesario poner un límite. En la mayor parte de Europa son **cinco años**, por lo que España debería también ampliarlo y no hacer como **Italia**, que ha reducido los cinco años a cuatro". Pese a estos años de formación, el especialista deja claro que "uno nunca va a parar de estudiar, ya que cada uno ira desarrollándose en el campo que considere más oportuno".

Una formación única en el Servicio

El facultativo está convencido de que en **cualquier hospital español** existe hoy en día una formación buena gracias a una casuística adecuada y contando con un programa de formación medianamente estructurado. Pese a ello, Rodríguez tiene la convicción de que lo que llega a marcar la diferencia en La Princesa es "darle una voz protagonista al residente para que sea el actor principal en su formación. Son ellos que tienen que tomar el rumbo de su formación".

A lo largo de los cuatro años que dura la residencia, el radiólogo afirma que los MIR "deben tener un papel activo y a lo largo de este tiempo deben entrenarse para llegar a ser **profesionales activos y competentes**, capaces de funcionar de manera autónoma a futuro". Rodríguez pone el ejemplo que la **supervisión que tiene un R1** es de "vigilarlo estrechamente y se le está encima, mientras que un **R4** se le deja margen ya que es positivo que entrenen. De esta manera, al día de mañana **la transición a especialista** no será una cosa inmediata, sino que el proceso habrá sido progresivo".

La decisión de escoger Radiología, en el útlimo momento

Pese a disfrutar enormemente de la especialidad que escogió en su día, el facultativo reconoce que no tuvo claro qué camino escoger hasta el final: "Al ser una persona muy visual **la imagen atrae**, ya sea en el **quirófano**, **microscopio** o **pantalla**. Dudé de hacer Cirugía General y Anatomía Patológica, pero finalmente decidí Radiología al ser la que más encajaba con esta personalidad".

El Servicio de Radiología de La Princesa no solamente ha destacado recientemente por este hito, sino que también por otras innovaciones que Rodríguez destaca: "Se ha trabajado en formar a los residentes en **competencias de comunicación** para hablar de cara al público, y también se trabaja en articular **formación contra el racismo** en el ámbito sanitario". Todos estos logros y avances marcan una senda llena de éxitos en el Servicio de Radiología, que aspira a seguir rompiendo moldes para seguir modernizando la especialidad y la formación MIR.

Medios nacionales



EL PAÍS

Madrid

SUCESOS

Cinco trabajadores heridos, dos de ellos graves, por el derrumbe de un techo en una obra

El accidente se ha producido en un bajo en construcción y algunos de los afectados han tenido que ser rescatados porque habían quedado atrapados

AGENCIAS
17 ABR 2025 - 16:23 CEST

Cinco trabajadores han resultados heridos este jueves, dos de ellos potencialmente graves con posibles fracturas de rodilla, al caer un falto techo de pladur en la obra en la que estaban trabajando en la calle Velázquez de la capital. Según ha informado Emergencias 112, el suceso se ha producido pocos minutos después del mediodía en un bajo en construcción en el número 69 de la calle Velázquez.

El accidente laboral se produjo cuando varios operarios trabajaban en un bajo en construcción. Como consecuencia del desplome del falso techo, cinco trabajadores que se encontraban en el lugar han resultado heridos, y dos de ellos han quedado atrapados, por lo que han tenido que ser liberados por efectivos de Bomberos del Ayuntamiento de Madrid.

Los sanitarios del Summa 112 han atendido a tres de los heridos, uno de ellos un hombre de 26 años que ha quedado atrapado y que presentaba una posible fractura de la rodilla izquierda y de la pelvis. Ha sido trasladado como potencialmente grave al Hospital Clínico. Otro hombre, de 33 años y también atrapado, ha sido trasladado al Hospital de la Princesa con una probable fractura de rodilla izquierda y policontusiones, y ha quedado ingresado como potencialmente grave. El tercero de los heridos atendidos por el Summa 112 es un hombre 45 años con dolor lumbar, que ha sido trasladado con pronóstico leve al Hospital de la Princesa.

EL Samur Protección Civil, por su parte, ha atendido a otros dostrabajadores: uno de ellos, de 53 años, ha recibido el alta en el lugar y otro, de 49, ha sido trasladado con pronóstico leve al Hospital 12 de Octubre por dolor en el tobillo y policontusiones.

La Policía Municipal se ha hecho cargo de la investigación del suceso.

Medios locales

EL DIARIO DE MADRID,

MADRID · COMUNIDAD MUNICIPIOS · UNIVERSIDAD · OPINIÓN · CULTURA ECONOMÍA TECNOLOGÍA DEPORTES

SOCIEDAD

4º ESO + Empresa

Más de 650 estudiantes descubren el día a día en los hospitales madrileños

Los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid abren sus puertas a alumnos de Secundaria para acercarles al mundo sanitario y ayudarles a definir su futuro profesional.



photo_cameraHospital del Sureste - Programa 4ºESO+Empresa

REDACCIÓN

18/abr/25 - 16:00

Más de 650 alumnos de 4º de la ESO han participado este año en una experiencia única dentro del sistema sanitario madrileño gracias al programa 4º ESO + Empresa, una iniciativa de la Comunidad de Madrid que busca acercar a los jóvenes al mundo laboral y ayudarles a tomar decisiones informadas sobre su futuro académico y profesional.

Durante los meses de marzo y abril, los estudiantes han realizado estancias formativas en 22 hospitales públicos, además de en más de 80 centros de salud y el Centro de Transfusión de la Comunidad de Madrid, donde han podido conocer de primera mano cómo funciona la sanidad pública madrileña, tanto en sus áreas clínicas como en las no asistenciales.

Un recorrido por los hospitales más emblemáticos de la región

El programa ha contado con la participación de algunos de los principales complejos hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud, entre ellos Ramón y Cajal, La Paz, 12 de Octubre, Gregorio Marañón, Clínico San Carlos, La Princesa y Puerta de Hierro Majadahonda, además de otros centros de referencia en toda la región, como los hospitales de Alcorcón, Alcalá de Henares, Fuenlabrada, Leganés, Parla, Aranjuez o Móstoles.

En cada uno de ellos, los jóvenes han sido guiados por profesionales sanitarios y personal técnico, accediendo a servicios clínicos como consultas, laboratorios y áreas de diagnóstico, pero también a espacios no asistenciales como departamentos de administración, logística o comunicación.

También en Atención Primaria y el Centro de Transfusión

La iniciativa no se ha limitado a hospitales. Más de 700 escolares han visitado centros de salud de Atención Primaria, donde han conocido el trabajo diario de médicos de familia, pediatras, enfermeros y personal de administración. Además, una decena de alumnos han tenido la oportunidad de recorrer el Centro de Transfusión de la Comunidad de Madrid, donde aprendieron cómo se gestiona el proceso de donación de sangre, la separación de componentes y el diagnóstico de enfermedades hematológicas.

Una experiencia real para orientar el futuro profesional

El programa 4º ESO + Empresa, impulsado por la Consejería de Educación, Ciencia y Universidades, está dirigido a estudiantes de centros sostenidos con fondos públicos y se desarrolla de forma voluntaria. Tiene como finalidad tender puentes entre el sistema educativo y el mundo profesional, motivando a los jóvenes, dotándoles de herramientas para la toma de decisiones y acercándoles a entornos reales de trabajo.

Gracias a esta experiencia en hospitales y centros de salud, los participantes han podido comprender mejor las múltiples salidas profesionales del ámbito sanitario, tanto en las ramas científicas y técnicas como en las organizativas o sociales.

Formación, orientación y vocaciones científicas

La Comunidad de Madrid valora muy positivamente esta edición del programa por su capacidad de estimular vocaciones científicas y sanitarias, especialmente en un momento en el que se demanda relevo generacional en muchas especialidades. Además, se subraya el valor de estas estancias para desarrollar competencias transversales como la comunicación, el trabajo en equipo o la empatía.

Con este tipo de acciones, el Ejecutivo regional reafirma su compromiso con una educación conectada con la realidad, que prepare a los jóvenes para su inserción en el mercado laboral desde una base informada y vocacional.

Medios locales

GACETÍN MADRID
Periódico digital de la Ciudad de Madrid



Comunidad

Los hospitales públicos de Madrid reciben a más de 650 alumnos con el programa 4º ESO + Empresa

18 abril, 2025

Los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid han recibido a más de 650 alumnos de Educación Secundaria de toda la región en el marco del programa 4º ESO + Empresa, con el fin de acercarles el mundo laboral y ayudarles a tomar decisiones sobre su futuro académico y profesional.

Así, los estudiantes han podido conocer el día a día de estas organizaciones de la mano de trabajadores sanitarios y a través de estancias guiadas por sus instalaciones, para mostrarles el funcionamiento tanto de servicios clínicos como de áreas no asistenciales.

Las actividades, que han tenido lugar entre marzo y abril de este año, se han desarrollado concretamente en 22 de los complejos que componen la red hospitalaria del Servicio Madrileño de Salud: Ramón y Cajal, Gregorio Marañón, La Paz, 12 de Octubre, Severo Ochoa (Leganés), Puerta de Hierro Majadahonda, Clínico San Carlos y La Princesa. También en Fundación Alcorcón, Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares), Fuenlabrada, Sureste (Arganda del Rey), Infanta Cristina (Parla), Infanta Sofía (San Sebastián de los Reyes), El Escorial, Henares (Coslada), Tajo (Aranjuez), Rey Juan Carlos (Móstoles), Villalba, Santa Cristina, Guadarrama y Fundación Jiménez Díaz.

Igualmente, se han sumado otros estamentos de la sanidad pública de la Comunidad de Madrid como Atención Primaria, con propuestas en más de 80 centros de salud de las que han participado más de 700 escolares, y el Centro de Transfusión, donde una decena de ellos han aprendido cómo se gestiona el proceso de donación de la sangre y sus diferentes componentes, así como el diagnóstico de enfermedades hematológicas.

El proyecto 4º ESO + Empresa es una iniciativa de la Consejería de Educación, Ciencia y Universidades dirigido a alumnos de 4º de la ESO en centros formativos sostenidos con fondos públicos. Se desarrolla de forma voluntaria, con el fin de servir de enlace entre el sistema educativo y el mundo laboral. Estas estancias educativas en compañías privadas, organismos e instituciones facilitan que los jóvenes estén mejor preparados cuando tengan que decidir su futuro académico y profesional, motivándoles y dotándoles de las destrezas necesarias.

Medios locales

LA RAZÓN
Andalucía ESPAÑA ALMERÍA CÁDIZ

Cáncer de páncreas: la clave está en el agrupamiento de las células

El análisis de las células tumorales durante la cirugía permite identificar a los pacientes de mayor riesgo



▲El jefe de Servicio de Cirugía del Virgen del Rocío, Javier Padillo, ha liderado el estudio, realizado junto con otros nueve hospitales españoles LR

ELENA GENILLO @helengenillo

Creada: 17.04.2025 06:11
Última actualización: 17.04.2025 06:11

El cáncer de páncreas es una enfermedad especialmente cruel. La **tasa de supervivencia** a los cinco años apenas supera el 10% debido a que su diagnóstico, por norma general, es tardío y a que se comporta como un tumor **quimio-resistente** e inmuno-refractario. Además, en la mayoría de los casos se produce metástasis o recidiva, por lo que resulta una enfermedad especialmente **compleja para la comunidad médica.**

El equipo de Javier Padillo, jefe de **servicio de Cirugía General del Hospital Virgen del Rocío** de Sevilla y uno de los mayores especialistas en este campo, ha dado un paso clave para abrir nuevas dianas terapéuticas al analizar **cómo se comportan las células tumorales** del cáncer de páncreas durante la cirugía. Mediante este estudio multicéntrico, realizado junto con otros nueve hospitales españoles, se **monitorizó en la sangre de la vena aorta** de los enfermos cómo se movían tanto la**s células tumorales aisladas como los racimos** de células afectadas (clúster). «Lo que descubrimos es que el movimiento de las células aisladas no tiene tanto impacto en la metástasis como el de los clústeres», apunta el cirujano Francisco Padillo a este diario. «Identificar a estos pacientes es importantísimo porque se pueden desarrollar tratamientos para inmovilizar estos racimos de células. De hecho, ya hay un estudio financiado para poder s**eleccionar a estas subpoblaciones de pacientes** de riesgo», explica el doctor.

Pero no solo eso. Al analizar la movilización de las células tumorales en sangre durante la cirugía se pueden **detectar posibles restos tumorales microscópicos.** «Nosotros operamos hasta donde nos llega la vista y, aunque existe una biopsia intraoperatoria estándar, se requiere tiempo para obtener los resultados», explica el jefe de Cirugía General del Virgen del Rocío. Por eso, añade, «si obtuviésemos los resultados de esa **biopsia durante la operación p**odríamos limpiar con más profundidad y tener una mejor valoración de posibles restos neoplásicos».

El equipo de Francisco Padillo ha abierto el camino para desarrollar esta **biopsia líquida intraoperatoria** para que el sector biotecnológico pueda hacerla realidad. «Se trata simplemente se contar células y que se haga de una manera automatizada para tener los resultados a tiempo real», incide Francisco Padillo.

Las conclusiones del estudio que dirige Padillo han sido publicadas, de momento, en dos revistas de gran impacto en el ámbito de la cirugía: **«International Journal of Surgery»**, que es la segunda revista en factor de impacto del área; y en el **«British Journal of Surgery Open»,** que está en el percentil 89, también entre las líderes de la cirugía.

«Son resultados que hemos obtenido abren la puerta a nuevas líneas de investigación en un campo en el que el trabajo multidisciplinar de oncólogos, patólogos, digestivos y cirujanos es esencial para avanzar en el tratamiento de esta enfermedad, concluye el doctor Padillo.

En esta **investigación multicéntrica, denominada CETUPANC,** han participado cirujanos de otros nueve hospitales españoles con experiencia en cirugía de cáncer de páncreas. En concreto, el Hospital Clínico de Valencia; el Hospital Universitario de Badajoz; el Hospital Universitario de Salamanca; los hospitales 12 de Octubre, La Princesa y Clínico de Madrid; los hospitales Mutua de Tarrasa y el Clínic de Barcelona; y Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

Además de los cirujanos, en el estudio CETUPANC han participado oncólogos, patólogos y digestivos. El trabajo, que ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad, ha durado en total ocho años; tres de ellos, realizando un seguimiento estrecho a los pacientes.

Medios nacionales



EL PAÍS

Sociedad

La pandemia más larga de la historia, cerca del final

Casi 44 años después de los primeros casos diagnosticados, las metas de ONUSIDA para reducir la incidencia del VIH parecen factibles. De acuerdo con los expertos, está más cerca el final del virus como problema de salud pública. Pero con las estrategias actuales no se puede cantar victoria: aún hay retos que, para ser superados, requieren de innovación en el abordaje de la pandemia

La pandemia de VIH/sida, la más duradera y una de las más letales de la historia de la humanidad, se encuentra en un momento crucial. Unos 40 millones de personas han fallecido por causas relacionadas con el VIH, según la OMS. Con el tiempo, se han descubierto referencias de su presencia en 1976, y hasta cinco años después, no se diagnosticaron los primeros casos de sida. Se ha avanzado mucho en investigación, y la vida de las personas con VIH ha mejorado radicalmente. Son datos para el optimismo, pero la carrera para que el VIH deje de ser una pandemia está en su recta final y hace falta acelerar para llegar a la meta. Hoy parecen realistas los objetivos planteados para 2030 por ONUSIDA, el programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, que apuntan a reducir a cero las nuevas infecciones, la discriminación y las muertes relacionadas con el sida. Para llegar hasta ahí se impone la norma del 95%:

Alcanzar el 95% de las personas con VIH diagnosticadas, lo que supone reducir el número de personas con VIH y no lo saben.

- Alcanzar el 95% de las personas diagnosticadas de VIH en tratamiento, lo que conlleva aumentar el acceso a la medicación en todo tipo de poblaciones.
- Lograr el 95% de las personas en tratamiento con carga viral indetectable, lo que requiere mantener el número de personas en tratamiento.
- Conseguir que el 95% de las personas que tienen riesgo de adquirir VIH accedan a algún tipo de prevención.

La directora ejecutiva de ONUSIDA, la ugandesa Winnie Byanyima, asegura incluso que “la pandemia puede dejar de ser una amenaza para la salud pública al final de esta década”. Pero, según los expertos, vivimos en un momento decisivo, porque aún hay obstáculos que superar y retos por cumplir. Sobre todo, se debe avanzar en educación, en prevención y en el acceso a tratamientos, algo que puede verse afectado si se limita la inversión en el cuidado del VIH. Así lo advierte Lucio García Fraile, médico adjunto del Servicio de Medicina Interna-Infecciosas del Hospital de La Princesa de Madrid: “Estamos mejor de lo que hemos estado nunca, pero siempre se pueden torcer las cosas si no seguimos a este buen ritmo”.

¿Cómo se ha llegado hasta aquí? Los grandes avances

Gracias al uso de tratamientos adecuados, el VIH se ha convertido en una infección crónica. Puede decirse que la esperanza de vida de alguien recién diagnosticado, una vez que esté en tratamiento, es similar a la de una persona sin VIH, según Jorge Garrido, director ejecutivo de Apoyo Positivo, ONG que lleva más de 30 años luchando por los derechos de las personas con VIH. "Han pasado 44 años desde el primer diagnóstico en España", recuerda Garrido. "Hoy, una persona con VIH en tratamiento logra lo que conocemos como *indetectabilidad*, se reduce tanto la cantidad de virus que no se detecta en sangre. Si sigue su tratamiento y se mantiene indetectable, no transmite el virus a otras personas. Es decir, indetectable es igual a intransmisible (i=i)".

Esa *indetectabilidad* ha sido uno de los grandes logros recientes en la investigación científica en torno al VIH. "Ha sido lo más rompedor de esta década, sin duda", asegura García Fraile. "En 2016 se publicaron los estudios *Partner 1* y *Partner 2*, que demostraron que una persona con una carga indetectable de VIH no transmite el virus", recuerda García Fraile. Dos décadas antes se había dado un primer salto cualitativo al conseguirse un tratamiento mediante un cóctel de pastillas, conocido como terapia antirretroviral altamente eficaz, que logró evitar la mortalidad asociada al VIH. En el cuidado del VIH ha habido otros grandes hitos, como reducir el número de fármacos necesarios para controlar el virus, o que el tratamiento antirretroviral sea de solamente una píldora al día: se logra con una combinación de cuatro medicamentos que por primera vez incluye un inhibidor de la proteasa, lo que impide desde mediados de la última década que el virus se haga resistente. Y hoy se ha dado un paso más con la llegada de los tratamientos de acción prolongada que permiten administraciones más espaciadas en el tiempo.

El 90% de las personas afectadas viven en el África subsahariana. De los tres millones de personas que mueren a causa del virus cada año, 700.000 son menores de 15 años.

Los objetivos de ONUSIDA en España

¿Es viable el objetivo 95-95-95 en España? Se estima que hay alrededor de 150.000 personas con VIH en nuestro país, y que diariamente se diagnostican entre 8 y 9 personas (alrededor de 3.000 al año). García Fraile asegura que los objetivos de ONUSIDA están prácticamente alcanzados en España, pero no hay que conformarse. Hay que seguir actuando sobre ellos: el primer objetivo requiere dar con las personas que se han infectado, lo que no siempre es fácil. Muchas desconocen su estado serológico. El segundo y el tercero van de la mano: una vez que la persona conoce su estado, si se le pone en tratamiento se logra que alcance la anhelada *indetectabilidad*. Quedan por conseguir la reducción de las alrededor de 3.000 nuevas infecciones que hay anualmente, un dato que de media se mantiene estable desde hace 10 años. Y es posible.

Ya hay ciudades en Europa que han conseguido reducir las nuevas infecciones por VIH a cifras cercanas a cero y en todo el mundo se están haciendo esfuerzos para alcanzar esas metas. En África, donde la pandemia ha afectado con virulencia durante años, se lleva décadas trabajando con resultados positivos. "Pero se abren nuevas brechas en otros territorios, como Hispanoamérica, Oriente próximo y el Sudeste Asiático. Allí la incidencia está en aumento", avisa García Fraile. Y es posible, según él, que los esfuerzos empleados en África para contener el virus se pierdan por la disminución –o directamente supresión– de las partidas para las ayudas de cooperación internacional por parte de Estados Unidos.

¿A qué retos nos enfrentamos para acabar con la pandemia?

Jorge Garrido, de Apoyo Positivo, tiene claro que el final de la pandemia se ve más cerca que nunca. "Esta es una fase del VIH en la que por primera vez vislumbramos un horizonte de erradicación o, al menos, de control como problema de salud pública, con la implementación de todas las herramientas disponibles". Una de las claves, añade García Fraile, es reducir el número de persona que tienen VIH y no lo saben. "Resulta esencial promover los diagnósticos".

El médico resalta también la importancia de la prevención: evitar que lo adquieran quienes no lo tienen, sigue y seguirá siendo una prioridad universal. En ese proceso entra en juego la profilaxis preexposición, conocida como PrEP, explica. "En la última década, la prevención del VIH con PrEP constituye la herramienta más efectiva de las que disponemos". La PrEP es otro hito farmacéutico de la investigación científica que ha permitido evitar la transmisión a personas que no se han infectado. Sin embargo, sigue habiendo entre 8 y 9 nuevas infecciones al día. Porque aún hay poblaciones a las que no llegan las herramientas de prevención disponibles.

Jorge Garrido ahonda en este tema: “Es necesaria una implementación real y efectiva de la prevención combinada y la innovación terapéutica, que incluya desde métodos clásicos como el preservativo, hasta herramientas actuales como la profilaxis preexposición (PrEP), la profilaxis postexposición (PEP), la reducción de riesgos y daños y estrategias clave como i=i. Todo ello debe ir acompañado de un acceso real a innovaciones terapéuticas adaptadas a las necesidades de las personas con mayor riesgo de adquirirlo”.

Una educación sexual integral, señala Garrido, se revela imprescindible para reducir el estigma que arrastran las personas con VIH desde hace cuatro décadas: durante muchos años fue algo más que una etiqueta para ellas. También para lograr los objetivos de ONUSIDA en 2030, incluido el fin de las nuevas infecciones y de las muertes evitables por VIH. “Es esencial un compromiso firme de las instituciones: financiación estable, coordinación efectiva entre salud pública y tejido asociativo, y una apuesta decidida por la participación comunitaria”. Ambos expertos ponen el énfasis en que hoy se sabe lo que hay que hacer y las herramientas que se necesitan.

García Fraile destaca que ONUSIDA pone objetivos ambiciosos para fomentar los avances. “Cualquier progreso, por pequeño que sea, representa una victoria”, asegura. Sin embargo, no se puede perder de vista el avance global. Las cifras muestran que, aunque ha mejorado la calidad de vida, el volumen de infecciones se mantiene casi estable desde hace una década. “Necesitamos mirar al VIH y la salud sexual en general desde un nuevo paradigma: más preventivo, más humano y enfocado en el bienestar integral, donde la salud mental tenga un lugar central”, explica Garrido. “Para que esto sea una realidad, hacen falta voluntades políticas firmes y una aceleración decidida en la implementación de las herramientas que ya existen. No se trata de inventar nuevas soluciones, sino de hacer efectivas las que ya tenemos, a través de un compromiso claro y sostenido. El momento de poner fin al VIH es ahora”, concluye.

Medios especializados

IM MÉDICO
MEDIO ACREDITADO PARA LA INNOVACIÓN MÉDICA



Cambiar el tratamiento frente al VIH a uno basado en dos fármacos, dolutegravir/lamivudina (DTG/3TC), en adultos con carga viral suprimida ha demostrado una eficacia no inferior frente a un tratamiento con tres fármacos (bictegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida fumarato, también conocido por las siglas BIC/FTC/TAF). Además, se observó un menor incremento de peso con DTG/3TC. Esto se ha puesto especialmente de manifiesto en mujeres, personas con edades comprendidas entre los 35 y los 50 años y aquellas de origen latinoamericano.

Así se ha constatado en un estudio en el que ha sido presentado por integrantes de GeSIDA (Grupo de Estudio del SIDA de la SEIMC, la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica) en CROI 2025, uno de los principales encuentros científicos internacionales sobre VIH y que ha tenido lugar recientemente en San Francisco (EE.UU).

Estos resultados añaden nueva información a los resultados globales del estudio PASO DOBLE presentados el pasado mes de julio en IAS 2024, el encuentro de la International AIDS Society, celebrado en Munich (Alemania), donde se expusieron por vez primera los datos de este ensayo clínico aleatorizado en el que participaron 30 hospitales de diez provincias españolas. El estudio incluyó un total de 553 personas con VIH y puso de manifiesto que, tras 48 semanas de terapia, la eficacia del cambio de tratamiento a DTG/3TC no era inferior al cambio de tratamiento a BIC/FTC/TAF.

Los resultados mostrados ahora en Estados Unidos son fruto de la evaluación de la eficacia de esta modificación de tratamiento y su posible impacto en el peso en distintos subgrupos según características demográficas, clínicas y de tratamiento inicial (sexo al nacer, edad, raza/etnia, SIDA previo recuento de células CD4.

Para la realización de este subestudio se tomaron los datos recopilados de las 553 personas que participaron en el ensayo clínico, 277 que cambiaron a DTG/3TC y 276 a BIC/FTC/TAF).

El cambio a DTG/3TC en comparación con BIC/FTC/TAF mostró mejores porcentajes de supresión viral de forma significativa en los siguientes subgrupos: personas con edades de 35 a 50 años (9,6%), ser de etnia latinoamericana (11,8%) y haber tomado tenofovir (TDF) al inicio del estudio (8,2%).

Hubo una proporción significativamente menor de personas con aumento de peso por encima del 5% entre aquellas que cambiaron a DTG/3TC frente a las que habían pasado BIC/F/TAF en los siguientes subgrupos: mujeres (-22,5%), tener una edad comprendida entre 35 y 50 años (-15,5%), ser de etnia latinoamericana (-16,9%), haber estado tomando tenofovir al inicio del estudio (-21,1%), emtricitabina (FTC) (-13%) y regímenes que contienen inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (-16,9%).

En la realización de este subestudio han participado profesionales de la Fundación SEIMC-GeSIDA, del Hospital Universitario de Bellvitge (L'Hospitalet de Llobregat), el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza) los hospitales Clinic, de la Santa Creu i Sant Pau, Vall d'Hebron y el del Mar (de Barcelona), el Hospital Reina Sofía (Murcia), el Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Badalona), los hospitales universitarios Infanta Leonor y de la Princesa, (Madrid), y el Hospital General Universitario de Elche.

Medios nacionales



Isaac Asenjo

23/04/2025
Actualizado a las 12:06h.

Coinciden los expertos en nutrición en que buena parte de los **suplementos deportivos** son especialmente beneficiosos solo para el bolsillo del fabricante. No obstante, hay algunos que sí que se recomienda en muchos casos pese a que durante años ha sido uno de los complementos alimenticios más cuestionados por su asociación errónea con problemas renales: la **creatina**.

Un aminoácido, que nuestro cuerpo es capaz de sintetizar en pequeñas cantidades al día en el hígado, el páncreas y los riñones, y que últimamente parece estar más de moda que nunca. «No es tóxica para los riñones», afirma el **doctor Borja Quiroga**, médico especialista en Nefrología del Hospital Universitario de La Princesa (Madrid, y autor del libro 'Por mis riñones que hoy como bien' (Ed. Rosamerón), un escrito divulgativo sobre los órganos principales del aparato urinario humano.

Lo explica el experto en uno de los episodios del vídeo podcast de la nutricionista María, conocida en redes sociales como **'Comiendo con María'**, y que cuenta con casi medio millón de seguidores en Tik Tok, donde explora el fascinante mundo de la alimentación en el deporte.

Apunta Quiroga que el origen de la confusión se encuentra en la **relación entre creatina y creatinina**, un marcador que se utilizada para medir la función renal. Al

suplementar con creatina, puede elevarse el nivel de creatinina en sangre, pero eso no implica un deterioro del riñón.

«Hay datos de pacientes en diálisis que la toman para generar masa muscular y no les pasa absolutamente nada», apunta el doctor, que ahonda en que «en las dosis adecuadas -entre 3 y 5 gramos diarios- son seguras y respaldadas por la evidencia científica». Aun así, el experto recomienda informar al nefrólogo si se está tomando creatina, para que pueda interpretar correctamente los análisis. «Cuando vea la medición de cómo le funciona el riñón le va a salir infaestimada», apunta.

La creatina, un aliado para nuestro cerebro y nuestra masa muscular

Más allá de los beneficios musculares -siempre que practiquemos ejercicio de fuerza con regularidad- o la mejora del rendimiento en entrenamientos de alta intensidad, también tiene otros menos conocidos: cardiovasculares, cognitivos y beneficios para las personas mayores.

«Hay numerosos estudios que han podido probar su eficacia en la mejora del control de la glucosa en personas diabéticas, en gente con déficit de sueño la creatina mejoró la atención y la coordinación. Además, implica una mejora también de la capacidad cognitiva en personas mayores, a las que, a su vez, protege músculos y huesos. Finalmente, ayuda al cerebro a minimizar el deterioro relacionado con la edad», afirma **Marcos Vázquez**, autor del popular blog Fitness Revolucionario.

«El beneficio está tanto en la recuperación muscular como en la hipertrofia», añade el experto ante las preguntas de la nutricionista, en las que apunta que el uso de este aminoácido no es solo para el deportista sino que hay estudios que «están ensayando la creatina en pacientes con Alzheimer, sin hacer ejercicio físico». ¿Y tiene sentido esto último? «Tú hipertrofias tu músculo, se liberan esas mioquinas positivas y te incentivan la función cerebral, cardíaca y renal; es algo que está pasando en la medicina de hoy y muy incipiente», añade en la explicación.

Alimentos con creatina

- Arenque: Se trata de uno de los alimentos más ricos en creatina, aunque necesitaríamos comer un kilo de este nutritivo pescado para disponer de 7 gramos de creatina en un día.
- Salmón: Cuenta con 4,5 gramos por kilo. Además tiene con otros nutrientes interesantes, como sus vitaminas A, D, B3, B6 y B12 o minerales como potasio o magnesio, por lo que es importante en el menú.
- Carnes rojas: Vaca, ternera, buey, cordero, cerdo, etc. Obtenemos unos 5 gramos por cada kilo que comemos.
- Hígado: En un kilo encontramos 4,5 gramos de creatina, una cantidad importante. Hay que consumirlo con cuidado, por la grasa.
- Bacalao: Con 3 gramos por kilo, es otro pescado fundamental. El problema es la sal: cómpralo desalado para evitar la retención de líquidos.

Cómo y cuánto tomar de este suplemento alimenticio

Además, el experto continúa diciendo que «no es necesario hacer descansos» entre ciclos de suplementación, ya que no hay evidencia que lo justifique. ¿Y quién puede tomarla? Quiroga es tajante ante esta cuestión: Cualquier persona puede beneficiarse del suplemento, independientemente de su condición renal, siempre **bajo control médico si ya existe alguna patología**.

Los especialistas apuntan que este suplemento no tiene efectos secundarios apreciables, más allá de algunos casos de retención de líquidos o afecciones estomacales si se toman dosis muy elevadas. La recomendación general es de 5 gramos diarios para la población general. Aunque, como todo, dependerá también del peso de la persona, de si esta realiza alguna práctica deportiva, así como de la intensidad de la misma.

Medios nacionales



Por
C. Bisbal

23/04/2025 - 05:00

Pasar buena parte del día sintiendo una **necesidad irresistible de dormir** que no se pasa ni con una buena noche de sueño ni con pequeñas siestas, puede llegar a resultar bastante desagradable y a afectar a la calidad de vida. Se debe a un trastorno neurológico crónico llamado hipersomnia idiopática.

El problema de la hipersomnia tiene que ver con que el estado de vigilia y sueño está controlado por diversos sistemas neuronales localizados en varias regiones del cerebro. La hipoactividad de los sistemas que promueven la vigilia da como resultado la **activación de los sistemas que promueven el sueño.**

Para diagnosticarlo es imprescindible "excluir la presencia de otras causas conocidas de somnolencia diurna excesiva como un tiempo de sueño insuficiente, los trastornos del ritmo circadiano (especialmente el síndrome de retraso de fase), la **narcolepsia sin cataplejía** o la hipersomnolencia asociada a patología psiquiátrica o debida a condiciones médicas o abuso de sustancias", afirma Rybel Wix, neurofisiología clínica y miembro del Grupo de Insomnio de la Sociedad Española de Sueño.

Una de sus curiosidades es que es mucho más frecuente entre mujeres que entre hombres. Aunque se desconocen las razones de esta diferencia por género porque no se han realizado estudios que lo investiguen, los expertos creen que está **relacionado con las hormonas.**

Más allá del sueño excesivo

La neuróloga afirma que además de la somnolencia diurna, entre sus síntomas también destaca el **tiempo de sueño profundo prolongado** durante las noches. Un tiempo que puede llegar a las 10 ó 15 horas. Así como siestas prolongadas no reparadoras de las que no se obtiene beneficio ni descanso.

“Los pacientes describen lentitud, confusión, descoordinación e incluso agresividad”, afirma Wix. Y añade otros dos síntomas más o menos frecuentes: sensación de embriaguez de sueño por la mañana y tras las siestas diurnas, de las que cuesta despertarse; y disfunción cognitiva, con problemas de memoria y de atención.

Tratamiento no farmacológico

“La realización de **siestas pautadas pueden ser recomendablen** para aquellos pacientes que durante el test de latencias múltiples de sueño refieren cierta mejoría de su hipersomnia”, sugiere la también coordinadora de la Unidad de Sueño del Hospital Universitario de La Princesa.

Además somnolencia diurna, los pacientes describen lentitud, confusión, descoordinación e incluso agresividad

Para Wyx también sería buena idea conseguir **“retrasar la hora de entrada al trabajo** por la mañana con el fin de dormir un poco más. Como es lógico, vivir cerca del trabajo ayudaría también a madrugar menos. El teletrabajo desde casa, asimismo, puede ayudar a la conciliación laboral de los pacientes afectos de hipersomnia idiopática”. Además, sería recomendable no recurrir a alarmas para despertarse, sino ser despertado por otra persona, aunque eso suponga “condicionar la autonomía del enfermo”.

Prevalencia desconocida

Aunque la hipersomnia idiopática se ha descrito como enfermedad rara, se ha demostrado que su sintomatología está presente en el 0,5 % de la población. “Aunque puede que no todos los individuos cumplan todos sus criterios diagnósticos, es evidente que **sus síntomas no son infrecuentes”**, afirma la neuróloga.

Aunque se desconoce la causa que lo provoca, sí se sabe que "entre el 34% y el 38% de pacientes con hipersomnia idiopática describen antecedentes familiares de esta misma enfermedad, somnolencia excesiva u otro trastorno central de **hipersomnolencia**, lo que sugiere una importante contribución genética”, concluye Rybel Wix.

Medios audiovisuales

TeleMadrid

BUENOS DÍAS, MADRID

Fecha: 22-04-2025 08:40

Duración: 00:00:51

Tiroteo de un hombre de 62 años en Torrejón de Ardoz. El herido se encuentra grave al haber sido alcanzado en una pierna por dos de los disparos. Ha sido trasladado entubado por el suma 112 al Hospital de la Princesa. La Policía Nacional está investigando las circunstancias en la que se ha producido el tiroteo. Allí ha estado Irene Zarza. Buenos días, Madrid. Suma tendido pasadas las 23:00 de la noche a un varón de 62 años, con dos heridas por arma de fuego en el muslo derecho, provocándole fractura en el fémur. Ha sido intubado y trasladado con pronóstico grave al hospital de la Princesa.

Medios radiofónicos

Onda Cero

Más de Uno

Fecha: 22-04-2025 07:30

Duración: 00:00:55

La Policía Nacional investiga lo ocurrido anoche en Torrejón de Ardoz donde un hombre de 62 años resultó herido grave por arma de fuego. muslo de la pierna derecha que lo han causado una fractura de fémur. Ha sido estabilizado, intubado y trasladado por el suma 112 con pronóstico grave al Hospital de la Princesa. Además, la ambulancia municipal de la localidad ha tenido una mujer de 53 años con una crisis de ansiedad que ha sido trasladada al hospital de la localidad. Bricolaje. Moraleja La mayor exposición de taurina en Madrid que te puedas imaginar.

Medios radiofónicos

esRadio

Es La Mañana de Federico

Fecha: 22-04-2025 08:11

Duración: 00:00:21

Un hombre de 62 años ha resultado herido grave por arma de fuego durante un tiroteo registrado este lunes en Torrejón de Ardoz. En sucesos les contamos un tiroteo. Un hombre de 62 años ha resultado herido grave por arma de fuego. Este lunes por la noche en Torrejón de Ardoz. El varón presentaba dos heridas en el muslo derecho y le ha ocasionado una fractura de fémur suma 112. Le ha estabilizado, entubado y trasladado con pronóstico grave al Hospital de la Princesa.

Medios radiofónicos

Cope

Herrera en Cope

Fecha: 22-04-2025 08:10

Duración: 00:00:30

Herido grave por arma de fuego un hombre de 62 años en Torrejón de Ardoz. Año pasado y tenemos que hablar en este martes de un nuevo episodio violento en Madrid, concretamente en la calle Azucenas de Torrejón de Ardoz, se ha producido un tiroteo en el que un hombre de 62 años ha resultado herido por arma de fuego. Ha recibido dos impactos en el muslo derecho que le han provocado la rotura del fémur. Ha quedado ingresado con pronóstico grave en el Hospital de la Princesa. También ha tenido que ser atendida por una crisis de ansiedad. Una mujer de 53 años que ha sido trasladada al Hospital de Torrejón. La Policía Nacional es la que se ha hecho cargo de la investigación.

Medios nacionales



Un entrenador de Red Parkinson enseña a un paciente a manejar la pala.

Javier Granda Revilla
27/04/2025 - 05:00

Javier Pérez de Albéniz, uno de los periodistas culturales de referencia en España, no olvida aquella mañana de hace diez años cuando comenzó a sentir un raro cosquilleo en el pie. De ahí, comenzó a sentir calambres. Y, cada vez que caminaba, los dedos de los pies se cerraban y encogían, como la garra de una rapaz. Las sucesivas consultas le llevaron por fin a un diagnóstico: tenía **párkinson**. Y la doctora Lydia López, que le trató en el Hospital de La Princesa de Madrid, le insistió que, junto a la **medicación**, el **deporte intenso cardiovascular** era la única manera de tratar esta enfermedad neurológica, que afecta a **160.000 personas en España**, con 10.000 nuevos casos cada año.

Tras probar -y descartar- el bádminton y otros deportes -como la natación y el pilates-, Pérez de Albéniz optó por un club de tenis de mesa en Talavera de la Reina, cerca de su domicilio. “Desde que empecé a jugar, me di cuenta que me venía de miedo: cada vez que terminaba de entrenar, estaba como nuevo. El **tenis de mesa me ha ayudado muchísimo** y empecé a participar en campeonatos. Veía a mucha gente fastidiada por la enfermedad y decidí **escribir un libro** contando mi experiencia, por si podía ayudar. Han pasado diez años y estoy muy bien, recomiendo hablar con el médico para que aconseje qué actividad deportiva es la más indicada. Y ajustar el esfuerzo al estado de cada uno”, recalca.

El periplo de Pérez de Albéniz le ha llevado a competir en **cuatro campeonatos del mundo** de tenis de mesa para personas con párkinson. El próximo será en Suecia, en el mes de octubre.

La doctora Inés Muro forma parte del equipo de la doctora Lydia López en el Hospital de la Princesa de Madrid, en la unidad de trastornos del movimiento del servicio de Neurología. Y, como recuerda, fue el propio Pérez de Albéniz el que les puso sobre la pista de los **beneficios del tenis de mesa en estos pacientes.**

Pilar del tratamiento

"Es un deporte seguro y **puede mejorar algunos aspectos del párkinson:** aunque es una enfermedad degenerativa, se ha demostrado que **puede ralentizarse su avance** con diferentes modalidades de ejercicio físico, siendo uno de los pilares del tratamiento. En general, recomendamos que en su día a día hagan ejercicio aeróbico, equilibrio, fuerza y estiramientos y cada persona puede elegir cómo combinarlo para mantener esta **actividad física a largo plazo**, que es lo beneficioso", explica.

Diferentes estudios científicos han confirmado las bondades del tenis de mesa, especialmente porque **fomenta la coordinación del ojo, el cerebro y la mano.** "Incluso hay evidencia científica de que este deporte **flexibiliza las conexiones cerebrales**", destaca la doctora Muro.

Uno de los principales problemas del párkinson es la **lentitud** del movimiento, que **se puede atenuar con los movimientos del tenis de mesa**. "Es un deporte rápido, aeróbico, que requiere atención… Es muy completo y por eso lo elegimos y recomendamos, excepto si la persona tiene alteraciones de equilibrio. En cualquier caso, es **mejor consultar al médico** antes de comenzar cualquier práctica deportiva", detalla la experta.

Manejo multidisciplinar

El trabajo en **unidades** multidisciplinares es una de las **claves para mejorar el trato a las personas con párkinson** y, a la vez potenciar la investigación. Como describe la doctora Muro, "en nuestra unidad, en el Hospital de la Princesa, trabajamos médicos, enfermeras y otros especialistas en ciencias de la salud. Nos encargamos de atender a los pacientes en sus consultas habituales, pero también **les proponemos participar en los estudios** que realizamos, aportando algo diferencial: la atención clínica es mucho más amplia y humana y el tratamiento es holístico".

Este enfoque multidisciplinar, con un papel clave de enfermería, ha permitido incorporar el tenis de mesa. Como recuerda la experta, "primero organizamos, en 12 personas que no habían jugado nunca, un programa de entrenamiento de seis meses: las valoramos con diferentes pruebas, como el electrocardiograma, y medimos cuánto tardaban en caminar o correr determinadas distancias. También cómo estaban de ánimo o cómo dormían, aspectos que pueden estar alterados en el párkinson y sobre los que el ejercicio físico puede influir. Y **hemos realizado un estudio junto a un entrenador,** Jorge Martínez. Tras analizar los datos, queremos comunicar los **resultados** tras el verano, **en el congreso de la Sociedad Española de Neurología.** Posteriormente, los publicaremos en una revista científica. Esperamos que sean datos esperanzadores y que puedan ayudar a la gente".

Iniciativa para pacientes

Diferentes federaciones de tenis de mesa de todo el mundo se han sumado a este movimiento, organizando campeonatos regionales, locales e internacionales. Los participantes se integran en diferentes niveles, en función de su grado de párkinson y de su respuesta a la medicación. Una de las **últimas iniciativas** que han nacido en este ámbito es la **Fundación Red Parkinson**, una entidad sin ánimo de lucro que tiene como objetivo **mejorar la calidad de vida** de los enfermos **a través del deporte**, especialmente el tenis de mesa, que practican en el Centro Deportivo Municipal Triángulo de Oro de Madrid.

"Me aficioné al tenis de mesa porque me recomendaron hacer deporte y, por casualidad, tenía un club al lado de mi trabajo. Me encantó la experiencia y empecé a ver que acudían personas con párkinson a preguntar si podían jugar. Al final, conseguimos financiación y hemos puesto en marcha este proyecto y **ayudaremos a que los miembros participen en campeonatos** nacionales e internacionales", explica su presidente, **José Antonio Alonso**.

Javier Pérez de Albéniz es miembro del club y cómo recalca, "**el tenis de mesa es música** por dos motivos: porque voy a entrenar escuchando música nueva y porque un golpe bien dado suena a gloria". Y, como buen melómano, recomienda el último grupo que ha descubierto: los australianos Amyl and the Sniffers.

Medios radiofónicos

Radio Galega

GALICIA POR DIANTE

Fecha: 28-04-2025 13:36

Duración: 00:00:31

En Madrid, el Hospital Princesa suspendió la atención primaria y el laboratorio para priorizar intervenciones quirúrgicas graves y urgencias, siguiendo protocolos debido al apagón que afectó a toda España peninsular desde las 12:30, por causas desconocidas.

Medios Especializados



MENÚ ConSalud.es NEWSLETTER

HOME · LUPA SANITARIA

El Hospital La Princesa fomenta la integración de la música en el centro como estímulo terapéutico

Estos programas se enmarcan dentro del Plan de Humanización del centro, cuyo objetivo es desarrollar acciones y proyectos que incorporen las dimensión cultural, social y emocional

CS REDACCIÓN CONSALUD

COMUNIDAD DE MADRID · MÚSICA

El Hospital Universitario de La Princesa, centro público de la Comunidad de Madrid, promueve a través de los programas "**Música en hospitales de la Universidad Autónoma de Madrid**" y "**Humaniza La Princesa con tu música**", la integración de la música en el hospital como estímulo terapéutico para los pacientes. Estos programas se enmarcan dentro del **Plan de Humanización** del centro, cuyo objetivo es desarrollar acciones y proyectos que incorporen las dimensión cultural, social y emocional en los procesos hospitalarios.

Concretamente, el programa "**Música en hospitales de la Universidad Autónoma de Madrid**", se realiza cada 15 días coincidiendo con el fin de semana en los vestíbulos de algunas plantas del hospital. Gracias a estos conciertos **los pacientes y sus familiares pueden asistir**, a pocos metros de su habitación, a conciertos de música clásica interpretada por músicos profesionales vinculados al Aula de Música de la Facultad de Medicina de la UAM

Medios nacionales


EL PAÍS

Economía

APAGÓN MASIVO | El País Vasco recupera el 100% del suministro eléctrico desde primera hora

APAGÓN MASIVO >

Los hospitales españoles mantienen los servicios básicos gracias a los equipos electrógenos

Comunidades como la de Madrid, Cataluña, País Vasco o Andalucía han mantenido la actividad hospitalaria sin cortes significativos

EL PAÍS

28 ABR 2025 - 14:11 CEST

Los hospitales españoles se han salvado dignamente del corte de luz generalizado gracias a que cuentan con grupos electrógenos de respaldo para cortes de luz, que pueden mantener durante horas en funcionamiento los equipos esenciales, como respiradores, monitores cardíacos y otros dispositivos médicos vitales. Aunque hay instalaciones que pueden quedarse sin luz en algunas zonas, por lo general no ha afectado a la asistencia crítica. En la Comunidad de Madrid, Cataluña, Andalucía o el País Vasco todo ha seguido dentro de la normalidad. Un portavoz del Gregorio Marañón de Madrid ha explicado que, en su caso, hay activado un comité de emergencia para tomar decisiones en función de lo que dure la afectación, pero insiste en que la parte asistencial está cubierta. Lo mismo ha pasado en Barcelona, donde el Hospital del Mar ha seguido su marcha normal gracias a estos equipos. Las intervenciones quirúrgicas que no habían empezado, eso sí, se han suspendido por el momento, excepto las urgentes. Mientras, en los centros de salud han tenido que modificar su actividad para trabajar sin electricidad.

Desde el hospital Doce de Octubre de Madrid han informado poco tiempo después de que la ciudad se quedara sin luz de que se han suspendido todas las actividades ordinarias. Es decir, tanto las consultas como las cirugías previstas para la tarde se han cancelado. El centro ha

funcionado durante horas con grupos electrógenos y fuentes del hospital aseguran que el centro está funcionando con normalidad, con aire acondicionado y ascensores en funcionamiento, lo que ha permitido trabajar con cierta tranquilidad con los pacientes y familiares. Dos administrativas han explicado a EL PAÍS que la gente llegaba tranquila y entendía la situación. “Las cirugías urgentes y extraordinarias se llevarán a cabo”, tranquilizaban a todo aquel que se acercara al mostrador.

El ambiente a la entrada del recinto hospitalario parecía sobre las 14.45 horas el de cualquier otro día, si no fuera porque había decenas de personas tratando de contactar con sus familias, ver cómo estaban sus hijos o preguntando cómo volverán a sus casas si no había metro y los autobuses estaban llenos. Un hombre que acompañaba a su padre, que está ingresado por un problema renal, trataba de buscar una cafetería para comer, pues la del hospital había cerrado. “El caos está fuera. Dentro ni nos hemos enterado”, añadía Carmen, que acompañaba a su padre a buscar el coche tras darle el alta.

En el Hospital de la Princesa de Madrid se han activado los generadores para operaciones en curso, pero gran parte de la planta de abajo estaba a oscuras. La sala de espera se ha vaciado parcialmente. Mientas tanto, miles de personas ocupaban las aceras de Goya, Diego de León y Conde de Peñalver ante la paralización del Metro. Algunos autobuses han seguido funcionando, pero ningún semáforo. En la calle reinaba el caos, mientras la actividad hospitalaria mantenía más o menos la normalidad.

Aunque no todo han sido buenas noticias. Los sanitarios se esforzaban en dar prioridad al traslado de pacientes crónicos que están en sus casas conectados a máquinas de oxígeno para respirar. Algunos de ellos no pueden permanecer más de una hora sin estar conectados a un suministro artificial de oxígeno. El Samur de Madrid ha recibido varios avisos de urgencia de este tipo para el traslado urgente a hospitales.

De hecho, las ambulancias no han parado de atender a pacientes de riesgo que necesitaban llegar cuanto antes al hospital. Los prioritarios han sido aquellos que necesitan un respirador artificial que funciona conectado a la corriente eléctrica. Ha sido en caso de una mujer en Usera (Madrid), cuya hija pedía a las 14.00 transporte urgente para llegar a un hospital en menos de una hora, o el de otra en el paseo de La Habana, que también necesitaba una forma de contactarse a una red de forma urgente. También ha sido un día de sustos para las embarazadas. Una mujer se ha puesto de parto con contracciones cada dos minutos en la comisaría de Aluche y ha requerido transporte urgente por un parto de riesgo. Otro convoy policial ha escoltado a otra madre a punto de dar a luz hasta el hospital infanta Leonor sobre las 17.30.

En el País Vasco, la situación se ha repetido. Los hospitales de la red pública sí han sufrido un corte de suministro eléctrico, pero solo durante escasos minutos, hasta que han comenzado a funcionar los equipos electrógenos de emergencia tras el apagón masivo. En Osakidetza se ha podido mantener la actividad quirúrgica y se han podido llevar a cabo las operaciones en curso, mientras que la atención no urgente también se ha suspendido mientras ha durado el corte eléctrico, según ha confirmado el Departamento vasco de Salud.

Aun así, era imposible con al principio no reinara el desconcierto cuando los pacientes entraban por las puertas hospitalarias. Eso ha pasado en el Hospital Parc Taulí de Sabadell (Barcelona), uno de los mayores de Cataluña, con una población atendida de 400.000 personas del Área Metropolitana de Barcelona. “Llego muy nerviosa con todo lo que está pasando, porque hace tres meses que espero la consulta. Espero que me puedan atender”, ha explicado en el vestíbulo Carly García, de 48 años, sobre las 13.00 horas. El mensaje lanzado por los responsables del

centro, sin embargo, era de tranquilidad. “Están funcionando bien los equipos electrógenos y no ha habido ningún incidente grave”, han precisado una hora después. Equipos como los accesos y pago del parking también han funcionado con normalidad.

El hospital Vall d’Hebron de Barcelona, el centro sanitario más grande de Cataluña, ha mandado también un mensaje de calma y ha puesto en marcha también sus grupos electrógenos de emergencia que, según explicaba un portavoz, les daba 40 horas de autonomía para mantener la actividad. “De momento, la situación está controlada”, explicaba a mediodía. La prioridad es, evidentemente, la actividad urgente. Por eso se han anulado todos los procesos no urgentes y las consultas externas.

En Andalucía, la situación es muy parecida. Los hospitales han funcionado con normalidad gracias a los grupos electrógenos de alta capacidad con los que cuentan, aunque los han tenido que repostar por la tarde. Los centros hospitalarios han dado prioridad a la asistencia de urgencia, servicios críticos como UCI, paritorios y neonato. Fuentes hospitalarias de la provincia de Sevilla indicaban que, en tanto que no se tenga confirmación de que se retoma con normalidad el suministro eléctrico. “El apagón ha provocado muchísimas incidencias que son ajenas a nuestras responsabilidades. Se han tenido que reorganizar mucha actividad asistencial para intentar sacar adelante el día. Las consultas e intervenciones programadas por la tarde se han visto afectadas y si no se recupera la normalidad antes de las 20 horas, también se alterarán las de mañana [por el martes]”, ha explicado Juanma Moreno, presidente de Andalucía.

Los hospitales gallegos y algunos centros de salud y puntos de atención continuada de Galicia también ha salvado el apagón de luz con generadores, pero en el momento del corte del suministro eléctrico hubo situaciones de pacientes atrapados en ascensores y el personal sanitario no ha podido recurrir, en toda la mañana, a una herramienta básica, el Ianus, el sistema en línea de la historia clínica electrónica, fundamental para poder atender a los pacientes en las consultas. Tampoco se han podido ver radiografías, ni resultados de análisis, ni pedir nuevas pruebas. No se pueden hacer recetas más que en papel, la línea fija telefónica ha fallado y las anotaciones sobre las consultas se están haciendo a mano. Según explica el Sergas, los hospitales cuentan aparte con baterías autónomas en algunos quirófanos y áreas de críticos. En algunos ambulatorios, sin embargo, como el de la calle Cuba, en Vigo, los médicos aseguraban que la falta de acceso a las historias y a las pruebas médicas imposibilitó gran parte de las consultas del día: “Alguna picadura, alguna herida, algún cuadro de fiebre, pero poco más, y recetas en papel”, contaban los sanitarios.

Almeida: “Hay que dejar libres las vías de circulación”

El alcalde, José Luis Martínez-Almeida, se ha dirigido directamente a la ciudadanía en una entrevista en RNE. “Tenemos 150 incidencias reportadas en ascensores”, ha admitido a mediodía, y ha pedido que se acuda a las comisarias para reportar si hay casos. “Mucho cuidado con abrirlos, por favor”. También ha pedido a los madrileños que “minimicen los desplazamientos” y que en la medida de lo posible “se queden donde están en estos momentos”. “Hay que dejar libres las vías de circulación, los semáforos están apagados en estos momentos, pero lo imprescindible es que los servicios de emergencia puedan circular”, ha pedido. “Hemos cerrado los túneles de la M-30”, ha dicho, a la vez que ha pedido que las llamadas al 112 se hagan “las que sean verdaderamente urgentes”. “Y en caso de que no os atiendan, pueden acudir a las comisarías de policía y a los parques de bomberos para que os puedan atender”.

Medios nacionales



En el Hospital La Princesa de Madrid, las urgencias han **funcionado lunes a "medio gas",** fruto del apagón general que ha sufrido toda España, según han confirmado este mediodía fuentes del centro sanitario a EL PERIÓDICO DE ESPAÑA. Los generadores de gasoil han permitid**o atender a los pacientes más graves y mantener la actividad quirúrgica**, aunque limitada únicamente a las **intervenciones estrictamente necesarias**.

A las puertas del hospital, **Daniel** esperaba esta mañana con impaciencia noticias sobre su padre, de edad avanzada, que esta mañana se ha fracturado tres costillas. A pesar del apagón, los equipos médicos lograron realizarle una radiografía para confirmar la lesión. Ahora necesita permanecer 24 horas en observación, pero la falta de luz en las plantas de hospitalización deja en el aire la posibilidad de que deba llevárselo a casa. "**Ahora mismo no sé qué hacer**", explicaba a este diario.

María José, por su parte, lleva más de tres horas esperando que se restablezca el servicio. Acudió al área de Urgencias por una herida derivada de una operación en el pie. Llegó a primera hora de la mañana y, al salir a la calle, se encontró con "un caos absoluto". Acompañada por su hija y sin dinero en efectivo, no puede utilizar taxis ni VTC. Las ambulancias, acumuladas en un lateral del centro, tampoco transportan pacientes no urgentes.

Inma Blanco, TCAE del hospital, aseguraba que solo hay suministro eléctrico en las zonas más críticas, aunque, de momento, "todo funciona con cierta normalidad, salvo las consultas programadas, que se han cancelado". Varias patrullas de la Policía Nacional vigilan el hospital, tanto en el interior como en el exterior, para prevenir cualquier altercado mientras persista la falta de suministro eléctrico.

Operatividad garantizada

Todos los hospitales de la Comunidad de Madrid han mantenido su operatividad a lo largo de la jornada gracias a los generadores de gasoil. Poco después de producirse el apagón a las 12.32 horas de este lunes, se ha **activado el plan de emergencias**, permitiendo **mantener la "actividad asistencial cubierta",** según han traslado a este periódico fuentes oficiales del Hospital Gregorio Marañón.

Medios especializados



CETUPANC

En esta investigación multicéntrica, denominada CETUPANC, han participado cirujanos de otros nueve hospitales españoles con experiencia en cirugía de tumores pancreáticos. En concreto, el Hospital Clínico de Valencia, el Hospital Universitario de Badajoz, el Hospital Universitario de Salamanca, los hospitales 12 de Octubre, La Princesa y Clínico de Madrid, los hospitales Mutua de Terrassa (Terrassa) y el Clínic de Barcelona, y Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Además de los cirujanos, en el estudio CETUPANC han participado oncólogos, patólogos y digestivos. El nuevo trabajo, que ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad, ha durado en total ocho años; tres de ellos, realizando un seguimiento estrecho a los pacientes.

Los profesionales han desarrollado un nuevo concepto de Biopsia Líquida Intraoperatoria. Según los resultados obtenidos, la movilización de células tumorales durante la cirugía puede aportar información interesante para valorar el riesgo de quedar posibles restos tumorales microscópicos. “Los patólogos y el equipo en su conjunto dispondríamos de información adicional al mero estudio histológico de los márgenes de resección quirúrgicos, y así conseguiríamos una mejor valoración de posibles restos neoplásicos microscópicos”, afirma el Dr. Juan José Borrero, especialista en Anatomía Patológica del Hospital Universitario Virgen del Rocío, con gran experiencia en estos tumores.

Estos hallazgos aportan un conocimiento completamente nuevo, que permitiría plantear nuevas estrategias para evitar que el tumor vuelva a crecer tras la cirugía de cáncer de páncreas. “Este hallazgo, que es la primera vez que se describe, es muy relevante pues se trata de pacientes en los que la aparición de recurrencia no es infrecuente y esto tiene una repercusión importante en la supervivencia de estos enfermos”, explica Padillo.

La agrupación de células tumorales cluster, con mayor riesgo de provocar metástasis a distancia
Asimismo, los investigadores han detectado qué tipo de células se asocian con mayor probabilidad a la aparición de metástasis y qué factores contribuyen a ello. A este respecto, “La agrupación de células tumorales en forma de racimos (conocidos por el término inglés de cluster), han mostrado tener un mayor riesgo de metástasis a distancia”, señala el Dr. Gonzalo Suárez, experto en cirugía de páncreas del servicio de Cirugía General y coordinador del estudio en el centro Virgen del Rocío.

En este sentido, el estudio abre la puerta a establecer estrategias para mejorar los resultados, permitiendo evaluar la diseminación tumoral en tiempo real y ayudando a identificar la agresividad del tumor y el riesgo de recurrencia. En resumen, “tener estos datos nos ayudaría a tener más información de marcadores epigenéticos y de expresión génica que permitirían ayudar a desarrollar esquemas de tratamiento más precisos y personalizados”, afirma la Dra. Inmaculada Gallego, especialista en Oncología Médica y experta en tumores digestivos.

“Son resultados que abren la puerta a nuevas líneas de investigación en un campo en el que el trabajo multidisciplinar de oncólogos, patólogos, digestivos y cirujanos es esencial para avanzar en la mejora de los resultados”, concluye el Dr. Padillo.

Identificada una de las claves de la alta agresividad del cáncer de páncreas

El cáncer de páncreas es uno de los más agresivos y con una de las tasas de supervivencia más bajas, de sólo el 10% al cabo de cinco años. Uno de los factores que contribuyen a esta agresividad es su microambiente tumoral, conocido como estroma, que representa la mayor parte del tumor y que está formado por una red de proteínas y diferentes células no tumorales. Entre estas, los fibroblastos tienen un papel clave, ya que ayuden a las células cancerosas a crecer y aumentan su resistencia a los fármacos. Ahora, un estudio encabezado por investigadores del Instituto de Investigación del Hospital del Mar, del IIBB-CSIC-IDIBAPS (Barcelona), de la Mayo Clinic, del Instituto de Biología y Medicina Experimental (CONICET, Argentina) y del CaixaResearch Institute, ha identificado un nuevo factor determinante que incide en esta característica del cáncer de páncreas, una función desconocida hasta ahora de la proteína Galectina-1 dentro del núcleo de los fibroblastos. Este descubrimiento, que publica la revista ‘PNAS’, aporta nuevas claves para comprender mejor el papel de estas células en la progresión del tumor pancreático[3].

“Se considera que este estroma es una pieza clave en la biología tan agresiva del cáncer de páncreas, ya que interactúa con las células tumorales, las protege e impide la acción de los fármacos. Además, las células del estroma, en particular los fibroblastos, producen substancias que favorecen el tumor y facilitan el crecimiento y la diseminación”, explica la Dra. Pilar Navarro, coordinadora del Grupo de Investigación en Nuevas Dianas Moleculares del Cáncer del Instituto de Investigación del Hospital del Mar y del IIBB-CSIC-IDIBAPS. Hasta ahora, se había identificado que los fibroblastos secretaban Galectina-1, una proteína con propiedades protumorales. Ahora, este estudio demuestra que esta molécula también se encuentra en el interior de los fibroblastos, en concreto en el núcleo, donde ejerce un papel clave en el control de la expresión génica.

La presencia de esta molécula activa los fibroblastos, de manera que colaboran con el desarrollo de las células tumorales. Además, los investigadores han descubierto como “la Galectina-1 tiene la capacidad de regular la expresión génica de estas células a un nivel muy específico sin modificar la secuencia del ADN, mediante control epigenético. Uno de los genes sobre los cuales actúa es KRAS, que en los tumores pancreáticos juega un papel fundamental”, indica la Dra. Navarro. Este gen también se encuentra en las células tumorales del 90% de los pacientes, pero en este caso, se encuentra mutado. Se le considera uno de los principales responsables de su crecimiento descontrolado y de la agresividad del tumor.

Medios nacionales



Hace unos meses, la doctora **Carmen Suárez, Jefa del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de la Princesa de Madrid** explicaba en declaraciones a la **Cadena Ser** que hay un consumo «***excesivo y abusivo***» de analgésicos y añadía que «***la gente olvida que no son inocuos***». Quitarán el dolor, pero «***su consumo tiene consecuencias y complicaciones***«, explicaba entonces.

De hecho, **el 12% de los ingresos hospitalarios son consecuencia de los efectos secundarios del consumo frecuente de analgésicos tan habituales como el paracetamol o el ibuprofeno**, explicaban desde el mismo medio.

Y precisamente de ello ha hablado la farmacéutica **María de los Ángeles García**, conocida popularmente como **Boticaria García**, que ha explicado que el ibuprofeno no sabe dónde tiene que actuar, sino que recorre nuestro cuerpo a ciegas buscando unos receptores donde acoplarse: ***»El ibuprofeno no tiene ni la menor idea de dónde está el dolor. No sabe si te duele la rodilla o la cabeza y va recorriendo todo el cuerpo»***, explica, y se refiere a estos receptores o enzimas en concreto, que se llaman **COX-1** que están ubicados en el estómago, donde el ibuprofeno cuando se une a ellos **bloquea a las moléculas que producen el dol0r, la inflamación y la fiebre**.

Boticaria García se refiere a los efectos del ibuprofeno sobre el estómago

Esta lo compara con ‘el juego de las sillas’. Si el ibuprofeno se une a estos receptores, cuando llegan los malos de la película no pueden acoplarse ni producir el dolor, explica. Pero estos receptores, además de producir las moléculas del dolor, también sintetizan compuestos como el moco, que protege la mucosa gástrica.

Y ahí es donde está el peligro, ya que el **ibuprofeno**, cuando se une a la **COX-1** del estómago, también impide que se formen los compuestos protectores del mismo, explica, provocando así que la pared gástrica se haga más vulnerable, y por eso decimos que «***el ibuprofeno puede hacer daño al estómago».***

Medios nacionales

EL PAÍS

Madrid

SANIDAD PÚBLICA

Científicos e investigadores de la sanidad pública madrileña tendrán salarios más equiparados con el resto del personal sanitario

La Consejería de Sanidad firmará el lunes un acuerdo con CC OO para mejorar las condiciones laborales de los 2.000 investigadores de la biomedicina que tiene la región, pero las mejoras están lejos aún de las demandas del sector



DANIELA GUTIÉRREZ
Madrid - 24 ABR 2025 - 12:50 CEST

En un mismo laboratorio de un mismo centro sanitario, un técnico contratado por el Sermas recibe mejor salario que uno contratado a través de una de las 13 Fundaciones para la Investigación Biomédica (FIB) que tiene la sanidad pública de la Comunidad de Madrid, a pesar de que su trabajo sea prácticamente el mismo. Esa disparidad acabará parcialmente tras dos años de protestas y de "duras" negociaciones, que es lo que han tardado los investigadores y científicos madrileños en conseguir un acuerdo con la Consejería de Sanidad que dirige Fátima Matute, que se firmará el próximo lunes 28 de abril.

El acuerdo, que ha sido pactado con los sindicatos Comisiones Obreras, el mayoritario del sector, y UGT, tendrá vigencia hasta 2028. Incluye, además de una mejora en los salarios, el reconocimiento de la carrera profesional de los 2.000 trabajadores de las FIB. Sin embargo, la precariedad laboral que sufre el sector tiene su origen en la falta de inversión del Gobierno de Isabel Díaz Ayuso y en la externalización del servicio de investigación en fundaciones, aseguran los sindicatos, por lo que este convenio resolverá "parcialmente" su situación. "Es un paso intermedio, queda mucho por hacer, pero es una gran mejora", sentencia Juan Ángel Fresno, investigador del hospital La Paz y delegado de CC OO. La consejería no ha querido hacer declaraciones hasta que no se firme el convenio.

La Comunidad de Madrid contrata a través de estas fundaciones al personal que se encarga de la investigación dentro de los propios hospitales —el Clínico San Carlos, el 12 de Octubre, el de Getafe, el Gregorio Marañón, La Paz, La Princesa, el Niño Jesús, el Príncipe de Asturias, el Puerta del Hierro, el Ramón y Cajal, el Infanta Sofía, el Infanta Leonor y una fundación encargada de la investigación en la Atención Primaria—, pero los profesionales dependen de una empresa diferente, ya que el servicio está externalizado. "Nuestros proyectos tienen una aplicación muy rápida y precisa, porque trabajamos para adaptar los diagnósticos e investigaciones a pie de cama", explica la investigadora Raquel Castejón, trabajadora de la FIB de Puerta del Hierro. Sin embargo, las condiciones laborales de las fundaciones están por debajo de las del personal contratado por el propio hospital.

Llegar a este nuevo convenio ha costado dos años de negociación "muy dura y muy larga", según Fresno, pero la meta del personal investigador está aún lejos. Madrid fue la primera comunidad en regular las condiciones laborales de los trabajadores del sector con un convenio para la investigación biomédica y lo hizo en diciembre de 2020, mientras la crisis del coronavirus reafirmaba que, sin los investigadores y científicos, la sanidad no saldría del escollo. Ese convenio fue un avance, pero dejaba aún varias tareas pendientes.

Este nuevo convenio supone un paso más. También es pionero en cuanto a reconocimiento de la carrera profesional del personal investigador, un sistema que ya premia la formación y la experiencia del personal estatutario, pero no es suficiente para llegar a las condiciones que exige el artículo 85 de la Ley 14/2007, de Investigación Biomédica, que es el objetivo final. Se ha logrado equiparar el salario de las categorías profesionales que tienen equivalencia entre el personal estatutario, como son los técnicos de laboratorios, enfermeras y los administrativos, pero irónicamente los investigadores, al no tener una figura con la que compararse, solo recibirán un aumento salarial del 3% en cuatro años, según aclara Castejón. "Es una contradicción. Creo que no se ha hecho el esfuerzo de encontrar una equivalencia para los investigadores", añade.

Falta de financiación

El convenio será una especie de tirita para un mal mayor que tiene la investigación científica en la sanidad pública madrileña. "La Comunidad de Madrid es el motor económico del país, según afirman sus propios gobernantes y, sin embargo, del análisis comparativo de los presupuestos de este año con los de comunidades como Cataluña o el País Vasco, se evidencia la lamentable situación en la que se encuentra la investigación sanitaria en Madrid, con una inversión 10 veces inferior a la de estas comunidades", destaca CC OO en un comunicado. El sindicato cree que esta "es una gran oportunidad" para que el Ejecutivo de Ayuso modifique los presupuestos de 2025 para mejorar "sustancialmente" la inversión en investigación sanitaria.

La falta de financiación que sufre el sector trae consigo bajos salarios, y estos a su vez provocan que la tasa de temporalidad de los trabajadores sea muy alta. La investigadora del hospital Puerta del Hierro, que es parte de la unidad de enfermedades autoinmunes, señala que los proyectos investigativos sufren retrasos constantemente a causa de la rotación del personal: "Cuando uno de estos contratos se acaba entra un nuevo trabajador a la línea de investigación, que tiene que aprender todo desde el principio".

En ello coincide Antonio Martínez, investigador del FIB del hospital de La Princesa, que participa en un proyecto de investigación sobre los efectos del sodio en las mitocondrias con el objetivo de intentar inhibir los efectos del ictus. Martínez sostiene que "hace falta más personal e inversión" pero, al mismo tiempo, piensa en que la subida salarial significará un gasto no previsto en el ya bajo presupuesto para la investigación de la Comunidad de Madrid.

Medios especializados



El ambiente en la tarde del **gran apagón** era muy raro en las calles de Madrid. Las marquesinas de los autobuses están a reventar de trabajadores que no pueden trabajar, los policías conducen el tráfico como buenamente pueden porque no hay semáforos y los niños están en los parques porque no hay actividades extraescolares. Los hospitales, mientras tanto, no pueden permitirse el lujo de parar. Por causas desconocidas hasta el momento, España entera se ha apagado, pero los hospitales han logrado continuar prestando atención, aunque sea prácticamente en servicios mínimos.

La clave está en los **sistemas electrógenos y protocolos** con los que cuentan estos centros para tener electricidad en caso de una emergencia similar a la que estamos viviendo. “Aquí nos han dicho que podemos seguir funcionando. Tenemos autonomía para unos tres días nos han comentado”, explican a Gaceta Médica dos profesionales sanitarios que han salido a la puerta del Hospital de La Princesa, al finalizar su turno.

Esa autonomía, como explican, la consiguen gracias a **los generadores** con los que están dotados los hospitales. Como añaden, “también hay tanques de gasoil” que permitirán al complejo seguir funcionando si la situación se alarga en los próximos días.

“Lo imprescindible”

Pese a que los hospitales están funcionando, solo **“se está haciendo lo imprescindible”**, como señalan otros facultativos a las puertas del Gregorio Marañón: “Todo lo que no es urgente, nada”. En este sentido, explican que gracias a los sistemas de generación de energía alternativos están pudiendo responder a las urgencias, igual que a las intervenciones que son imprescindibles. Toda la electricidad, bien preciado hoy más que nunca, está destinada a “lo imprescindible”, remarcan.

Se trata, entre otros servicios, de la UCI, las citadas Urgencias y los quirófanos. Lo que sin embargo se ha fundido a negro son la mayoría de tareas burocráticas propias de los hospitales. Las plantas de administración están teniendo muchos más problemas y, en la mayoría de los casos, no están pudiendo trabajar.

Lo mismo pasa en los centros de salud. Como expone un grupo de enfermeras en la puerta de la Maternidad del Marañón, “no están operativos”. De igual modo, una de ellas lamenta que el colapso eléctrico, que a su vez ha provocado un colapso del tráfico y los servicios de transporte en toda España, sí haya provocado que muchos compañeros “no hayan podido” acudir hasta su puesto de trabajo. En el mejor de los casos, los que han llegado, han llegado tarde, y los que ya estaban, no se han podido ir.

Pese a todo ello, los hospitales han resistido en un momento crítico. El gran apagón ha colapsado España y nos ha puesto contra el espejo. Sufrimos una pandemia que nos avisó de que no estábamos preparados y, ahora, este episodio pone de manifiesto que no podemos bajar la guardia y que debemos de estar preparados, también en materia sanitaria, para amenazas de este tipo.

Medios especializados



Pasaban 34 minutos de las 12 cuando todo el **Servicio de Radiodiagnóstico** del **Hospital La Princesa** quedaba sumido en la oscuridad. En un principio, tanto Pablo Rodríguez Carnero como su equipo de área, pensaban que se trataba de un 'apagón' propio del centro. Sin embargo, la penumbra en la que se encontraban el resto de plantas del edificio madrileño y la falta de luz en la calle, les ha hecho pensar que se trataba de algo más grave y generalizado. En ese momento, y gracias a los generadores de emergencia que abastecen a este tipo de instalaciones en el Sistema Nacional de Salud, solo funcionaban "los ascensores, las luces de Emergencia" y aquellos servicios básicos capaces de prestar asistencia a pacientes críticos.

La prioridad del hospital entonces ha sido mantener dicho suministro en las **Unidades de Vigilancia Intensiva** (UVI), las áreas donde se encontraban los **pacientes recién operados y los quirófanos**. No obstante, a algunos de los facultativos, la interrupción repentina de la electricidad les sorprendía "a mitad de cirugía", por lo que han tenido que proceder a duras penas con los medios disponibles y el tiempo en su contra. El desconcierto inicial era sucedido por una rápida **disposición de contingencia** por parte de todos los efectivos del hospital madrileño con el objetivo de garantizar la seguridad de aquellos pacientes con **soporte vital**, por ejemplo aquellos "enganchados" a máquinas para poder respirar.

Suspensión de pruebas radiológicas

Radiología era uno de los Servicios que quedaba completamente paralizado al no funcionar ecógrafos, dispositivos de resonancias magnéticas y radiografías. Con todas las **máquinas apagadas** -y sin información acerca de cuando se recuperaría el suministro- los profesionales se han visto obligados a **sacar a los pacientes de las máquinas de diagnóstico "con mecanismos de emergencia"**. En el momento en el que se producía ese cero energético, "lo único que funcionaba" era un escáner destinado a todos aquellos casos que entrañaran cierta urgencia, relata el radiólogo a *Redacción Médica.*

Tampoco ha sido posible continuar con ninguna de estas pruebas, debido a la **inactividad de los sistemas informáticos**, por lo que se suspendían la mayoría de cirugías no urgentes, al tiempo que se aplazaban las citas programadas para la jornada como los TAC.

Una inactividad que ha provocado el cese del ejercicio de aquellos profesionales **dedicados a una asistencia no urgente** como Rodríguez Carnero, que abandonaba el hospital sobre las 2 de la tarde para ir a recoger a sus hijos al colegio "andando ya que, a esas horas, el Metro de Madrid continuaba sin funcionar y los autobuses "iban abarrotados". De hecho, algunos profesionales han optado por pasar la noche en el centro para no coger su vehículo de vuelta a casa.

Hospitales y residencias "funcionan con normalidad"

El restablecimiento paulatino de la red eléctrica permitía una vuelta a la normalidad progresiva de estos centros, de los únicos puntos con electricidad durante el 'apagón', gracias a los grupos electrógenos con larga autonomía de los que disponen para este tipo de situaciones de emergencia. Rodríguez Carnero espera que su Servicio vuelva a funcionar al cien por cien cuanto entre a trabajar este martes en turno de tarde.

Además de garantizar la asistencia domiciliaria, la Comunidad de Madrid -una de las cuatro comunidades autónomas que ha solicitado la declaración del Estado de Emergencia- mantendrá abierto durante toda la noche el **Centro Especializado de Atención Diurna a Pacientes con ELA** del Hospital Enfermera Isabel Zendal para atender a doce pacientes y sus familias, confirmando, a su vez, que tanto hospitales públicos como residencias "funcionan con normalidad", a última hora de la tarde.

LA RAZÓN
ATUSALUD

El miedo al apagón de los pacientes “enchufados” a la electricidad

Pacientes en diálisis, enfermos respiratorios y personas con esclerosis lateral amiotrófica son algunos de los más vulnerables



▲Detalle de una persona en hemodiálisis DREAMSTIME / Dreamstime

RAQUEL BONILLA
BELÉN TOBALINA
EVA S. CORADA @evacorada

Creada: 28.04.2025 18:07
Última actualización: 28.04.2025 18:07

RAQUEL BONILLA

- BELÉN TOBALINA
- EVA S. CORADA@evacorada

Creada: 28.04.2025 18:07
Última actualización: 28.04.2025 18:07

Durante los primeros momentos del apagón, **los generadores de luz han permitido mantener la calma en los centros hospitalarios**, ya que “los generadores tardan apenas unos segundos en arrancar al detectar la falta de luz”, explican fuentes médicas a LA RAZÓN. Sin embargo, en algunos escenarios sanitarios, pero ajenos a centros hospitalarios, sí ha habido minutos de nerviosismo, tal y como describe **Lucía de la Higuera**, enfermera del servicio de Radioterapia del Parque Tecnológico de Ciencias de la Salud (PTS) de Granada, quien explica en sus redes sociales que **“todas las alarmas**

del edificio se activaron de forma repentina tras el apagón masivo en toda España. Todas las máquinas dejaron de funcionar y tuvimos que evacuar a todos los pacientes», relata la enfermera, quien detalla que «estábamos trabajando en el subsuelo cuando, de pronto, se fue la luz y comenzó la evacuación. Ha sido una situación con cierto nerviosismo porque el sonido de las alarmas era muy intenso y **la angustia se ha empezado a adueñar de algunas personas. Nadie sabía qué ocurría**».

Entre los **pacientes más frágiles** frente a la falta de electricidad destacan los **enfermos conectados a máquinas**, tal y como ocurre con los **pacientes renales o los enfermos con problemas respiratorios graves** que requieren suministro de oxígeno. Por este motivo, los sanitarios se están enforzando durante estas primeras horas en dar prioridad al traslado hasta los hospitales de pacientes crónicos conectados a máquinas de oxígeno en sus hogares. **"Algunos de ellos no pueden permanecer más de una hora sin estar conectados a un suministro artificial de oxígeno",** recuerdan los neumólogos. En este sentido, **el Samur de Madrid confirma la existencia de varios avisos de urgencia de este tipo** para el traslado urgente a hospitales, donde sí se puede garantizar la seguridad de estos pacientes.

En este sentido, **Pedro J. Marcos**, médico del Servicio de Neumología del Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña, aconseja que, ante el apagón, se tengan en cuenta algunas recomendaciones generales en relación con pacientes respiratorios con terapia respiratoria domiciliaria: "En ocasiones, los pacientes que utilizan soporte respiratorio domiciliario (oxigenoterapia, BIPAP, CPAP) acuden a Urgencias debido a incidencias, generalmente relacionadas con problemas técnicos o cortes de suministro eléctrico. En este caso, **si la saturación es superior al 84% y el paciente no presenta síntomas relevantes, se recomienda el manejo domiciliario**", detalla el experto. **En el caso de pacientes neuromusculares, lesionados medulares o con esclerosis lateral amiotrófica (ELA) o grandes dependientes (>12h) "se recomienda la atención hospitalaria para garantizar el soporte ventilatorio"**, aconseja Marcos, quien añade que en hipoventiladores obesos y pacientes con EPOC "no es necesario colocar el respirador de forma urgente. En general, pueden tolerar una suspensión temporal del tratamiento sin riesgo inmediato".

Junto a los pacientes respiratorios, son los enfermos renales los que más dificultades pueden sufrir. Sin embargo, durante las primeras horas del apagón, **"las consultas de diálisis se han mantenido con normalidad en los centros hospitalarios** gracias al empleo de los generadores eléctricos, al igual que en los **centros extrahospitalarios**, que también disponen de estos aparatos y, por tanto, la diálisis también está garantizada", explica **María José Soler**, nefróloga y vicepresidenta de la Sociedad Española de Nefrología (SEN). "La diálisis es un soporte vital y, por tanto, se ha priorizado el ahorro energético en los hospitales para garantizar estos suministros", detalla **Borja Quiroga**, nefrólogo del Hospital La Princesa de Madrid.

Sin embargo, los **pacientes domiciliarios** son los que más están sufriendo las consecuencias de la falta de luz. "Aquellas personas que no pueden conectarse a la red eléctrica y no pueden dializarse de ese modo pueden poner en práctica la **diálisis peritoneal de forma manual**, es decir, ponerse el líquido a aire ambiente y usar la infusión manual, tal y como se hacía antes, sin máquina cicladora", detalla Soler.

Medios nacionales



El reciente apagón que paralizó buena parte de la península ibérica puso a prueba la resiliencia del sistema sanitario español.

La crisis energética vivida este lunes ha demostrado que, en situaciones de extrema adversidad, los hospitales españoles saben cómo responder. Mientras en las calles reinaba el caos, entre semáforos apagados, transporte público colapsado y comercios cerrados, **los principales centros sanitarios del país lograban preservar su actividad esencial.** No fue cuestión de suerte, sino de previsión: los hospitales cuentan desde hace años con **grupos electrógenos capaces de alimentar los equipos vitales durante horas,** garantizando así que respiradores, monitores cardíacos y unidades de cuidados intensivos siguieran operativos.

En comunidades como Madrid, Cataluña, País Vasco o Andalucía, la normalidad clínica se mantuvo en términos generales. Desde el Hospital Gregorio Marañón en Madrid hasta el Hospital del Mar en Barcelona, los responsables activaron comités de emergencia y siguieron al pie de la letra protocolos diseñados precisamente para situaciones de este calibre. La consigna fue clara: asegurar la atención urgente y suspender toda actividad programada no esencial.

Sin embargo, la resistencia de los hospitales no evitó totalmente los inconvenientes. Centros como el Doce de Octubre tuvieron que cancelar consultas y cirugías ordinarias, operando únicamente de forma extraordinaria con ayuda de generadores de alta capacidad. En hospitales como La Princesa de Madrid, aunque las operaciones críticas continuaron gracias a los sistemas auxiliares, algunas áreas quedaron a oscuras, reflejando la fragilidad de los sistemas no conectados directamente a la red de emergencia.

El exterior ofrecía una imagen distinta: autobuses atestados, tráfico caótico sin regulación semafórica y ciudadanos buscando cómo comunicarse con sus familiares ingresados. Paradójicamente, dentro de los hospitales el ambiente era de relativa calma, gracias a una organización que priorizó la atención urgente sobre cualquier otra consideración.

No obstante, el apagón también puso en evidencia una vulnerabilidad crítica: la dependencia tecnológica de los centros de salud. En Galicia, donde el sistema informático Ianus quedó inutilizado, los médicos volvieron al papel y boli para registrar consultas, prescribir medicamentos y gestionar historiales. Un retroceso forzado que, si bien permitió seguir atendiendo emergencias menores, dejó claro que la digitalización no puede ser el único pilar de la asistencia sanitaria.

En paralelo, los servicios de emergencia como el Samur se movilizaron sin descanso para trasladar a pacientes crónicos dependientes de respiradores eléctricos, cuya vida podía peligrar tras apenas una hora sin suministro. También se vivieron escenas de tensión con partos de riesgo, que obligaron a escoltar ambulancias en medio de un tráfico desbordado.

La situación en el País Vasco y en hospitales catalanes como el Vall d'Hebron siguió un patrón similar: intervención rápida de los generadores y prioridad absoluta a cirugías urgentes, mientras las consultas externas quedaban suspendidas. En Andalucía, la respuesta fue igualmente ágil, aunque algunos hospitales consideraron la posibilidad de cancelar cirugías programadas si el corte se prolongaba.

El alcalde de Madrid, José Luis Martínez-Almeida, en declaraciones a RNE, recordó la importancia de minimizar los desplazamientos para no obstaculizar las vías de emergencia. La prioridad, subrayó, debía ser garantizar la movilidad de ambulancias y vehículos de servicios esenciales.

La jornada deja importantes lecciones. Aunque el sistema hospitalario ha superado la prueba con nota alta, la dependencia de la electricidad y los sistemas digitales plantea interrogantes de cara a futuros incidentes. ¿Estamos realmente preparados para apagones de mayor duración o de características más complejas? ¿Se revisarán los protocolos a la luz de esta experiencia?

La respuesta inmediata ha sido buena, pero la resiliencia a largo plazo exige análisis profundo y mejoras continuas. El apagón no solo ha puesto a prueba los motores de los hospitales, sino también la solidez de su planificación estratégica. Y en tiempos donde las amenazas al suministro eléctrico no son meramente hipotéticas, reforzar esa planificación ya no es una opción: es una necesidad. @mundiario

Medios Especializados



Gema Maldonado Cantero
Cuenta el **Dr. Juan Ramón Casal**, urgenciólogo y portavoz de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (Semes), que cuando fueron conscientes del **apagón generalizado**, volvieron aquellas sensaciones casi olvidadas de los comienzos de la pandemia hace cinco años; *«la incertidumbre, **no saber qué pasaría o cuánto tiempo iba a durar**«* les trajeron los **recuerdos del Covid-19** en una mañana de abril de 2025 que empezó como otra cualquiera, y que terminó convirtiéndose en una jornada en la que una buena parte de los esfuerzos de los servicios móviles de urgencia se centraron en los pacientes dependientes de oxígeno.

A lo largo de la guardia que vivió este lunes **Raúl Álvarez de Miguel, técnico de emergencias en la Comunidad de Madrid**, este fue el principal problema al que dieron respuesta desde su UVI móvil: acudir a los avisos de pacientes con patologías respiratorias, de edad avanzada en su mayoría, porque *«las botellas de oxígeno que tenían en sus domicilios **no tenían oxigeno** o porque los concentradores portátiles no tenían batería»*, explica a *iSanidad*. **Más del 50% de los avisos a los que le tocó acudir fueron por esta causa**. En su caso, *«se pudieron resolver sin realizar traslados a hospital»*.

Algunos centros sanitarios optaron por pedir a los pacientes que necesitaban oxígeno que acudieran al hospital, en otros, se cedieron bombonas de O2

Algunos familiares de estos pacientes que pudieron acercarse a sus hospitales de referencia solicitaron allí mismo una bombona de oxígeno para llevar a casa. En varios hospitales evitaban dejar salir estas *«balas»*, ante el miedo de quedarse sin oxígeno; en otros, sí que fue posible llevarse una a casa. *«Sabemos de algún paciente al que le han dado oxígeno en el Hospital de la Princesa en Madrid»*, señalaba a *iSanidad* **Mariano Pastor**, presidente de Federación Española de Asociaciones de Pacientes Alérgicos y con Enfermedades Respiratorias (Fenaer).

Desde su experiencia, como usuario de una unidad de presión positiva continua en la vía respiratoria (CPAP), y la de otros pacientes con los que ha podido contactar, el apagón se vivió ***«con mucha ansiedad y preocupación»***. No solo por la falta de oxígeno, también porque a muchos de ellos les cogió el apagón en la calle y, cuando quisieron regresar a casa, no tenían manera de subir con los ascensores parados. *«**Tenemos una paciente en Ferrol que está esperando un trasplante pulmonar y vive en un sexto**. Con su marido al lado, con una silla y con mucha paciencia terminó pudiendo subir»*, cuenta Pastor.

El presidente de Fenaer señala «la ansiedad y preocupación» que vivieron los pacientes dependientes de oxígeno durante el apagón

El 90% de los pacientes oxigenodependientes tienen **sistemas que dependen de la luz**: si se va, se acaba el oxígeno. Y no siempre tienen una bala de O2 de repuesto. Las baterías de los concentradores de oxígeno portátiles *«suelen tener una autonomía de una hora»*, pero no son los sistemas más habituales, según explica el presidente de Fenaer.

En otros casos, bien por sus propios medios o a través de servicios de emergencias y fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, estos pacientes terminaron en el hospital en busca del oxígeno que necesitaban. Según información facilitada por Semes, en **Cantabria** todos los pacientes con concentradores de oxígeno en vez de bombona tuvieron que ir al hospital. En **Navarra**, los pacientes que llamaron al 112 por esta causa fueron derivados también al hospital. *«Tuvimos **alguno bastante malito** por habérsele acabado el oxígeno»*, señalan desde Semes en esta comunidad.

En **Aragón y Cataluña** han atendido casos similares en sus hospitales, incluso reservando un área de alguno de los centros catalanes *«por si vienen pacientes solo por O2»*. La **Policía Local de Getafe (Madrid) y Protección Civil** informaron del traslado de al menos 17 pacientes al hospital desde sus domicilios o residencias de mayores por este mismo motivo.

La Asociación Nacional de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Apepoc) ha reclamado la creación de **un registro de electrodependientes sanitarios** y el establecimiento de protocolos de actuación para que estos pacientes puedan ser localizados rápidamente si se produce otra situación de corte del suministro eléctrico y solventar sus necesidades.

La **coordinación y comunicación** de los servicios de urgencias y emergencias en un día en el que las telecomunicaciones fallan resultó clave. En el caso de Madrid, el centro coordinador del **summa 112,** el contacto con los dispositivos de guardia se basaba en *«**mensajes cortos y muy precisos** para no saturar las comunicaciones»*, señala el técnico de emergencias Raúl Álvarez. Desde allí les indicaban *«a qué hospital había que trasladar a los pacientes que necesitaban ingreso»* o incidencias como el cierre de la M-30. También se les comunicó que debido a la falta de oxigenoterapia en los domicilios por el apagón los vehículos sanitarios de intervención rápida (VIR) alargaban su horario de trabajo.

Retomando la *«costumbre»* de aquellos meses de pandemia, los **comités de crisis de los servicios de urgencia** volvieron a reunirse, conscientes de que *«las urgencias es uno de los lugares donde no se puede cerrar; incluso pacientes de otros centros sanitarios que no tenían luz acudían a los servicios de urgencias»*, señala el Dr. Casal. Estos comités *«se han seguido reuniendo»* hasta que a lo largo de la mañana de este martes se ha podido ir retomando la normalidad.



SOCIEDAD

Los hospitales madrileños con menor demora para una consulta de Alergología

En plena primavera, conseguir cita con el alergólogo puede ser un reto, pero en algunos hospitales madrileños es solo cuestión de unos pocos días

RELACIONADOLas listas de espera quirúrgicas siguen bajando en la Comunidad de MadridLos hospitales de alta complejidad madrileños con menor tiempo de espera para una operación de próstata

ELPLURAL.COM

29/04/2025 - 11:30

En las últimas décadas, las enfermedades alérgicas han experimentado un crecimiento notable en España. Actualmente, **entre el 20% y el 25% de la población española padece alguna enfermedad alérgica,** y se estima que este porcentaje podría alcanzar el 50% en 2050, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las enfermedades alérgicas no solo afectan la salud física de los pacientes, sino que también tienen un impacto significativo en su bienestar emocional y social. La Alergología ha experimentado avances significativos en el tratamiento de las **enfermedades alérgicas**. La inmunoterapia ha demostrado ser altamente efectiva en la desensibilización de pacientes con alergias respiratorias y al veneno de insectos. Además, se han desarrollado nuevos fármacos biológicos que permiten controlar mejor el asma grave y la urticaria crónica. Ante la aparición de síntomas, el especialista realizará un diagnóstico meticuloso con pruebas cutáneas, análisis de sangre, pruebas de provocación y estudios de función pulmonar. Estas herramientas identifican los desencadenantes específicos de cada paciente y permiten diseñar estrategias terapéuticas personalizadas.

Los hospitales con menor tiempo de espera para Alergología

La demanda de consultas en esta especialidad dentro del **Sistema Nacional de Salud (SNS)** ha ido en aumento debido al incremento de patologías alérgicas, lo que genera mayores tiempos de espera en los hospitales, especialmente con la llegada de la primavera, cuando se disparan los casos. A pesar de ello, en algunos centros de la Comunidad de Madrid (CAM) es posible acceder a una consulta de Alergología de manera ágil.

Según los últimos datos del **Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)**, correspondientes al mes de febrero, entre los hospitales de gran complejidad (Grupo 3), dos destacan por sus menores tiempos de espera para una cita de Alergología: el Hospital Fundación Jiménez Díaz (FJD) y el Hospital Gregorio Marañón, donde es posible acceder a una consulta con el especialista en 14 y 22 días, respectivamente. En el resto de los hospitales de su categoría la espera media supera los dos meses y en algún caso los tres y cuatro meses. En el Hospital Universitario Ramón y Cajal la demora es de 64,45 días; en el Hospital Universitario de La Princesa de 75,61 días; en el Hospital de La Paz, 83,69 días y en el 12 de Octubre, 88,63. El Hospital Clínico San Carlos y el Puerta de Hierro Majadahonda, superan los 100 días de demora con 130,98 y 180,24 días, respectivamente.

En los hospitales de media complejidad (Grupo 2), más ágiles por el menor volumen de pacientes que atienden, así como casos menos complejos, destaca el Hospital Universitario General de Villalba con tan solo 8,5 días para consultas de Alergología; le siguen en el Hospital Universitario de Torrejón con 8,61 días; el Hospital Universitario Infanta Leonor, 8,88 días; el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, 17,46 días; y el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, 27,21 días.

El resto de **hospitales de Grupo 2 superan el mes de espera**: el Hospital Universitario Severo Ochoa, 48,52 días; el Hospital Universitario de Getafe; 54,59 días; el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, 59,96 días. Por encima de los dos meses de espera para una consulta con el alergólogo están el Hospital Príncipe de Asturias, 67,07 días; el Niño Jesús, 93,25 días. Con más de 100 días por último están el Hospital Infanta Sofía y el Universitario de Fuenlabrada con 108,3 días y 144,87 días, respectivamente.

Bajan los tiempos de espera para consultas externas

Las listas de espera para consultas externas **se han reducido en 6.332 personas en la Comunidad de Madrid.** Según los últimos datos del SERMAS, en el mes de febrero 737.846 pacientes se encontraban en espera estructural para una consulta con el especialista frente a los 744.178 de enero. Una tasa de 130,37 por cada 1000 habitantes. El tiempo de espera medio para acceder a una consulta externa fue de 65,82 días, 28,18 días menos que la media nacional que asciende a 94 días, según reflejan los últimos datos del Sistema de Listas de Espera (SISLE), relativos al primer semestre 2024. A pesar de su mayor presión asistencial, la Comunidad de Madrid ocupa el tercer lugar en menor demora para consultas externas de toda España, **solo por detrás del País Vasco con 49 días** y La Rioja con 58 días. En Cataluña, comunidad similar en cuanto a presión hospitalaria a Madrid, un paciente debe esperar de media 98 días.

Los hospitales madrileños han implementado en los últimos años estrategias para mejorar la eficiencia en el acceso a las consultas externas. La **digitalización del proceso de citación,** la incorporación de sistemas de triaje y la optimización de los recursos humanos han sido fundamentales para mejorar la capacidad de atención en estas instituciones. La libre elección de centro y el sistema de colaboración público-privada también ha permitido, desde su instauración, aligerar la carga que soportan los hospitales públicos.

Tiempos de Espera para Alergología- Hospitales Gran Complejidad

1. **Hospital Fundación Jiménez Díaz-** 14,13 días
2. **Hospital General Universitario Gregorio Marañón-** 22,71 días
3. **Hospital Universitario Ramón y Cajal-** 64,45 días
4. **Hospital Universitario de La Princesa-** 75,61 días
5. **Hospital Universitario La Paz-** 83,69 días
6. **Hospital Universitario 12 de Octubre-** 88,63 días
7. **Hospital Clínico San Carlos-** 130,98 días
8. **Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda-** 180,24 días

Tiempos de Espera para Alergología- Hospitales Media Complejidad

Cadena SER

A vivir que son dos días

Domingo 27 abril

10:27-10:47”



https://cadenaser.com/audio/cadenaser_avivirquesondosdias_20250427_080000_090000/

La Dra. Lidia López Manzanares del Servicio de Neurología del Hospital de La Princesa habla sobre la enfermedad del Parkinson y del ensayo realizado con pacientes con Parkinson y el tenis de mesa.

Medios Especializados



Infosalus

Infosalus / asistencia

Las diferencias clínicas según el sexo pueden afectar al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades reumáticas

monday.com
Tus proyectos merecen algo mejor
Muéstrame cómo

Infosalus

Newsletter

MADRID 30 Abr. (EUROPA PRESS) -

Infosalus

Newsletter

MADRID 30 Abr. (EUROPA PRESS) -

Especialistas en Reumatología han resaltado que las diferencias clínicas en función del sexo biológico del paciente pueden afectar al diagnóstico, al desarrollo de síntomas y a la respuesta al tratamiento de las enfermedades reumáticas, según han apuntado en un 'webinar' de la Sociedad Española de Reumatología (SER).

En este contexto, el reumatólogo Javier Rivera ha explicado que la diferencia biológica entre hombres y mujeres condiciona la presencia de síntomas. Así, las mujeres tienden a sufrir más síntomas, con más intensidad, durante más tiempo y están predispuestas a la cronificación de los mismos.

Según ha detallado, el dolor es uno de los síntomas más relevantes y, como recogen distintos estudios, se dan diferencias en la sensibilidad al dolor, en la forma en que se afronta y en determinados marcadores biológicos según el sexo.

Por su parte, la reumatóloga del Hospital Universitario de La Princesa (Madrid) Rosario García de Vicuña ha precisado que los sesgos de género también pueden conllevar retrasos en el diagnóstico y dificultades en el abordaje de la enfermedad. "No se pueden tener las mismas recomendaciones, las mismas guías y el mismo libro para hombres y mujeres a la hora de tratar estas patologías", ha advertido.

En esta línea, ha ejemplificado con el caso de la gota, pues sus criterios diagnósticos apuntan al perfil de varón de mediana edad con inflamación en el dedo pulgar del pie. Sin embargo, en las mujeres la enfermedad se manifiesta de otra manera, en edades más avanzadas, después de la menopausia, con una afectación mayor en las articulaciones de las manos y asociada a insuficiencia renal o uso de diuréticos.

SESGO DE GÉNERO EN ESTUDIOS

Durante el encuentro, los especialistas han apuntado a la falta de estudios con representación femenina como un problema a la hora de conocer la eficacia de los tratamientos y sus diferencias entre hombres y mujeres.

A este respecto, han explicado que las diferencias en la distribución de la grasa corporal, la masa muscular y otros factores biológicos pueden afectar la eficacia de los fármacos. De hecho, en enfermedades como la espondiloartritis axial se ha observado una menor respuesta a terapias biológicas en mujeres en comparación con los hombres.

Además, en tratamientos ampliamente utilizados en patologías como el lupus y las vasculitis, como el rituximab, también se han identificado diferencias de respuesta dependiendo de quién reciba el medicamento. En este caso, los varones pueden tener una mayor distribución del fármaco y una menor eficacia terapéutica en algunas ocasiones.

Con todo ello, los profesionales han apuntado a la importancia de que las guías y recomendaciones clínicas recojan las diferencias entre hombres y mujeres, algo que durante años no ha sucedido. Un ejemplo de esta falta de equidad se observa en la osteoporosis, mientras que su diagnóstico y tratamiento están bien establecidos en mujeres, en los hombres a menudo se detecta cuando ya se han producido fracturas graves, como la de cadera.

"Afortunadamente, en los últimos años se está avanzando en la inclusión de criterios de diferenciación por sexo en los ensayos clínicos y en la revisión de guías clínicas con perspectiva de género para lograr una medicina más equitativa y eficaz", ha destacado la reumatóloga del Hospital Sierrallana Elena Aurrecoechea.

Los especialistas han finalizado aseverando que la mayor sensibilidad sobre el impacto de las diferencias biológicas en las enfermedades reumáticas contribuiría a mejorar la identificación temprana de síntomas y ajustar los tratamientos para optimizar la atención y el abordaje en todos los pacientes.

Medios locales



DSalamanca Madrid, abril 2025 – Nº 135

20 años de la UNIDAD DE DOWN del Adulto de La Princesa



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA

La Unidad de Síndrome de Down del Adulto del Hospital Universitario de La Princesa está conmemorando sus 20 años de existencia. Fue en el año 2005 cuando este hospital público de la Comunidad de Madrid puso en marcha la primera consulta de España especializada en síndrome de Down en la edad adulta en un centro hospitalario. En la actualidad mantiene el seguimiento de 1.900 personas con síndrome de Down, y se ha convertido en una referencia asistencial y de investigación en este ámbito.

Bajo el prisma del día 21 de marzo, Día Mundial del Síndrome de Down, uno de los integrantes de la unidad, el Dr. Diego Real de Asúa, pronunció una conferencia abierta a todo el personal del centro titulada *Nuestras vidas dependen de personas con síndrome de Down*, en la que realizó un repaso por sus características genéticas y clínicas, el porqué del aumento de esperanza de vida media (de 20 años en 1960 hasta los 65 años en la actualidad) y las últimas investigaciones que han supuesto grandes avances en el conocimiento del síndrome.

El Dr. Fernando Moldenhauer, jefe de sección de Medicina Interna, fue quien puso en marcha esta unidad en el año 2005, a la que luego se han sumado los Dres. Diego Real de Asúa, Pedro Parra y Latira Rabes, también especialistas en Medicina Interna; todos ellos han convertido esta iniciativa en un modelo a imitar tanto en otras comunidades autónomas españolas como en el extranjero.

La consulta de Down del Adulto del Hospital Universitario de La Princesa y, en particular, el Dr. Fernando Moldenhauer, ha obtenido hasta la fecha varios galardones por esta iniciativa, entre los que destaca el premio que otorga la entidad Plena Inclusión, en su edición 2017, en la categoría de "Persona Plena Inclusión". Sin embargo, y como reconocen los doctores, el mejor reconocimiento es el que diariamente reciben en el trato con estos pacientes.

MAYO

CATEGORIAS

- Agencias
- Medios nacionales
- Medios locales
- Medios especializados
- Medios radiofónicos
- Medios audiovisuales
- Medios institucionales
- Otros medios

Medios nacionales

EL MUNDO

SALUD

200 sesiones de 'quimio' sin dejar de sonreír: "Hay que llevarlo con dignidad, estaba harta del 'pobrecita', así que me arreglo, me maquillo, hago mis planes"

El diagnóstico de cáncer de mama con metástasis hepáticas le llegó a Carmen en 2013. Hoy, el personal del Hospital de La Princesa es su segunda familia

2 comentarios



Juan B. Cañellas Madrid Actualizado Domingo, 4 mayo 2025 - 00:01 Cuando las amigas de Carmen (Madrid, 1969) le propusieron salir a tomar unas cervecitas, ella imaginó lo de siempre: una charla entre risas para repasar anécdotas viejas, hablar de la vida sin prisas y disfrutar del momento. Pero entonces vio la pancarta. Y los globos. Y, por supuesto, los lazos. La recibieron con camisetas rosas, envuelta en aplausos, mientras sonaba Mujer de las Mil Batallas de Manu Carrasco. En medio de la confusión, entre risas y alguna lágrima que caía sin querer, solo atinó a preguntar: "¿Qué es esto?" -200 sesiones- leyó en voz alta. Era para ella. Porque Carmen ha pasado de las 200 sesiones de quimio y lleva 12 años conviviendo con un cáncer de mama que no se va. Porque un día se le metió el pecho para dentro y la vida, por momentos, se le salió para fuera. Porque sigue aquí. Porque vive. Y lo celebran. No le gusta la palabra "valiente". Tampoco traga con eso de los discursos de superación. Le suenan lejanos. Forzados. Como si lo suyo fuera una película de sobremesa. Ella prefiere apartarse de las

etiquetas. Ni víctima. Ni heroína. "Soy una más", dice, "si puedo, me voy con mis amigas, me distraigo... pero no quiero estar todo el rato hablando de mi enfermedad. Quiero aparcarlo, resurgir e intentar vivir mi vida lo más normal posible". Basta con preguntar a cualquiera de los médicos o enfermeros del Hospital Universitario de La Princesa para saber que, sí, Carmen resurgió. "Es una persona muy positiva. Incluso en los momentos más duros, siempre lleva una sonrisa en la cara", coinciden todos. Hay algo en su forma de hablar -con esa voz clara y esa risa que se le escapa como si no pudiera evitarla- que contagia. - ¿Y cómo haces para seguir con esa alegría? - ¿Y cómo no?, responde. Le dieron el diagnóstico cuando tenía 44 años. Carmen llevaba tiempo casada. Su hijo tenía 17 años. "Cuando llegó, el cáncer de mama ya había afectado al hígado y estaba en estado metastásico", explica Ana Ballesteros, oncóloga del Hospital de La Princesa, "este tipo de enfermedades en estado avanzado son más agresivas y, aunque no podemos hablar de curación, cuenta con una terapia dirigida". Entonces, ¿qué me está diciendo?, ¿qué me estoy muriendo? El suyo representa alrededor del 20% de los casos. Carmen recuerda cómo un día notó una dureza en el pecho. Fue al médico y le hicieron una mamografía. Dos meses después, el pecho comenzó a meterse hacia dentro. Después vino la biopsia. "Te esperas lo peor", cuenta. "Cuando te dicen algo así, no puedes decir ay, venga, no va a pasar nada. Lo más humano es llorar, gritar, arañar... Se te pasa de todo por la cabeza". Quería saber. Entender qué le estaba pasando por dentro. "Lo primero que pregunté fue si se podía trasplantar. Pero me dijeron que no, que no tenía nada que ver. Tampoco sabían si se podría operar", relata Carmen. La respuesta cayó como un jarro de agua fría. Lo recuerda hoy sin lágrimas, pero con la voz aún entrecortada. Porque entonces, aquel día, no podía hablar. No podía hacer nada. Solo lloraba. "No se me olvidará en la vida... Le dije: Entonces, ¿qué me está diciendo?, ¿qué me estoy muriendo?" Fue eso. Y el silencio. Y el llanto. Y esa frase que salió como pudo, rota. Costó levantarse. No tanto el cuerpo como la cabeza. "Al principio te destroza, claro... pero no te puedes quedar ahí", confiesa. Y luego estaba lo otro. Lo que no se ve. Esa presión en el pecho que tardó meses en soltarse. "Había días que me despertaba y pensaba que todo había sido un sueño. Pero luego decías: no, joder, que es verdad, que todavía tengo esto". La jefa de servicio de Cirugía General, Elena Martín, relata que, tras presentar el caso de Carmen -un tumor de mama con metástasis hepáticas- en el comité multidisciplinar, se optó por una intervención conjunta: una cirugía combinada de mama e hígado en un mismo procedimiento. Luego llegó el seguimiento. Y la quimioterapia, que acabó por convertirse en rutina. Más de ocho horas sentada. Tiempo de sobra para pensar en todo. Y en nada. "Su marido ha estado con ella desde el primer día", recuerdan las enfermeras. "Pedía días libres en el trabajo para acompañarla a las pruebas, a las revisiones... Siempre les veías juntos en las sesiones de quimio." De esas largas sesiones sacó algo más que cansancio. Sacó su sonrisa. En cada ciclo, una historia. En cada historia, una lección. En cada lección, un tatuaje invisible. Uno visible también, en el brazo: "exprimiendo la vida". Lo lleva como un recordatorio. Como una advertencia. Como una orden. Porque cuando la vida se acorta, uno aprende a estirarla. Esa es su forma de estar en el mundo. Incluso cuando el cuerpo no acompaña. Incluso con la angustia, las llagas en la boca, el malestar. "Esto hay que llevarlo con dignidad. Estaba harta del 'pobrecita' y 'pobrecita'... Y dije ¡no!. Voy a seguir siendo yo. Me arreglo, me pinto, me pongo mi peluca, hago mis planes. El tiempo que viva lo voy a disfrutar lo mejor que pueda". Las 200 sesiones son parte del camino, pero no la meta. Carmen está libre de enfermedad, pero no curada. Por eso continúa en seguimiento. Ya van ocho -casi nueve- años desde que la enfermedad quedó controlada. "Ahora mismo no nos planteamos suspender el tratamiento", explica Ana Ballesteros, su oncóloga. "Está libre de enfermedad, sí. Pero no podemos hablar de curación. Y da vértigo. Carmen debutó con metástasis, es una mujer joven... ¿Cómo le quitas el tratamiento con el riesgo de recaída?" A los cien ciclos ya era

una excepción. Ahora, con casi 200, sigue viniendo cada tres semanas como si fuera la primera. "Y está estupenda", añade Ballesteros. "Con una calidad de vida excelente, sin signos de enfermedad y muy por encima del tiempo medio que suelen tolerar estos tratamientos, que suele rondar los cinco años". Aunque, claro, las sesiones de quimioterapia no vinieron solas. Con ellas llegaron también los efectos secundarios, como algunas alteraciones cardíacas. Jesús Jiménez Borreguero, jefe de sección de Cardiología en el Hospital de La Princesa, explica que "durante uno de los ciclos, apareció una leve afectación del corazón". Fue entonces cuando empezaron a hacerle un seguimiento más estrecho desde Cardiología. Y añade, optimista: "La verdad es que los tratamientos actuales tienen un impacto mucho menor en el corazón que los de antes. Carmen ha respondido muy bien: su corazón es especialmente sensible a la quimio, pero lo tenemos muy controlado. De hecho, la vi hace poco en consulta y ha recuperado casi toda su función cardíaca. Está como si nada". La enfermedad no se ha ido. Lo que hacen ahora es cronificarla. Como quien doma un caballo nervioso que no se deja montar, pero al menos ya no cocea. El hospital ya no es un lugar ajeno. Es parte de su geografía personal. Los médicos y los enfermeros son su segunda familia. Y ella, una de esas pacientes que se hacen querer. Lo dice la doctora. Lo dice la enfermera. Lo dice la vida cada vez que Carmen entra por la puerta del centro como quien entra en casa. Y lo tiene claro: sin la sanidad pública, su historia habría sido otra. Ha pasado por quirófano, por ciclos interminables de quimio, por revisiones que se repiten año tras año. Ha tenido acceso a tratamientos complejos y a un equipo que no ha dejado de acompañarla. Ahora solo me queda sonreír Pero eso de estar "como si nada" no es algo que le salga solo. Es algo que ha ido entrenando con los años. A base de tragárselo todo. De digerirlo sola. "Siempre digo que estoy bien", reconoce. "Porque si dices la verdad, los que te quieren sufren. Y a los que no les importas... les da igual". Y ha tenido que lidiar con todos los prejuicios. Hay preguntas que duelen más que una aguja. "¿Te han quitado ya el pecho?", "¿Te vas a morir?" "¿Y ese pelo es tuyo?". Carmen aprendió a blindarse. Aprendió a responder con ironía, con gracia, con el tipo de dignidad que desarma sin atacar. Tiene marido. Tiene amigas. Tiene planes. Tiene los tardeos con cerveza. Tiene cáncer, sí. Pero no se lo nota. - ¿Y ahora qué? - Ahora solo me queda sonreír. Lo único que me preocupa es vivir, asegurarme de que los míos estén bien y disfrutar de los pequeños momentos. Y exprimiendo la vida. Como ese tatuaje que ya no está solo en el brazo. Está en cada gesto. En cada frase. En cada carcajada. Como si llevara 200 razones para seguir. Y ninguna para rendirse. 200 sesiones de 'quimio' sin dejar de sonreír: "Hay que llevarlo con dignidad, estaba harta del 'pobrecita', así que me arreglo, me maquillo, hago mis planes" El diagnóstico de cáncer de mama con metástasis hepáticas le llegó a Carmen en 2013. Hoy, el personal del Hospital de La Princesa es su segunda familia SALUD 2 comentarios Carmen posa junto a parte del equipo médico del Hospital La Princesa que la ha acompañado durante estos 12 años de tratamiento. ÁNGEL NAVARRETE Salud Así fue el diagnóstico exprés del síndrome del niño burbuja en un hospital de Madrid: "En menos de 72 horas tuvimos la confirmación y pusimos en marcha los protocolos de tratamiento".

Medios nacionales

El Mundo.

Gran Madrid,

4 mayo 2025



GRAN MADRID

Carmen, la mujer que ha hecho frente a 200 sesiones de 'quimio'

● Desde 2013 le tratan un cáncer de mama muy metastásico ● El personal del Hospital de La Princesa es ya su segunda familia

«No quiero hablar todo el rato de mi enfermedad», confiesa Carmen

Se grabó en la piel «exprimiendo la vida» a modo de recordatorio

Machado, 'presente' en la Feria del Libro Antigu

Medios especializados

IM MÉDICO
MEDIO ACREDITADO PARA LA INNOVACIÓN MÉDICA



2/05/2025

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha resaltado recientemente la importancia de los determinantes sociales en la distribución de enfermedades, incluidas las reumáticas. Entre ellos, subraya el impacto del género como un factor clave en la salud. Para comprender mejor su impacto en las enfermedades reumáticas, desde el Observatorio de Igualdad de la Sociedad Española de Reumatología se llevó a cabo un webinar "Perspectiva de género en las enfermedades reumáticas: una realidad", enmarcado en el Día Mundial de la Mujer, en el que participaron las Dras. Rosario García de Vicuña, Elena Aurrecoechea, Blanca Hernández, junto con el Dr. Javier Rivera. Durante la sesión, se abordaron las diferencias de prevalencia de las enfermedades reumáticas en función del sexo (biología) y del género (factores sociales, roles y conducta) y cómo estos aspectos afectan a la hora del diagnóstico y tratamiento.

Según los datos del Informe de evaluación de la Estrategia de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas, publicado en 2021, que analiza las diferencias de género en diferentes patologías como la osteoporosis, la artrosis, los síndromes lumbares y cervicales, la fibromialgia y la artritis reumatoide, revela que, en todas estas enfermedades, las mujeres presentan una mayor prevalencia y la diferencia aumenta con la edad. No obstante, a pesar de esta mayor prevalencia, se reconoce más discapacidad en los hombres. De hecho, las discapacidades derivadas de enfermedades reumáticas representan casi un 30% del total de discapacidades en el Sistema Nacional de Salud.

Por otro lado, las enfermedades inflamatorias y autoinmunes sistémicas también presentan diferencias de prevalencia según el sexo. Según la Dra. Blanca Hernández, reumatóloga del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, "las enfermedades inmunomediadas se originan por alteraciones en el sistema inmune, y las diferencias genéticas entre hombres y mujeres juegan un papel fundamental en su desarrollo. Es por eso que las mujeres tienen

un sistema inmune más reactivo y más propenso a enfermedades del sistema inmune como la enfermedad tiroidea autoinmune, el lupus eritematoso, la esclerodermia…".

Diagnóstico en las enfermedades reumáticas

En cuanto al diagnóstico y sintomatología, el Dr. Javier Rivera, reumatólogo que trabaja en la práctica privada y perteneciente al Instituto Nacional del Dolor, matiza que "la diferencia biológica que existe entre hombres y mujeres condiciona sin duda alguna la presencia de síntomas. En las mujeres, estos tienden a ser más numerosos, más intensos, de mayor duración y con una mayor predisposición a la cronificación. En este contexto, el dolor se convierte en uno de los síntomas más relevantes, y diversos estudios han evidenciado diferencias en la sensibilidad al dolor, en la forma en que se afronta y en determinados marcadores biológicos que varían según el sexo".

En este mismo sentido, la Dra. Rosario García de Vicuña, reumatóloga del Hospital Universitario de La Princesa (Madrid), opina que "estos sesgos de género pueden generar otro tipo de consecuencias a la hora de establecer el diagnóstico, llevando a posibles retrasos y dificultando el manejo de la enfermedad. No se pueden tener las mismas recomendaciones, las mismas guías y el mismo libro para hombres y mujeres a la hora de tratar estas patologías".

Un claro ejemplo de esto es la gota, "cuyos criterios diagnósticos se asocian con un perfil muy concreto: un varón de mediana edad con inflamación en el dedo gordo del pie. Sin embargo, en las mujeres, la enfermedad suele manifestarse de forma diferente, apareciendo en edades más avanzadas, tras la menopausia, y afectando con mayor frecuencia a las articulaciones de las manos. Además, suele estar relacionada con insuficiencia renal o con el uso de diuréticos", ejemplifica la Dra. Hernández.

Tratamientos en las enfermedades reumáticas

La falta de estudios específicos sobre las diferencias en la respuesta a tratamientos entre hombres y mujeres también tiene consecuencias importantes.

Históricamente, los ensayos clínicos han tomado como referencia mayoritaria a los hombres, sin considerar las diferencias en farmacocinética y farmacodinámica entre ambos sexos. Esto es crucial, ya que la distribución de la grasa corporal, la masa muscular y otros factores biológicos pueden afectar la eficacia de los tratamientos. En enfermedades como la espondiloartritis axial se ha observado una menor respuesta a terapias biológicas en mujeres en comparación con los hombres.

Además, hay tratamientos ampliamente utilizados en patologías como el lupus y las vasculitis, como el rituximab, en los que también se han identificado diferencias de respuesta dependiendo de quién reciba el medicamento. En este caso, los varones pueden tener una mayor distribución del fármaco y una menor eficacia terapéutica en algunas ocasiones.

Sesgos de género en las guías y recomendaciones clínicas

Durante años, las guías de práctica clínica y las recomendaciones terapéuticas han sido las mismas para hombres y mujeres, sin llegar a contemplar que las enfermedades pueden manifestarse de manera diferente dependiendo del sujeto. "En el ámbito de la Reumatología, cada vez hay más evidencia de que el sexo influye no solo en la presentación clínica de ciertas patologías, sino también en la manera en que se diagnostican y tratan", indica el Dr. Javier Rivera.

Un claro ejemplo de esta falta de equidad se observa en la osteoporosis, mientras que su diagnóstico y tratamiento están bien establecidos en mujeres, en los hombres a menudo se detecta cuando ya se han producido fracturas graves, como la de cadera.

"Afortunadamente, en los últimos años se está avanzando en la inclusión de criterios de diferenciación por sexo en los ensayos clínicos y en la revisión de guías clínicas con perspectiva de género para lograr una medicina más equitativa y eficaz", destaca la Dra. Elena Aurrecoechea, reumatóloga del Hospital Sierrallana.

Con una mayor sensibilidad hacia el impacto de las diferencias biológicas en las enfermedades reumáticas, los especialistas pueden mejorar la identificación temprana de síntomas y ajustar los tratamientos para optimizar la atención y el abordaje en todos los pacientes.

Medios especializados



Los determinantes sociales, como el género, impactan de forma significativa en las enfermedades reumáticas. De hecho, las diferencias clínicas según el sexo pueden retrasar el diagnóstico, afectar al desarrollo de los síntomas y modificar la respuesta al tratamiento de las patologías reumáticas, tal y como se expuso en un webinar organizado por la Fundación Española de Reumatología, en el marco de las actividades del *'Observatorio de Igualdad de la SER'*.

A juicio de los expertos que intervinieron en el un webinar *"Perspectiva de género en las enfermedades reumáticas: una realidad"*, pese a que en los últimos años se está avanzando en la **inclusión de criterios de diferenciación por sexo** en los ensayos clínicos y en la revisión de guías clínicas con perspectiva de género para lograr una medicina más equitativa y eficaz, se debe seguir avanzando en este aspecto.

Los sesgos de género pueden retrasar el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades reumáticas

Y es que, en la mayoría de las enfermedades, **las mujeres presentan una mayor prevalencia y la diferencia aumenta con la edad**, según los datos del Informe de evaluación de la Estrategia de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas, publicado en 2021, que analiza las diferencias de género en diferentes patologías como la osteoporosis, la artrosis, los síndromes lumbares y cervicales, la fibromialgia y la artritis reumatoide. No obstante, a pesar de esta mayor prevalencia, se reconoce más discapacidad en los hombres.

Las **enfermedades inflamatorias y autoinmunes sistémicas** también presentan diferencias de prevalencia según el sexo. Tal y como indica la **Dra. Blanca Hernández**, reumatóloga del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, *«las enfermedades inmunomediadas se originan por alteraciones en el sistema inmune, y las **diferencias genéticas entre hombres y mujeres juegan un papel fundamental** en su desarrollo. Es por eso que las mujeres tienen un sistema inmune más reactivo y más propenso a enfermedades del sistema inmune como la **enfermedad tiroidea autoinmune, el lupus eritematoso, la esclerodermia**…»*.

El género condiciona los síntomas y tratamientos

En cuanto al diagnóstico y sintomatología, el **Dr. Javier Rivera**, reumatólogo que trabaja en la práctica privada y perteneciente al Instituto Nacional del Dolor, señala que *«la **diferencia***

***biológica que existe entre hombres y mujeres condiciona sin duda alguna la presencia de síntomas**. En las mujeres, estos tienden a ser más numerosos, más intensos, de mayor duración y con una mayor predisposición a la cronificación»*.

*«En este contexto, **el dolor se convierte en uno de los síntomas más relevantes**, y diversos estudios han evidenciado diferencias en la sensibilidad al dolor, en la forma en que se afronta y en determinados marcadores biológicos que varían según el sexo»*, rea¡calca el experto.

En este mismo sentido, la **Dra. Rosario García de Vicuña**, reumatóloga del Hospital Universitario de La Princesa (Madrid), advierte que *«**estos sesgos de género pueden generar otro tipo de consecuencias a la hora de establecer el diagnóstico**, llevando a posibles retrasos y dificultando el manejo de la enfermedad. No se pueden tener las mismas recomendaciones, las mismas guías y el mismo libro para hombres y mujeres a la hora de tratar estas patologías»*.

Falta de estudios sobre tratamientos entre hombres y mujeres

La falta de estudios específicos sobre las diferencias en la respuesta a tratamientos entre hombres y mujeres también tiene consecuencias importantes. Como señalan desde la **Fundación Española de Reumatología**, históricamente, los ensayos clínicos han tomado como referencia mayoritaria a los hombres, **sin considerar las diferencias en farmacocinética y farmacodinámica** entre ambos sexos.

Esto es crucial, ya que la distribución de la grasa corporal, la masa muscular y otros factores biológicos pueden afectar la eficacia de los tratamientos. En enfermedades como la espondiloartritis axial se ha observado una menor respuesta a terapias biológicas en mujeres en comparación con los hombres.

Además, hay tratamientos ampliamente utilizados en patologías como el lupus y las vasculitis, como el rituximab, en los que también se han identificado diferencias de respuesta dependiendo de quién reciba el medicamento. En este caso, los varones pueden tener una mayor distribución del fármaco y una menor eficacia terapéutica en algunas ocasiones.

A ello se une el que, durante años, las guías de práctica clínica y las recomendaciones terapéuticas han sido las mismas para hombres y mujeres, sin llegar a contemplar que las enfermedades pueden manifestarse de manera diferente dependiendo del sujeto. “En el ámbito de la Reumatología, cada vez hay más evidencia de que el sexo influye no solo en la presentación clínica de ciertas patologías, sino *también en la manera en que se diagnostican y tratan*”, indica el Dr. Javier Rivera.

Un claro ejemplo de esta falta de equidad se observa en la **osteoporosis**, mientras que su diagnóstico y tratamiento están bien establecidos en mujeres, en los hombres a menudo se detecta cuando ya se han producido fracturas graves, como la de cadera.

*«Afortunadamente, en los últimos años **se está avanzando en la inclusión de criterios de diferenciación por sexo** en los ensayos clínicos y en la revisión de guías clínicas con perspectiva de género para lograr una medicina más equitativa y eficaz»*, destaca la **Dra. Elena Aurrecoeche**a, reumatóloga del Hospital Sierrallana.

Medios locales

La Voz de Leganés

EQUILIBRIO E
Coaching, Eneagrama, Min
680 821 575 www.equ

ACTUALIDAD

El Hospital público Severo Ochoa impulsa el abordaje integral y multidisciplinar de la patología neuro-oftalmológica

El encuentro ha reunido a más de 80 profesionales de Oftalmología, Neurología, Radiología, Neurofisiología y Genética

escrito por Redacción | 1 de mayo de 2025



El Hospital Universitario Severo Ochoa, centro sanitario público de la Comunidad de Madrid, ha celebrado la segunda Jornada Multidisciplinar de Neurooftalmología, organizada por su Servicio de Oftalmología. **El encuentro ha reunido a más de 80 profesionales sanitarios de distintas especialidades y centros hospitalarios de referencia**, reafirmando así el compromiso del centro con el avance de la medicina desde una visión colaborativa.

El acto ha sido inaugurado por la directora médica, **María Teresa Requena**, el jefe de Oftalmología, **Santiago López García**, y el director del curso, **Ignacio Cañas**. En la apertura **se ha destacado la importancia del enfoque multidisciplinar en el manejo de las patologías neurooftalmológicas**, en las que convergen diferentes áreas clínicas como la oftalmología, la neurología, la radiología, la neurofisiología y la genética.

Un foro de debate para profesionales y pacientes

La jornada se ha estructurado en **cinco mesas redondas y tres conferencias magistrales**. Como novedad, este año **se ha incorporado un bloque centrado en la experiencia del paciente**, que ha permitido incluir en el foro las vivencias, necesidades e inquietudes de quienes conviven con estas patologías.

“La neurooftalmología representa un ejemplo claro de **cómo distintas especialidades deben coordinarse para ofrecer una respuesta clínica eficaz**. Esta jornada es un paso más en esa dirección”, ha afirmado Santiago López. Las mesas han tratado, entre otros temas, el abordaje de la cefalea e hipertensión intracraneal, la actuación ante la diplopía binocular, el papel de los residentes y el uso eficiente de las pruebas complementarias en esta subespecialidad. Han participado expertos del Hospital Universitario Gregorio Marañón, Hospital Universitario 12 de Octubre, Hospital Universitario La Paz, Hospital Universitario de La Princesa, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Hospital Universitario de Móstoles, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Hospital Universitario General de Villalba y del propio Hospital Universitario Severo Ochoa, así como de Ruber Internacional.

Conferencias magistrales y enfoque integrador

Las ponencias principales han estado a cargo del radiólogo del Hospital La Princesa, **Javier Collada**, del oftalmólogo, **Diego Celdrán**, y la genetista, **Elena Vallespín**, ambos del Hospital La Paz. Este grupo de expertos ha abordado desde un punto de vista teórico, práctico y genético las enfermedades desmielinizantes y su relación con la neurooftalmología.

“**Queríamos crear un foro donde todos los implicados, clínicos y pacientes, pudieran hablar, debatir, aprender y avanzar juntos**”, señaló Ignacio Cañas, director del curso.

La jornada ha finalizado con una valoración muy positiva por parte de la organización, que subrayó la necesidad de seguir impulsando este tipo de encuentros para mejorar el abordaje integral de la patología neurooftalmológica y para acercar esta subespecialidad a oftalmólogos generales y médicos residentes.

Nuevos encuentros en marcha

Desde la organización **ya se trabaja en una tercera edición de estas jornadas**, en la que se continuará impulsando el enfoque transversal en el estudio y tratamiento de patologías neurooftalmológicas. El objetivo será seguir sumando nuevas voces y actualizar contenidos con el respaldo de la práctica clínica diaria y la experiencia de los pacientes

Medios locales

ACTIVO LEGANÉS

El Hospital Severo Ochoa refuerza su papel como centro de referencia en neurooftalmología

Por **Redacción Leganés Activo** | 1 mayo, 2025

Sección: Comunidad de Madrid
Salud

Tema: Hospital Severo Ochoa



PUBLICIDAD · CONTINÚE NAVEGANDO

Más de 80 profesionales sanitarios se reunieron en Leganés en una jornada pionera sobre el abordaje integral de patologías neurooftalmológicas.

El Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés ha celebrado con **gran éxito la II Jornada Multidisciplinar de Neurooftalmología**, una cita que reunió a más de 80 especialistas en oftalmología, neurología, radiología, neurofisiología y genética para compartir conocimientos y mejorar el tratamiento de estas complejas patologías.

Organizada por el Servicio de Oftalmología del hospital, la jornada contó con cinco mesas redondas, tres conferencias magistrales y, como novedad, **un bloque dedicado a la experiencia de los pacientes**, integrando sus voces en el debate clínico.

Leganés como punto de encuentro sanitario

El acto inaugural estuvo presidido por la directora médica del centro, María Teresa Requena, el jefe de Oftalmología, Santiago López García, y el director del curso, Ignacio Cañas. Durante la jornada se puso en valor **el trabajo coordinado entre especialidades para ofrecer un enfoque integral** en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades neurooftalmológicas, como la diplopía binocular, la hipertensión intracraneal o la cefalea.

- PUBLICIDAD CONTINÚE LEYENDO -

Especialistas de hospitales de referencia como **La Paz, 12 de Octubre, Gregorio Marañón, La Princesa, Fuenlabrada o Villalba**, entre otros, participaron activamente en las sesiones, demostrando la relevancia regional del encuentro.

Aportaciones clave desde la clínica y la genética

DESTACADA



El apagón masivo en Leganés: 12 horas de incertidumbre y estallido de alegría

El Gobierno regional destina 15,3 millones al mantenimiento de plazas para mayores

Madrid invierte 19,8 millones en 707 plazas para discapacidad intelectual en fase de envejecimiento prematuro

El CD Leganés, Garbiñe Muguruza o Rudy Fernández se unen contra las drogas

Las ponencias principales estuvieron a cargo del radiólogo Javier Collada (Hospital La Princesa), el oftalmólogo Diego Celdrán y la genetista Elena Vallespín (ambos del Hospital La Paz), quienes ofrecieron un **enfoque actualizado sobre el diagnóstico y tratamiento de enfermedades desmielinizantes** desde una perspectiva integradora.

- El apagón masivo en Leganés: 12 horas de incertidumbre y estallido de alegría
- Leganés movilizó 200 efectivos de seguridad durante el apagón
- Westfield Parquesur abre la 9 edición del programa de empleo para el sur de Madrid

"Queríamos un espacio donde **profesionales y pacientes pudieran compartir conocimiento** de forma abierta y constructiva", destacó Ignacio Cañas, organizador del encuentro.

- PUBLICIDAD CONTINÚE LEYENDO -



Una mirada al futuro

El éxito de esta segunda edición **ha motivado al hospital a preparar ya una tercera jornada.** El objetivo: seguir impulsando el conocimiento colaborativo y acercar la subespecialidad neurooftalmológica a médicos residentes y oftalmólogos generales, fomentando una atención más eficaz y centrada en el paciente.

Medios locales



Es noticia: Warm Up Viernes Especialistas Puente de Mayo Quejas vecinales Cartagena Todo sobre el Warm Up

La Opinión de Murcia

Salud > Guías de Salud

Clínicas de Fisioterapia Dietas Fitness Vida equilibrium Cuidamos tu salud

APARATO DIGESTIVO

¿Qué es la enfermedad inflamatoria intestinal, de la que cada año aparecen 10.000 nuevos casos?

Son patologías que además de al sistema digestivo afectan también a otras partes del organismo. Estamos hablando de la colitis ulcerosa, la Enfermedad de Crohn y la Colitis indeterminada

Un estudio con participación del CIBEREHD, centrado en enfermedades hepáticas y digestivas, reveló por primera vez en el año 2023, que la **incidencia real de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EIII) en España es de 16 casos por cada 100.000 habitantes-año.**

Utilizamos el término **"enfermedad intestinal inflamatoria" para describir o agrupar diversos trastornos que implican inflamación de los tejidos del tracto digestivo que se pueda considerar crónica**, es decir, por un tiempo prolongado.

Y además, tal y como explican desde la Fundación Española del Aparato Digestivo (FEAD), se trata de **patologías "originada por factores inmunológicos, genéticos y ambientales"**.

"Creemos un mundo amigable con los intestinos"

Más de 10 millones de personas en todo el mundo sufren colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn, pero "no todo el mundo tiene los recursos necesarios para cumplir con las necesidades dietéticas, el acceso al baño o la información necesaria sobre su enfermedad".

Tanto la colitis ulcerosa como la enfermedad de Crohn generalmente se presentan con:

- Diarrea
- Sangrado rectal
- Dolor abdominal
- Fatiga
- Pérdida de peso.

Y a grandes rasgos podríamos resumir las enfermedades en las siguientes:

- **Colitis ulcerosa. Causa inflamación y llagas (úlceras)** en el recubrimiento del intestino grueso (colon) y el recto.
- **Enfermedad de Crohn.** Se caracteriza por la inflamación del recubrimiento del tracto digestivo, generalmente sus capas más profundas y afecta con mayor frecuencia al intestino delgado. Pero , también puede afectar al intestino grueso y, en raras ocasiones, al tracto gastrointestinal superior.
- **Colitis indeterminada**

En cualquier caso, **además de al sistema digestivo, estas patologías afectan también a otras partes del organismo**.

Patologías con un coste social muy alto

La **enfermedad inflamatoria intestinal suele diagnosticarse en pacientes jóvenes** y, hasta ahora, su incidencia entre la población general española ha sido una incógnita.

Tal y como comenta el **doctor Javier P. Gisbert**, jefe de la Unidad de Atención Integral al Paciente con Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Universitario de La Princesa y jefe de grupo del CIBER de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD).

- **"Es una de las patologías que conlleva un coste social más alto**, por los costes directos e indirectos derivados de la misma. Conocer su incidencia es crucial para poder organizar los recursos sanitarios necesarios para atención de estos pacientes".

Precisamente con el fin de conocer la prevalencia de esta patología intestinal el doctor Gisbert ha trabajado junto con la **doctora María Chaparro**, médico especialista en digestivo en la Unidad de Atención Integral al Paciente con Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Universitario de La Princesa e investigadora de CIBEREHD.

Ambos han liderado el estudio titulado **Incidence, Clinical Characteristics and Management of Inflammatory Bowel Disease in Spain: Large-Scale Epidemiological Study (EpidemIBD)** cuyos resultados están publicados por el Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU).

Resultados del estudio EpidemIBD

El estudio ha incluido a más de **3.600 pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal a lo largo del año 2017**, lo que supone una incidencia de 16 casos por cada 100.000 habitantes al año.

En concreto, 7,5 para la enfermedad de Crohn y 8 para la colitis ulcerosa.

Estas cifras son superiores a lo descrito previamente en España, y similares a lo observado en países de norte de Europa.

- "Extrapolando estas cifras, podemos estimar que **cada año se diagnostican en nuestro país aproximadamente 10.000 nuevos casos** de EII", aseguraba la doctora Chaparro poco después de hacer público el estudio.

Además, **hasta un 20% de los pacientes con enfermedad de Crohn presentaban complicaciones** (estenosantes o fistulizantes) en el momento del diagnóstico.

El estudio destaca la elevada frecuencia de uso de **fármacos biológicos**, principalmente en la enfermedad de Crohn.

El doctor Gisbert explica que gracias al estudio se observó que:

- «El uso de recursos terapéuticos en la EII es elevado y superior a lo descrito previamente. Esta información es de gran valor para todas las partes implicadas en la atención de estos pacientes».

En este sentido, **durante los primeros 12 meses desde el diagnóstico:**

En este sentido, **durante los primeros 12 meses desde el diagnóstico:**

- Un tercio de los pacientes habían recibido tratamiento con **corticoides sistémicos.**
- Una cuarta parte había recibido inmunosupresores
- El 15% biológicos
- El 5% habían sido operados por la EII.

Cifras especialmente elevadas en los pacientes con enfermedad de Crohn

Aproximadamente el 50% de estos pacientes recibieron corticoides sistémicos, el 50% inmunosupresores y aproximadamente el 30% había estado expuesto al tratamiento con biológicos a los 12 meses del diagnóstico.

Además, uno de cada 10 pacientes con enfermedad de Crohn había precisado al menos una **intervención quirúrgica** a lo largo del primer año.

Con respecto a los **ingresos hospitalarios**, un tercio de los pacientes había sido hospitalizado en el primer año desde el diagnóstico.

- **Más del 70% de los ingresos hospitalarios ocurrieron por el brote de debut de la enfermedad**.

En palabras de la doctora Chaparro y del doctor Gisbert:

- «Los resultados de este estudio subrayan la **importancia de la enfermedad inflamatoria intestinal para los sistemas de salud y para la sociedad en general,** que tienen que hacer frente al manejo de una enfermedad tan compleja».

Para alcanzar los objetivos propuestos, han trabajado de forma conjunta más de cien unidades de EII distribuidas por todo el territorio nacional. Con un área total de referencia de más de 22 millones de habitantes adultos.

De esta forma, han constituido uno de los **estudios más amplios a nivel mundial** sobre la epidemiología de una enfermedad.

Medios radiofónicos

Cadena SER

A Vivir Madrid

Fecha: 04-05-2025 08:52

Duración: 00:03:47



Cambiemos de asunto del Servicio de Neuro Rehabilitación del Hospital de la Princesa. Ha realizado un estudio clínico sobre la aplicación de la toxina botulínica de la que tanto escuchamos hablar en tratamientos estéticos, pero que en este caso se aplica en pacientes con esclerosis múltiple, pacientes con espasticidad en los que el tratamiento con esta toxina aporta resultados muy beneficiosos y en este caso se han apuntado en este. En este estudio se han confirmado en este estudio. Después nos acercamos a la princesa para conversar con la doctora Aránzazu Vázquez.

https://cadenaser.com/audio/regional_centro_avivirmadrid_20250504_130445_135000/

Medios nacionales

EL MUNDO

Proyecto Renacer

04/05/2025



12 SALUD

LA METÁSTASIS DE PEPE TAMBIÉN LUCHA CONTRA EL CÁNCER

13



14 SALUD

15

Medios nacionales

Las mañanas de RNE

8 de mayo de 2025

https://www.rtve.es/play/audios/las-mananas-de-rne-mamen-asencio/miedo-conducir-sesiones-quimio/16571331/



Entrevista a Carmen Ballesteros, paciente del hospital ha hecho frente a 200 sesiones de quimioterapia, y que tiene un tumor de mama con metástasis hepáticas, y con Ana Ballesteros, oncóloga del Hospital La Princesa.

Medios especializados



ConSalud.es

PACIENTES

La Princesa supervisa a más de 300 familias con cardiopatías genéticas gracias a su consulta monográfica

Entre los objetivos de esta consulta está disminuir la mortalidad y establecer un diagnóstico precoz de las cardiopatías familiares

- El Marañón implanta por cateterismo una novedosa válvula para tratar cardiopatías congénitas
- La unidad de cardiopatías familiares de La Fe recibe la acreditación como referente a nivel nacional

La cardiopatía isquémica a la cabeza de las muertes por enfermedades cardiovasculares en el mundo. - FREEPIK

8 mayo 2025

El **Hospital Universitario de La Princesa** cuenta con una consulta específica de **Cardiopatías Familiares** dentro de su Servicio de Cardiología. Esta unidad está dedicada a la atención de enfermedades cardiovasculares de origen genético y predisposición familiar. Actualmente, esta consulta supervisa a **más de 300 familias**, con el objetivo principal de reducir la mortalidad asociada a estas patologías, identificar a las personas en riesgo de desarrollarlas y facilitar un diagnóstico precoz.

La Consulta de Cardiopatías Familiares comenzó a funcionar a finales de 2024 y se celebra semanalmente. Está integrada por **la doctora Sofía Cuenca Parra**, especialista en Cardiología del Hospital de La Princesa, junto a **las doctoras Vanesa Escribano Hernández y Desiré Nava Cedeño**, del Servicio de Análisis Clínicos del centro, expertas en Genética.

Estas enfermedades incluyen un conjunto de patologías cardiovasculares caracterizadas principalmente por su origen genético y su relación con la muerte súbita, especialmente en personas jóvenes

Las Cardiopatías Familiares, también conocidas como **Enfermedades Cardiacas Hereditarias**, incluyen un conjunto de patologías cardiovasculares caracterizadas principalmente por su origen genético y su relación con la muerte súbita, especialmente en personas jóvenes. Entre ellas se encuentran las miocardiopatías (enfermedades del músculo cardíaco que dificultan que el corazón bombee sangre de manera eficiente), las canalopatías (alteraciones de los canales iónicos del cuerpo), enfermedades genéticas de la aorta o patologías del tejido conectivo (tejido que sostiene, protege y da forma a los órganos y tejidos del cuerpo), así como algunas enfermedades neuromusculares, mitocondriales y de depósito (trastornos metabólicos hereditarios).

ESTUDIOS GENÉTICOS Y ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR

El uso de estudios genéticos para identificar estas enfermedades es crucial para lograr **diagnósticos rápidos y precisos**. Además, debido a su naturaleza compleja, estas patologías requieren un enfoque multidisciplinar y una colaboración estrecha con el Servicio de Genética para interpretar variantes genéticas desconocidas y gestionar casos complejos, así como para desarrollar protocolos específicos. Todo esto se lleva a cabo en la consulta de Cardiopatías Familiares del Hospital Universitario de La Princesa, donde se realiza el diagnóstico personalizado de cada paciente, se establece el tratamiento adecuado, ya sea médico o quirúrgico, y se determina si es necesario realizar estudios genéticos en familiares en riesgo o con sospecha de enfermedad hereditaria.

Posteriormente, se organiza el seguimiento tanto para los pacientes diagnosticados como para los familiares en riesgo, considerando también las implicaciones psicológicas y sociales que estas patologías pueden tener para las familias, lo que se aborda con apoyo especializado.

Los pacientes y sus familiares que pueden beneficiarse de esta consulta especializada pueden ser derivados desde las consultas de Cardiología General del propio hospital o por los médicos de Atención Primaria, siempre que lo consideren necesario.

HOY
Serendipia

La música del Womad y la lectura de la Feria del Libro de Badajoz enriquecen tu vida

La Feria del Libro pacense comienza mañana viernes en el Paseo de San Francisco, donde hasta el 18 de mayo te esperan miles de historias por descubrir



Marisa García
Badajoz

Jueves, 8 de mayo 2025, 15:54
ComentaCompartir

Este artículo corresponde a la newsletter 'Serendipia', que te informa de actividades culturales.
Si estás en Cáceres no puedes perderte el Womad y si te encuentras por Badajoz o visitas la ciudad, tienes una cita con la Feria del Libro de Badajoz, donde numerosos escritores y sus musas te aguardan para recomendarte libros que, seguro, te harán una persona más abierta y libre. Simplemente porque los libros te hacen pensar y eso es vital para ti. Posiblemente tienes razón al pensar que me estoy poniendo intensita, pero es que la música y la lectura son los pilares que mejoran tu vida día a día, y estos días tienes a tu alcance libros por doquier en Badajoz y música por todos los rincones del centro de Cáceres. Aprovecha la oportunidad.

La Feria del Libro de Badajoz comienza mañana viernes en el Paseo de San Francisco, donde hasta el 18 de mayo te esperan miles de historias por descubrir. Arranca con el pregón de la periodista y traductora **Pilar del Río**, viuda de **José Saramago**, y durante estos días compartirán su tiempo contigo autores tan reconocidos como **Juan Gómez-Jurado, Máximo Huerta, María Oruña, Paloma Sánchez-Garnica, Javier Sierra, Manuel Loureiro, Juan Manuel de Prada, Rodrigo Cortés, Inma Rubiales, Reyes Monforte, Rafael Tarradas Bultó, Jen Bernal, Cristina Mellado, Toni Quinta, Rui Díaz, Fernando Navarro, Sonia Rayos, Defreds, Ana Punset, Beatriz Serrano o Alba Cardalda**.

Tienes a tu disposición 43 casetas y podrás asistir a la presentación de 73 libros, entre los que se encuentra 'Pídeme perdón', de la escritora y articulista de HOY **Esperanza Mancera**, que tendrá lugar el próximo jueves, día 15, a las 18.00 horas en la carpa de conferencias, donde te espera una historia de misterio y traición que transcurre en Castuera.
Y no puedes perderte la exposición bibliográfica '¡¡¡Boom, Crash, Bang. Imaginario Pachón!!!', que se inaugurará el viernes a las 20.00 horas en la carpa de la Unión de Bibliófilos Extremeños de la Feria del Libro en memoria del que fuera director del Festival Ibérico de Cine y crítico de cine en HOY, **Alejandro Pachón**, fallecido el pasado año. En la muestra, comisariada por el crítico de arte de HOY **Martín Carrasco**, descubrirás el extraordinario universo de Alejandro Pachón, su amor a lo impreso, a la tarea de recopilación del arte efímero que pobló su mundo y te muestra también carteles de películas y música de cine en su memoria.
En cuanto a la música del Womad, desde hoy jueves y hasta el domingo 11, puedes asistir a 21 conciertos de diferentes nacionalidades y estilos en la Plaza Mayor, la Plaza de San Jorge y la Plaza de Santa María de Cáceres, totalmente gratuitos, además de participar en los talleres programados, asistir a las proyecciones en la Filmoteca y otras actividades enmarcadas en 'Mundo de palabras', un espacio dedicado a la literatura y la narración oral.

El Womad lo abren hoy jueves los conciertos del extremeño **El Gato con Jotas**, que ha reinventado la música tradicional extremeña a través del sonido que ha denominado electrojota; la cantante flamenca jienense **Ángeles Toledano**, y el rapero belga de origen congoleño **Baloji**, todos en el escenario de la Plaza Mayor.
Mañana viernes podrás elegir entre ocho conciertos, que tendrán lugar en la Plaza de Santa María, donde actuarán el extremeño **Niño Índigo** con su música indie-folk; y **Fönal**, un grupo que toca desde la electrónica industrial hasta el post-punk. En San Jorge te animará a bailar el grupo francés **Downdelin**, que combina electrónica, jazz y ritmos caribeños como el gwo-ka y la biguine; y **Rust**, el dúo de la vocalista libanesa **Petra Hawi** y el productor sirio-checo **Hany Manja**, que fusiona la riqueza melódica y poética de la tradición árabe con ritmos electrónicos contemporáneos. En la Plaza Mayor te esperan **Asina Önde** con su mezcla ritmos de reggae, blues, funk, cumbia, soul y dub; el cantante, compositor y poeta murciano **Muerdo** te acercará la nueva canción de autor; **Angélique Didjo** te encandilará por su versatilidad musical y su poderosa voz; y los mexicanos **Kumbia Boruka** te ofrecerán su fusión de tradición y modernidad a través de un sonido que combina cumbia clásica con influencias de reggae, dub, música africana, rock y chica peruana.
Diez conciertos completan el programa del Womad para el sábado: en la Plaza de Santa María actuarán **Conjunto San Antonio**, que te trae su estilo Tex-Mex; la banda cacereña **The Ruffos** te ofrece su música con influencias de R&B, soul, rock de los 70 y funk; y los moralejanos de **Sü** fusionarán para ti los ritmos tradicionales africanos con sonidos contemporáneos. En San Jorge, **Ana Lua Caiano** mezclará música tradicional portuguesa con sonidos electrónicos; y **Ácido Pantera** fusionará ritmos tradicionales con sintetizadores y tecnología musical. En la Plaza Mayor actuará **Canchalera**, con la placentina **Marta Jiménez** como voz de esta propuesta que tiene el rap y el flamenco como principales estilos; el grupo puntero **Sanguijuelas del Guadiana** te ofrece desde la Siberia extremeña una música que refleja un equilibrio entre raíces y evolución; **The Zawose Queens**, el dúo formado por las africanas **Pendo** y **Leah Zawose**, canalizará la esencia ancestral de la música Gogo de Tanzania; **Nusantara Reat** te mostrará la diversidad musical de Indonesia reinventando las canciones tradicionales del siglo XX con un estilo fresco y creativo, fusionando sonidos tropicales; y, por último, **Arp Frique & The Perpetual Singers** fusionará música funk orgánica con sintetizadores oscuros, líneas de bajo burbujeantes y guitarras envolventes.
No puedes quedarte en casa con tantas propuestas literarias y musicales a tu alcance.

Un libro sobre salud y alimentación en el Aula de Cultura HOY

Si te interesa tu salud y cómo mejorarla a través de la alimentación, no puedes perderte el próximo Aula de Cultura HOY, en el que se presentará el libro 'Por mis riñones que hoy como bien', escrito por **Borja Quiroga Gil**, nefrólogo del Hospital Universitario de la Princesa de Madrid, junto

a **Miguel Cobo**, reconocido chef con estrella Michelin, que le da al libro un toque creativo y delicioso con sus recetas. Borja Quiroga te espera el miércoles, 14 de mayo, a las 20.00 horas, en el salón de actos de Cajalmendralejo en Badajoz, y con él aprenderás y pasarás un rato entretenido con la charla sobre 'Por mis riñones que hoy como bien', que aborda la salud desde una perspectiva esencial y frecuentemente olvidada: la salud de nuestros riñones. Este libro nace de la necesidad de combatir el preocupante desconocimiento social sobre un órgano fundamental, porque, como destaca Quiroga, más de seis millones de personas en España tienen una enfermedad renal, y la mitad de ellas ni siquiera lo saben, porque el gran problema de las enfermedades del riñón es, precisamente, que no duelen y pueden llegar incluso a la muerte precoz.

Si asistes a la presentación y lees el libro, comprobarás que 'Por mis riñones que hoy como bien' no es un tratado médico aburrido, ni mucho menos, ni tampoco un recetario de cocina sin alma, sino una invitación a descubrir los misterios de la nutrición y cómo impactan directamente en tu salud, todo ello de la mano experta de un reconocido nefrólogo.

NoticiasPress.es

Noticias de Comunidad de Madrid

El Hospital público de La Princesa cuenta con una consulta monográfica de Cardiopatías Familiares con 300 familias en seguimiento

admin · Hace 21 horas

6 2 minutos de lectura



El Hospital público de La Princesa cuenta con una consulta monográfica de Cardiopatías Familiares con 300 familias en seguimiento

DISMINUIR LA MORTALIDAD Y ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO PRECOZ, ENTRE SUS OBJETIVOS

El Hospital Universitario de La Princesa, centro público de la Comunidad de Madrid, dispone de una consulta monográfica de Cardiopatías Familiares, dentro del

Servicio de Cardiología, dirigida al tratamiento de enfermedades cardiovasculares de origen genético y tendencia familiar. Actualmente, la consulta cuenta ya con 300 familias bajo supervisión y tiene como objetivos principales disminuir la mortalidad de estas patologías, así como determinar qué personas están en riesgo de desarrollar la enfermedad y establecer un diagnóstico precoz.

La consulta de Cardiopatías Familiares, que se inició en finales de 2024, tiene una periodicidad semanal y está integrada por la doctora Sofía Cuenca Parra, especialista del Servicio de Cardiología del Hospital de La Princesa, y las doctoras Vanesa Escribano Hernández y Desiré Nava Cedeño, del Servicio de Análisis Clínicos del centro, especializadas en Genética.

Las Cardiopatías Familiares o Enfermedades Cardiacas Hereditarias engloban un grupo de patologías cardiovasculares que tienen como característica fundamental la presencia de una base genética y su vinculación con la muerte súbita, especialmente en personas jóvenes. Se consideran dentro de este grupo enfermedades cardiacas como las miocardiopatías (enfermedad del músculo cardiaco que dificulta que el corazón bombee sangre al resto del cuerpo), las canalopatías (provocada por un problema con el canal iónico en el cuerpo), las enfermedades genéticas de la aorta o patologías del tejido conectivo (tejido que sostiene, protege y da forma a los órganos y tejidos del cuerpo) y algunas neuromusculares, mitocondriales y de depósito (trastornos metabólicos hereditarios).

Estudios genéticos y abordaje multidisciplinar

La puesta en práctica de estudios genéticos para la identificación de estas patologías es fundamental para establecer diagnósticos rápidos y precisos. Asimismo, las características particulares de estas requieren un abordaje multidisciplinar y un trabajo coordinado con el Servicio de Genética para la interpretación de variantes desconocidas y casos complejos, así como para la creación de protocolos conjuntos.

Todo ello, se lleva a cabo desde la consulta monográfica de Cardiopatías Familiares del Hospital Universitario de La Princesa, donde se realiza el abordaje del diagnóstico de cada paciente, pautando el tratamiento indicado, médico y/o quirúrgico, e indicando la necesidad de la realización de un estudio genético si

existen familiares en riesgo o evidencia de posible enfermedad hereditaria. Posteriormente, se organiza el seguimiento tanto para pacientes afectados, como para familiares en riesgo. Las implicaciones psicológicas y sociales de los afectados por estas enfermedades y sus familias también son un parte muy importante de la atención que se presta en esta consulta por personal especializado.

Los pacientes y sus familias, candidatos a ser vistos en la Consulta de Cardiopatías Familiares, pueden ser remitidos a la misma tanto por los profesionales que atienden las consultas de Cardiología General del Hospital, como por los facultativos de Atención Primaria, si lo creen necesario .

Medios especializados



9 MAY. 2025 5:15H

Actualmente, en España hay más de **un millón de pacientes con enfermedades respiratorias** que son atendidos con terapias respiratorias domiciliarias (TRD) en sus domicilios y en otros entornos asistenciales. Estas soluciones tecnológicas facilitan la práctica clínica y la adherencia terapéutica y, en consecuencia, una mayor calidad de vida y bienestar de estos pacientes.

Pero, dada la prevalencia de estas patologías (cada año la cifra de personas que requieren TRD se incrementa entre un 8 y un 12 por ciento), es preciso seguir avanzando en su abordaje integral, con el objetivo de **dar respuesta a las necesidades de los pacientes** y ofrecerles una atención especializada y personalizada.

Con este objetivo, *Redacción Médica*, junto con la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) organiza el próximo martes 20 de mayo, **de 10:00 a 14:00 horas** en el **Salón de Actos del Hospital Universitario de La Princesa** (Calle de Diego de León, 62, Madrid), la **jornada 'TRD: Servicios Terapéuticos Efectivos y de Calidad'**.

Este encuentro, de inscripción gratuita, será un espacio de debate e intercambio de ideas, reflexiones y propuestas entre todos los **actores implicados en el abordaje de las enfermedades respiratorias en el domicilio** (administraciones, gestores y

profesionales sanitarios, sociedades científicas e industria de tecnología sanitaria).

A lo largo de la jornada se abordarán cuestiones de vital importancia para el correcto acceso a las TRD y la óptima prestación asistencial a estos pacientes. En concreto, en diversas mesas redondas se reflexionará sobre la **perspectiva clínica y la contratación eficiente de TRDs.** Asimismo, se expondrán experiencias internacionales respecto a las TRD, como es el caso de Portugal.

La **inscripción gratuita** a esta jornada puede realizarse a través de este enlace, así como consultar el programa completo del encuentro.

Cronograma de la jornada sobre TRD

- 10:00h. – Recepción de invitados.
- 10:30h. – Acto inaugural.
- 10:45h. – Mesa de debate: Contratación eficiente de TRDs.
- 11:45h. – Pausa café.
- 12:15h. – Mesa de debate: Perspectiva Clínica de las TRDs.
- 13:15h. – Ponencia: Experiencia Internacional: las TRD en Portugal.
- 13:45h. – Clausura.
- 14:00h. – Fin de la jornada y cóctel de despedida.

Medios locales

Noticias.Madrid
DIARIO DE LA PROVINCIA

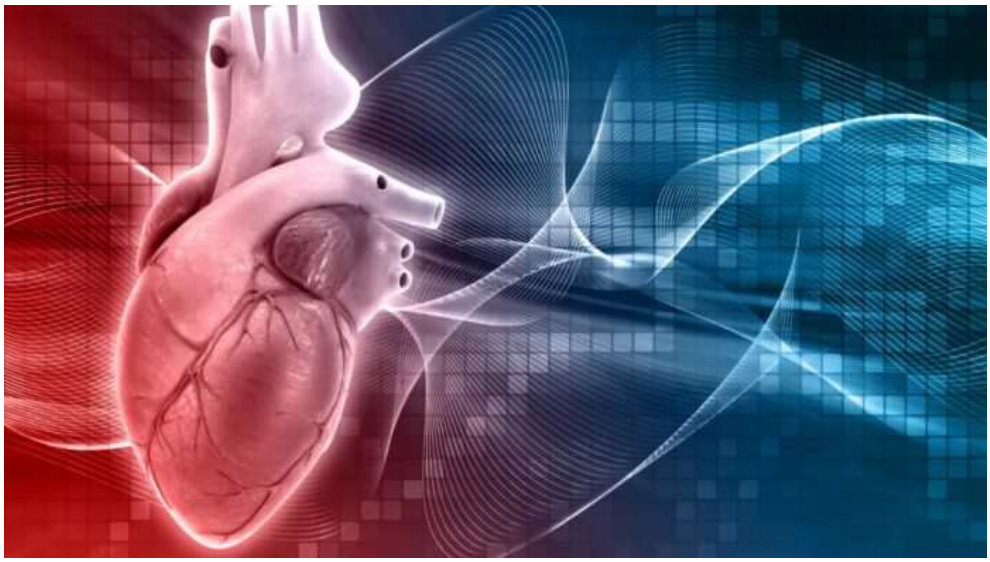
El Hospital de La Princesa Amplía el Seguimiento de Cardiopatías Familiares a 300 Familias

Actualidad

Por:Noticias Madrid

8 de mayo de 2025

2 minuto(s) de lectura



La reciente inauguración de la Consulta de Cardiopatías Familiares en el Hospital de La Princesa, a finales de 2024, marca un avance significativo en la atención médica de enfermedades cardíacas hereditarias. Este servicio especializado funciona semanalmente y está compuesto por un equipo de expertas: la doctora

Sofía Cuenca Parra, del Servicio de Cardiología, junto con las doctoras Vanesa Escribano Hernández y Desiré Nava Cedeño, del Servicio de Análisis Clínicos, quienes cuentan con una especialización en Genética.

Las cardiopatías familiares, también conocidas como enfermedades cardíacas hereditarias, incluyen diversas patologías cardiovasculares con una base genética significativa. Estas condiciones están particularmente vinculadas con casos de muerte súbita en personas jóvenes. Entre las enfermedades comprendidas en este grupo se encuentran las miocardiopatías, que afectan el músculo cardíaco y dificultan la bombeo de sangre, y las canalopatías, derivadas de problemas en los canales iónicos del cuerpo. Además, incluyen enfermedades genéticas de la aorta, patologías del tejido conectivo y algunos trastornos neuromusculares, mitocondriales y de depósito.

El uso de estudios genéticos en la identificación de estas patologías es crucial para lograr diagnósticos precisos y oportunos. La complejidad de estas enfermedades demanda un enfoque multidisciplinario, por lo que el Hospital de La Princesa ha establecido un trabajo coordinado con su Servicio de Genética para interpretar variantes genéticas desconocidas y manejar casos complejos. Este enfoque cooperativo también abarca la creación de protocolos clínicos conjuntos.

Desde la consulta monográfica de Cardiopatías Familiares, se aborda el diagnóstico y tratamiento individualizado de cada paciente, proporcionando tanto tratamientos médicos como quirúrgicos según sea necesario. Cuando se identifica riesgo en familiares o evidencia de enfermedad hereditaria, se recomienda la realización de estudios genéticos. Además, se organiza un seguimiento continuo tanto para los pacientes afectados como para sus familiares en riesgo. La atención incluye también un enfoque en las implicaciones psicológicas y sociales de vivir con estas condiciones, brindando apoyo especializado a las familias.

Los pacientes que podrían beneficiarse de la atención en esta consulta especializada son referidos por profesionales de las consultas de Cardiología General del hospital o por facultativos de Atención Primaria, quienes consideran necesario este nivel de atención especializada para sus pacientes. Este enfoque integral representa un importante paso adelante en el manejo de las cardiopatías familiares, con la esperanza de mejorar tanto la prevención como el tratamiento de estas enfermedades genéticas.

Medios nacionales


el Periódico de España

¿Quieres acceso a todo el contenido? Regístrate

MEDICINA

Uno de cada cuatro hospitales elegidos por los 1.000 primeros MIR está en Madrid

Centros como el 12 de Octubre, La Paz y el Gregorio Marañón destacan entre los aspirantes con mejor nota en los últimos cinco años.

1&1

vueling EL SOL TE INVITA A VOLAR VUELA DESDE 27€

LA ENTREVISTA PENDIENTE Descubre la entrevista

María G. San Narciso

Uno de cada cuatro de los **primeros 1.000 médicos internos residentes (MIR) en elegir plaza en España han optado por un hospital madrileño**. Las mejores notas medias de España han escogido, sobre todo, tres centros de la región: el Hospital Universitario **12 de Octubre** (con 55 plazas), el Hospital Universitario La Paz (53) y el Hospital

También destacan el Hospital Universitario **Ramón y Cajal** (35), el Hospital Universitario **Fundación Jiménez Díaz** (26), el Hospital **Clínico San Carlos** (22), el Hospital Universitario de **La Princesa** (8); el Hospital Infantil Univeristario Niño Jesús (5); y el Infanta Leonor (3).

Dentro de la Comunidad de Madrid, seis de los primeros mil MIR también han escogido el Hospital Universitario **Fundación Alcorcón**; tres el Hospital Universitario **Severo Ochoa** (Leganés); tres el Hospital Universitario de **Fuenlabrada**; otros tres el de **Getafe**; dos en el **Infanta Sofía** (San Sebastián de los Reyes); dos también en el **Hospital Universitario del Henares** (Coslada); una en el Hospital Universitario de Torrejón; otra en en el Rey Juan Carlos (Móstoles).

El **primer hospital madrileño en ser elegido fue el 12 de Octubre**. Lo escogió la persona que ostenta la quinta mejor nota de este MIR 2025 para hacer la especialidad de Dermatología y Venereología. Le han seguido el número 6, que ha optado por Hematología y Hemoterapia en el Ramón y Cajal, y el 10, que también ha escogido Dermatología pero La Paz.

Más tarde que otros años

Por lo general, la elección de centros de Madrid se ha hecho de rogar algo más que otros años. Según un informe elaborado por **Vicente Matas**, responsable del **Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada (Simeg)**, entre 2020 y 2024, los cuatro hospitales que comenzaron a adjudicar primero sus plazas, ordenados por la suma de las primeras peticiones, son madrileños.

El primero de todos fue el Hospital de la Paz, que comenzó a adjudicar sus plazas con el número 2 en los años 2020, 2021 y 2022; con el número 5 el año 2023; y con el 10 el año 2024. Este año repite la elección del pasado.

Le sigue el Hospital Ramón y Cajal, que comenzó a adjudicar sus plazas con el número 4 el año 2020 y 2023; con el número 9 el año 2022; con el número 10 el año 2021; y con el 13 el año 2024.

En tercer lugar se encuentra Hospital Gregorio Marañón, que comenzó a adjudicar sus plazas con el número 1 el año 2020; con el número 3 el año 2021 y 2022; con el número 10 el año 2023; y con el 24 el año 2024. Y, en cuarto, está el Hospital 12 de Octubre, que empezó a adjudicar sus plazas con el número 2 el año 2024; con el 3 el año 2020; con el 12 en 2023; con el 13 en 2022; y con el 14 el año 2021.

Últimos cinco años

También con la vista puesta en los últimos cinco años, dentro de los 1.000 primeros MIR, y por número de orden, tres de los cinco hospitales que adjudicaron un mayor porcentaje de sus plazas entre 2020 y 2024 son madrileños. Está el **Hospital Gregorio Marañón, que adjudicó 304 plazas (el 48,4%) de las 628 que ofertaba**; el Hospital 12 de Octubre adjudicó 283 plazas (el 46,5%) de 609; y Hospital de la Paz adjudicó 300 plazas (el 45,8%) de 655 plazas adjudicadas.

En ese 'top 5' también están el Hospital Clínico de Barcelona, que adjudicó 206 plazas (el 48,1%) de 428; y el Hospital La Fe de Valencia, que adjudicó 240 plazas (el 47,5%) de 505.

Otros medios



Carriola.M.B.. 09.05.25

julio@carriola.es

ANACEF reúne a científicos y divulgadores en la feria internacional de Barcelona para reclamar una narrativa basada en la evidencia frente al miedo injustificado al pescado. *“En 25 años de consulta no he visto ni un solo caso de alergia al anisakis en pescado bien cocinado o congelado”,* afirma el Dr. Álvaro Daschner, alergólogo del Hospital Universitario La Princesa

En plena era de la desinformación alimentaria, la **Organización de Productores Pesqueros ANACEF OPP43** ha puesto ciencia y datos sobre la mesa para defender el valor del pescado. Bajo el título *“El valor del pescado: la evidencia frente al alarmismo”*, la entidad organizó en la Seafood Expo Global una jornada de debate que reunió a investigadores de referencia para desmontar miedos infundados y reivindicar el pescado como lo que realmente es: el alimento más completo desde el punto de vista nutricional y el más sostenible desde el punto de vista medioambiental.

La sesión, moderada por la divulgadora científica **Déborah García,** arrancó con una denuncia directa al relato dominante: *“Sabemos que el pescado protege frente a enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 o incluso Alzheimer. Y sin embargo, si buscas noticias sobre pescado, lo primero que encuentras son titulares alarmistas sobre el mercurio o el anisakis”.*

A su lado, el alergólogo **Álvaro Daschner,** del Hospital Universitario La Princesa, fue contundente en sus afirmaciones: *“No existe una alergia al anisakis en pescado bien cocinado o congelado. En más de 25 años de consulta no he visto ni un solo caso. El riesgo está en el pescado crudo mal tratado, y es perfectamente evitable. El problema no es el anisakis, es el miedo injustificado que se ha generado”.*

Déborah García aportó datos sobre el impacto del alarmismo en el consumo y citó un estudio de la Federación Española de Sociedades de Nutrición que señala que **un 10% de los encuestados ha reducido su ingesta de pescado por miedo al mercurio, y un 6% por el anisakis, a pesar de que ambos riesgos están controlados con medidas sencillas.** *"Estamos perdiendo consumo por miedos que no se corresponden con la realidad científica"*, alertó.

Además, en el debate se habló del pescado como un alimento con la menor huella hídrica del sistema alimentario, muy por debajo incluso de frutas y verduras. *"Y si miramos la huella de carbono por cantidad de proteína, el pescado es hasta diez veces más eficiente que otros productos animales",* explicaron.

La investigadora **Ana Ramos**, del Instituto Español de Oceanografía, abordó el impacto de la pesca sobre los ecosistemas marinos vulnerables, y defendió que la flota española opera con prácticas respetuosas con el fondo marino *"no por obligación, sino por cultura pesquera y compromiso con la sostenibilidad".*

Concretamente habló de una zona que junto a su equipo lleva estudiando más de una década y en la que operan barcos de ANACEF: *"En Mauritania se han descubierto y cartografiado ecosistemas vulnerables muy importantes. Entre otros, un arrecife de coral que tiene casi 600 kilómetros, que recorre prácticamente todo el talud de Mauritania. Y sabemos que los buques arrastreros de ANACEF que trabajan en ese caladero no pescan sobre la barrera ni impactan directamente sobre estos ecosistemas tan vulnerables",* destacó.

La jornada concluyó con una llamada a la colaboración entre el sector, los científicos y los medios de comunicación. *"El problema no es solo lo que se dice, sino lo que no se cuenta. Necesitamos más campañas, más expertos en los medios y una estrategia común para defender un alimento que es parte esencial de nuestra salud y del futuro del planeta"*, resumió García.

Con esta iniciativa, ANACEF ha reivindicado un modelo de divulgación basado en datos, credibilidad y transparencia, que permita reforzar la confianza en el pescado y frenar el impacto de los bulos. Así lo han destacado tanto su presidente, **Francisco Freire,** como el director gerente de la organización, **Juan Carlos Martín Fragueiro,** quienes subrayaron la *"necesidad de abrir un debate riguroso, con la ciencia como aliada, para defender un alimento clave para la salud de las personas y para el futuro del sector pesquero".*

Otros medios



Una cita para avanzar en coordinación y buenas prácticas

El objetivo principal de esta jornada es visibilizar y reforzar el valor del Trabajo Social Comunitario como eje vertebrador de la atención sociosanitaria, promoviendo la colaboración intersectorial y compartiendo experiencias inspiradoras en distintos ámbitos de intervención. La jornada está dirigida a profesionales del Trabajo Social, del ámbito sanitario y a entidades de atención social comprometidas con el bienestar colectivo.

Un programa enriquecido con voces profesionales y ciudadanas
El encuentro contará con la participación de expertas y responsables institucionales en el ámbito sanitario y social, que abrirán la jornada con una bienvenida institucional. A continuación, el profesor y doctor en Trabajo Social **Rubén Yusta** ofrecerá la ponencia marco **"Trabajo social comunitario: bases y principios de este enfoque de intervención"** que moderará Marta Cubero, vicedecana primera del COTS de Madrid.

El programa se articula después en tres mesas de experienciales que se centran en colectivos clave para la salud comunitaria:

- **Personas mayores:** abordando la ética, los cuidados y el modelo participativo del Plan SAVIA, con la intervención tanto de profesionales como de una persona participante en el grupo motor.
- **Infancia y adolescencia:** reflexionando sobre los retos del entorno digital TRIC y el bienestar emocional del alumnado, con experiencias educativas y familiares.
- **Mujeres y comunidad:** compartiendo iniciativas de intervención grupal, atención a mujeres en situación de prostitución y trabajo interdisciplinar desde la salud comunitaria.

La jornada contará también con una pausa-café patrocinada por Qida y que será un encuentro informal entre profesionales y concluirá con el **cierre institucional** a cargo de representantes de la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria y del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid.

Medios locales



Un estudio con participación del CIBEREHD, centrado en enfermedades hepáticas y digestivas, reveló por primera vez en el año 2023, que la **incidencia real de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EIII) en España es de 16 casos por cada 100.000 habitantes-año.**

- Utilizamos el término **"enfermedad intestinal inflamatoria" para describir o agrupar diversos trastornos que implican inflamación de los tejidos del tracto digestivo que se pueda considerar crónica**, es decir, por un tiempo prolongado.

Y además, tal y como explican desde la Fundación Española del Aparato Digestivo (FEAD), se trata de **patologías "originada por factores inmunológicos, genéticos y ambientales"**.

"Creemos un mundo amigable con los intestinos"

Más de 10 millones de personas en todo el mundo sufren colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn, pero "no todo el mundo tiene los recursos necesarios para cumplir con las necesidades dietéticas, el acceso al baño o la información necesaria sobre su enfermedad".

Tanto la colitis ulcerosa como la enfermedad de Crohn generalmente se presentan con:

- Diarrea
- Sangrado rectal
- Dolor abdominal
- Fatiga
- Pérdida de peso.

Y a grandes rasgos podríamos resumir las enfermedades en las siguientes:

- **Colitis ulcerosa. Causa inflamación y llagas (úlceras)** en el recubrimiento del intestino grueso (colon) y el recto.
- **Enfermedad de Crohn.** Se caracteriza por la inflamación del recubrimiento del tracto digestivo, generalmente sus capas más profundas y afecta con mayor frecuencia al intestino delgado. Pero , también puede afectar al intestino grueso y, en raras ocasiones, al tracto gastrointestinal superior.
- **Colitis indeterminada**

En cualquier caso, **además de al sistema digestivo, estas patologías afectan también a otras partes del organismo**.

Patologías con un coste social muy alto

La **enfermedad inflamatoria intestinal suele diagnosticarse en pacientes jóvenes** y, hasta ahora, su incidencia entre la población general española ha sido una incógnita.

Tal y como comenta el **doctor Javier P. Gisbert**, jefe de la Unidad de Atención Integral al Paciente con Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Universitario de La Princesa y jefe de grupo del CIBER de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD).

- **"Es una de las patologías que conlleva un coste social más alto**, por los costes directos e indirectos derivados de la misma. Conocer su incidencia es crucial para poder organizar los recursos sanitarios necesarios para atención de estos pacientes".

Precisamente con el fin de conocer la prevalencia de esta patología intestinal el doctor Gisbert ha trabajado junto con la **doctora María Chaparro**, médico especialista en digestivo en la Unidad de Atención Integral al Paciente con Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Universitario de La Princesa e investigadora de CIBEREHD.

Ambos han liderado el estudio titulado **Incidence, Clinical Characteristics and Management of Inflammatory Bowel Disease in Spain: Large-Scale Epidemiological Study (EpidemIBD)** cuyos resultados están publicados por el Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU).

Eii 13

Resultados del estudio EpidemIBD

El estudio ha incluido a más de **3.600 pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal a lo largo del año 2017**, lo que supone una incidencia de 16 casos por cada 100.000 habitantes al año. **En concreto, 7,5 para la enfermedad de Crohn y 8 para la colitis ulcerosa.**

Estas cifras son superiores a lo descrito previamente en España, y similares a lo observado en países del norte de Europa.

- "Extrapolando estas cifras, podemos estimar que **cada año se diagnostican en nuestro país aproximadamente 10.000 nuevos casos** de EII", aseguraba la doctora Chaparro poco después de hacer público el estudio.

Además, **hasta un 20% de los pacientes con enfermedad de Crohn presentaban complicaciones** (estenosantes o fistulizantes) en el momento del diagnóstico. El estudio destaca la elevada frecuencia de uso de **fármacos biológicos**, principalmente en la enfermedad de Crohn.

El doctor Gisbert explica que gracias al estudio se observó que:

- «El uso de recursos terapéuticos en la EII es elevado y superior a lo descrito previamente. Esta información es de gran valor para todas las partes implicadas en la atención de estos pacientes».

En este sentido, **durante los primeros 12 meses desde el diagnóstico:**

- Un tercio de los pacientes habían recibido tratamiento con **corticoides sistémicos.**
- Una cuarta parte había recibido inmunosupresores
- El 15% biológicos
- El 5% habían sido operados por la EII.

EII 7612

Cifras especialmente elevadas en los pacientes con enfermedad de Crohn

Aproximadamente el 50% de estos pacientes recibieron corticoides sistémicos, el 50% inmunosupresores y aproximadamente el 30% había estado expuesto al tratamiento con biológicos a los 12 meses del diagnóstico.

Además, uno de cada 10 pacientes con enfermedad de Crohn había precisado al menos una **intervención quirúrgica** a lo largo del primer año.

Con respecto a los **ingresos hospitalarios**, un tercio de los pacientes había sido hospitalizado en el primer año desde el diagnóstico.

- **Más del 70% de los ingresos hospitalarios ocurrieron por el brote de debut de la enfermedad**.

En palabras de la doctora Chaparro y del doctor Gisbert:

- «Los resultados de este estudio subrayan la **importancia de la enfermedad inflamatoria intestinal para los sistemas de salud y para la sociedad en general,** que tienen que hacer frente al manejo de una enfermedad tan compleja».

Para alcanzar los objetivos propuestos, han trabajado de forma conjunta más de cien unidades de EII distribuidas por todo el territorio nacional. Con un área total de referencia de más de 22 millones de habitantes adultos. De esta forma, han constituido uno de los **estudios más amplios a nivel mundial** sobre la epidemiología de una enfermedad.

Medios especializados



- 5 de mayo de 2025

Redacción

Las **diferencias por sexo pueden retrasar el diagnóstico y, por tanto, el tratamiento en enfermedades reumáticas**. Además, las **mujeres presentan una mayor prevalencia** de este tipo de patologías. Estas fueron algunas de las conclusiones que se expusieron en el marco del webinar **'Perspectiva de género en las enfermedades reumáticas: una realidad'**, enmarcado en el Día Mundial de la Mujer, desde el Observatorio de Igualdad de la Sociedad Española de Reumatología **(SER)**. En este encuentro, que contó con la participación de las doctoras **Rosario García de Vicuña**, **Elena Aurrecoechea** y **Blanca Hernández**, junto al doctor **Javier Rivera**, función del sexo (biología) y del género (factores sociales, roles y conducta) y cómo estos aspectos afectan a la hora del diagnóstico y tratamiento.

Así, del '**Informe de evaluación de la Estrategia de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas, publicado en 2021**', que analiza las diferencias de género en diferentes patologías como la osteoporosis, la artrosis, los síndromes lumbares y cervicales, la fibromialgia y la artritis reumatoide, se desprende que, en todas ellas, las mujeres presentan una mayor prevalencia. Además, e**sta diferencia se acentúa con la edad**. No obstante, a pesar de esta mayor prevalencia, se reconoce más discapacidad en los hombres. De hecho, las discapacidades derivadas de enfermedades reumáticas representan casi un 30% del total de discapacidades en el Sistema Nacional de Salud.

Las mujeres tienen mayor prevalencia de enfermedades reumatológicas y esta se acentúa con la edad

Las enfermedades inflamatorias y autoinmunes sistémicas también presentan diferencias de prevalencia según el sexo. Como expuso la Dra. Blanca Hernández, reumatóloga del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, «*las enfermedades inmunomediadas se originan por alteraciones en el sistema inmune, y las diferencias genéticas entre hombres y mujeres juegan un papel fundamental en su desarrollo. Es por eso que las mujeres tienen un sistema inmune más reactivo y más propenso a enfermedades del sistema inmune como la enfermedad tiroidea autoinmune, el lupus eritematoso, la esclerodermia…*«.</p>

Sesgos en sintomatología y diagnóstico

En cuanto al **diagnóstico y sintomatología**, el **Dr. Javier Rivera**, reumatólogo que trabaja en la práctica privada y perteneciente al Instituto Nacional del Dolor, matizó que «*la* ***diferencia biológica que existe entre hombres y mujeres condiciona sin duda alguna la presencia de síntomas****». «Mientras en las mujeres, estos tienden a ser más numerosos, más intensos, de mayor duración y con una mayor predisposición a la cronificación. En este contexto, el dolor se convierte en uno de los síntomas más* relevantes, y diversos estudios han evidenciado diferencias en la sensibilidad al dolor, en la forma en que se afronta y en determinados marcadores biológicos que varían según el sexo».

En este mismo sentido, la **Dra. Rosario García de Vicuña**, reumatóloga del **Hospital Universitario de La Princesa** (Madrid), opinó que «estos **sesgos de género pueden generar otro tipo de consecuencias a la hora de establecer el diagnóstico**, llevando a posibles retrasos y dificultando el manejo de la enfermedad. No se pueden tener las mismas recomendaciones, las mismas guías y el mismo libro para hombres y mujeres a la hora de tratar estas patologías».

Como ejemplo, la **Dra. Hernández se refirió a la gota** apuntando que sus «***criterios diagnósticos se asocian con un perfil muy concreto****: un varón de mediana edad con inflamación en el dedo gordo del pie. Sin embargo, en las mujeres, la enfermedad suele manifestarse de forma diferente, apareciendo en edades más avanzadas, tras la menopausia, y afectando con mayor frecuencia a las articulaciones de las manos. Además, suele estar relacionada con insuficiencia renal o con el uso de diuréticos".*

Además de en el diagnóstico, la falta de estudios específicos puede condicionar la respuesta al tratamiento en mujeres

Por otra parte, se hizo referencia a que la falta de estudios específicos sobre las diferencias en la respuesta a tratamientos entre hombres y mujeres también tiene consecuencias importantes. **Históricamente, los ensayos clínicos han tomado como referencia**

mayoritaria a los hombres, **sin considerar las diferencias en farmacocinética y farmacodinámica entre ambos sexos**. Esto es crucial, ya que la distribución de la grasa corporal, la masa muscular y otros factores biológicos pueden afectar la eficacia de los tratamientos. Por ejemplo, enfermedades como la espondiloartritis axial se ha observado una menor respuesta a terapias biológicas en mujeres en comparación con los hombres.

Durante el webinar también se precisó hay **tratamientos ampliamente utilizados en patologías como el lupus y las vasculitis**, como el rituximab, en los que también se han **identificado diferencias de respuesta** dependiendo de quién reciba el medicamento. En este caso, los varones pueden tener una mayor distribución del fármaco y una menor eficacia terapéutica en algunas ocasiones.

Las guías de práctica clínica y recomendaciones terapéuticas se han emitido durante años indistintamente para hombres y mujeres, sin contemplar que las enfermedades pueden manifestarse de manera diferente en cada caso

Durante años, las guías de práctica clínica y las recomendaciones terapéuticas han sido las mismas para hombres y mujeres, sin llegar a contemplar que las enfermedades pueden manifestarse de manera diferente dependiendo del sujeto. "*En el ámbito de la r**eumatología, cada vez hay más evidencia de que el sexo influye no solo en la presentación clínica** de ciertas patologías, sino también en la **manera en*** que se diagnostican y tratan", indica el Dr. Javier Rivera.

En este sentido, se aludió como e**jemplo de esta falta de equidad a la osteoporosis**. Y es que, mientras que su diagnóstico y tratamiento están bien establecidos en mujeres, en los **hombres a menudo se detecta cuando ya se han producido fracturas graves**, como la de cadera.

«*Afortunadamente, en los últimos años se está avanzando en la **inclusión de criterios de diferenciación por sexo en los ensayos clínicos y en la revisión de guías clínicas** con perspectiva de género para lograr una medicina más equitativa y eficaz*«, destacó la Dra. Elena Aurrecoechea, reumatóloga del Hospital Sierrallana.

Con todo lo anterior, una de las principales conclusiones del webinar se fue la necesidad de **aumentar la sensibilidad hacia el impacto de las diferencias biológicas en las enfermedades reumáticas**. Esta recomendación puede ayudar a los especialistas a mejorar la **identificación temprana de síntomas y ajustar los tratamientos** para optimizar la atención y el abordaje en todos los pacientes.

Otros medios



Por **Economía Digital** 6 MAY 2025 13:32

Comentarios

La Comunidad de Madrid logró reducir en marzo la demora media para operaciones y rebajar a mínimos históricos el número de pacientes con largas esperas. En el último año, la red sanitaria madrileña ha aumentado un 21,2 % las intervenciones quirúrgicas para hacer frente al incremento de la demanda

La evolución de las listas de espera quirúrgicas en la Comunidad de Madrid (CAM) ha registrado avances significativos, según los últimos datos del Sistema Madrileño de Salud (SERMAS) correspondientes al mes de marzo. El número total de pacientes en lista de espera estructural se redujo en 281 personas, de 80.075 en febrero a 79.794 en marzo.

El sistema sanitario regional ha logrado mejoras relevantes en varios indicadores clave. Una de las señales más alentadoras es la reducción de los tiempos de espera para operaciones, que pasó de 46,79 días en febrero a 45,98 días en marzo. El tiempo medio de espera para una operación en la CAM se ha reducido un 8,57 % en el último año, desde los 50,29 de marzo de 2024. Este descenso confirma una tendencia positiva en la agilización de los procesos quirúrgicos. Además, la demora media en los casos de pacientes que rechazaron la

derivación también bajó en marzo, situándose en 109,49 días, frente a los 115,89 del mes anterior.

Especialmente significativa es la caída del número de pacientes que acumulan esperas superiores a los 360 días: de 18 casos en febrero se pasó a solo 7 un mes después, lo que representa una reducción del 61%. Esta mejora apunta a una mayor eficiencia en la atención de los casos más sensibles por su prolongada espera. Si lo comparamos con el mismo periodo del año anterior, la reducción es del 83,7%, al haber descendido de 43 pacientes en marzo de 2024 a los 7 actuales.

El sistema sanitario también ha mejorado en capacidad de respuesta. En marzo se realizaron 44.451 intervenciones quirúrgicas, casi 2.628 más que en febrero. De ellas, más de 41.819 correspondieron a pacientes en lista de espera estructural, lo que representa más del 94% del total de salidas. Este incremento ha permitido mantener un equilibrio casi exacto entre el número de nuevos pacientes que entran en lista de espera y los que salen tras ser operados. Hace un año, en marzo de 2024, se realizaron 36.671 intervenciones, por lo que el aumento interanual de intervenciones quirúrgicas ha sido del 21,2%.

Los hospitales de gran complejidad madrileños (Grupo 3), realizan un esfuerzo destacado por su alta demanda para reducir los tiempos de espera quirúrgica y mejorar la atención a los pacientes, lo que se refleja en la evolución positiva de los datos. En esta labor destacan el Hospital Fundación Jiménez Díaz con una espera media de 20,94 días; seguido del Hospital Clínico San Carlos con 50,11 días; el Hospital General Universitario Gregorio Marañón con 53,18 días; el Hospital Universitario La Paz con 54,17 días; el Hospital Universitario La Princesa con 56 días; el Hospital Universitario Ramon y Cajal con 60,50 días y el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda con 62,11 días.

Los datos del Sistema Nacional de Salud (SISLE), correspondientes a diciembre de 2024, atribuyen a Madrid 48 días de espera media para operaciones, lo que la convierte la comunidad con menor espera de toda España, situándose 78 días por debajo de la media nacional de 126 días. Todos los hospitales madrileños -tanto los de alta complejidad como los de media y baja- registran tiempos inferiores a esta media. Incluso el hospital de la región con mayor demora, el Príncipe de Asturias, con 76,75 días, se encuentra 50 días por debajo del promedio nacional.

En España un total de 846.583 pacientes se encuentran pendientes de una operación, lo que representa una tasa de 17,80 pacientes por cada 1.000 habitantes. Madrid, aunque es la comunidad que enfrenta la mayor presión asistencial de todo el territorio nacional, registra también una de las tasas más bajas, según el SISLE, con 10,41 pacientes por cada 1000 habitantes en lista de espera. En autonomías con una demanda asistencial similar a la madrileña, como son Cataluña o Andalucía, la tasa asciende al 25,10 y 23,11, respectivamente.

Aunque los retos siguen presentes, los datos muestran que el sistema sanitario madrileño avanza hacia una mayor agilidad en la atención quirúrgica. Reducir los tiempos de espera -especialmente en los casos más prolongados- y aumentar el número de intervenciones son señales de mejora que, de consolidarse, pueden aliviar la presión sobre los pacientes y el propio sistema.

Medios nacionales



El Hospital Universitario Severo Ochoa, centro sanitario público de la Comunidad de Madrid, ha celebrado la segunda Jornada Multidisciplinar de Neuro-oftalmología, organizada por su Servicio de Oftalmología.

El encuentro ha reunido a más de 80 profesionales sanitarios de distintas especialidades y centros hospitalarios de referencia, reafirmando así el compromiso del centro con el avance de la medicina desde una visión colaborativa.

El acto ha sido inaugurado por la directora médica, María Teresa Requena, el jefe de Oftalmología, Santiago López García, y el director del curso, Ignacio Cañas.

En la apertura se ha destacado la importancia del enfoque multidisciplinar en el manejo de las patologías neuro-oftalmológicas, en las que convergen diferentes áreas clínicas como la oftalmología, la neurología, la radiología, la neurofisiología y la genética.

Un foro de debate para profesionales y pacientes

La jornada se ha estructurado en cinco mesas redondas y tres conferencias magistrales. Como novedad, este año se ha incorporado un bloque centrado en la experiencia del paciente, que ha permitido incluir en el foro las vivencias, necesidades e inquietudes de quienes conviven con estas patologías.

“La neuro-oftalmología representa un ejemplo claro de cómo distintas especialidades deben coordinarse para ofrecer una respuesta clínica eficaz. Esta jornada es un paso más en esa dirección”, ha afirmado Santiago López.

Las mesas han tratado, entre otros temas, el abordaje de la cefalea e hipertensión intracraneal, la actuación ante la diplopía binocular, el papel de los residentes y el uso eficiente de las pruebas complementarias en esta subespecialidad.

Han participado expertos del Hospital Universitario Gregorio Marañón, Hospital Universitario 12 de Octubre, Hospital Universitario La Paz, Hospital Universitario de La Princesa, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Hospital Universitario de Móstoles, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Hospital Universitario General de Villalba y del propio Hospital Universitario Severo Ochoa, así como de Ruber Internacional.

Conferencias magistrales y enfoque integrador

Las ponencias principales han estado a cargo del radiólogo del Hospital La Princesa, Javier Collada, del oftalmólogo, Diego Celdrán, y la genetista, Elena Vallespín, ambos del Hospital La Paz.

Este grupo de expertos ha abordado desde un punto de vista teórico, práctico y genético las enfermedades desmielinizantes y su relación con la neuro-oftalmología.

“Queríamos crear un foro donde todos los implicados, clínicos y pacientes, pudieran hablar, debatir, aprender y avanzar juntos”, señaló Ignacio Cañas, director del curso.

La jornada ha finalizado con una valoración muy positiva por parte de la organización, que subrayó la necesidad de seguir impulsando este tipo de encuentros para mejorar el abordaje integral de la patología neuro-oftalmológica y para acercar esta subespecialidad a oftalmólogos generales y médicos residentes.

Nuevos encuentros en marcha

Desde la organización ya se trabaja en una tercera edición de estas jornadas, en la que se continuará impulsando el enfoque transversal en el estudio y tratamiento de patologías neuro-oftalmológicas.

El objetivo será seguir sumando nuevas voces y actualizar contenidos con el respaldo de la práctica clínica diaria y la experiencia de los pacientes.

Medios Audiovisuales

La 7 CyLTV

INFORMATIVO

Fecha: 10-05-2025 13:58

Duración: 00:26:56



a.hallon.es/view_pdf.php?sid=17405&cid=1451948470

Intervención de la doctora Mónica Mara Azuela, Jefa de Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital de la Princesa, sobre la importancia de la Vitamina D.

Medios nacionales



El primer día que ves un cerebro no se te olvida», dice **Guillermo Blasco** mientras retira con sumo cuidado la meninge que acaba de cortar. El neurocirujano del Hospital Universitario de La Princesa (Madrid) aparta el fino velo de la duramadre y ahí está el lóbulo occipital, latiendo al ritmo que marca el corazón.

Blasco tiene razón: una experiencia así no se borra fácilmente. El pensamiento asalta mientras nos asomamos a la mesa de operaciones: ¿Cuántas ideas, recuerdos y emociones habrá debajo de ese tejido rosado y fragilísimo?

Son poco más de las 10 de la mañana y en el quirófano, bajo la batuta del neurocirujano, otras cinco personas trabajan sincronizadamente, **como si de una coreografía se tratara**, para que nada falle en la intervención. Su objetivo es extirpar la metástasis cerebral que hace solo unos días dejó a Pepe, de 56 años, sin parte de su campo visual.

El tumor, tal como vemos en el monitor, es muy grande, una masa similar a la de una pelota de golf que ha crecido rápidamente.

En menos de 24 horas, este tejido maligno, con sus células aún vivas, estará en el laboratorio, ayudando a los investigadores a luchar contra otros tumores.

Porque **la metástasis de Pepe** -y de otros más de 400 españoles- también están combatiendo el cáncer.

Gracias a donaciones como esta, se está conformando el primer repositorio de muestras vivas de metástasis cerebral en el mundo. Una colección pionera diseñada para acelerar la búsqueda de terapias creada por la Red Nacional Española de Metástasis Cerebrales (RENACER). En el proyecto, coordinado por el Grupo de Metástasis Cerebrales y la unidad de Biobanco del CNIO, participan 20 hospitales de todo el país.

La singularidad de esta colección es que las muestras están vivas. «Se conservan vivas en cultivos en los que las células siguen comportándose de forma similar a como lo hacían en el organismo», explica Manuel Valiente, jefe del grupo de Metástasis Cerebral del CNIO y director científico del proyecto.

Esta peculiaridad hace posible, por ejemplo, estudiar de una forma más precisa la respuesta de las metástasis a fármacos específicos. «Permite hacer ensayos clínicos exvivo, con las muestras del paciente. Testar y validar en muestras humanas vivas los fármacos cuya utilidad se ha probado en ratones permite agilizar la investigación. Supone dar un paso muy importante para acercar los ensayos clínicos», señala el investigador.

La estrategia, continúa, también permite crear avatares de cada paciente, una especie de *gemelo de laboratorio* que haga posible analizar, de manera personalizada, los tratamientos más efectivos en cada caso.

«Creo que el proyecto tiene un gran potencial transformador», subraya Valiente, quien recuerda que en los casi cuatro años que lleva en funcionamiento la red ya se han obtenido resultados notables.

UN RETO LOGÍSTICO

Conseguir que las muestras lleguen vivas desde la mesa de operaciones al laboratorio no es, sin embargo, tarea fácil. Supone todo un desafío que exige una intrincada logística y una exquisita coordinación entre los participantes de la red.

Lo comprobamos de primera mano, acompañando a la metástasis de Pepe -de quien no daremos más datos para proteger su identidad- en su viaje del quirófano al laboratorio.

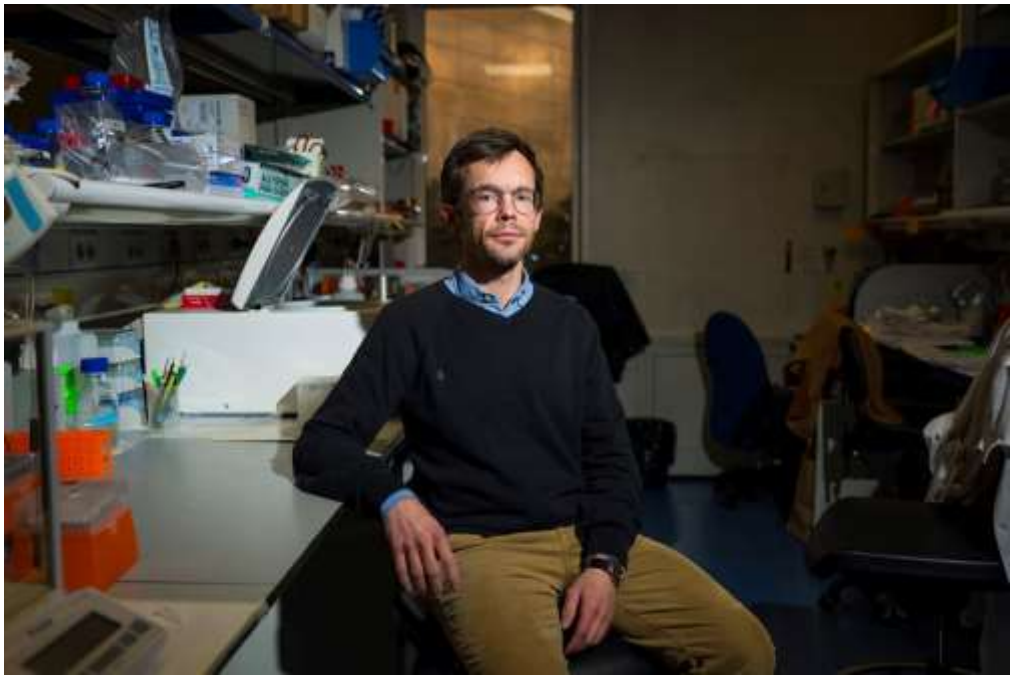
El periplo arranca en la propia mesa de operaciones, donde los cirujanos han logrado rodear el tumor y, con pericia, han extraído la metástasis en bloque.

«A diferencia de otros tumores cerebrales, que tienen unos límites más difusos, en la mayoría de las metástasis se diferencia perfectamente el tejido tumoral del tejido sano», apunta **José Fernández Alén**, jefe de servicio de Neurocirugía en Hospital Universitario de la Princesa, también presente en la intervención. Esta era una metástasis relativamente superficial, asegura. «Una operación bastante rutinaria». Suena una canción de Adele cuando sale la masa tumoral, pero en la lista, llamada «quirófano», hay de todo, desde Los Planetas a Van Morrison pasando por Sabina.

Rápidamente, la pelota de tejido pasa a una bandeja estéril donde se corta. La mayor parte irá directamente al servicio de **Anatomía Patológica**, donde la estudiarán y afinarán el diagnóstico molecular. Pero junto a una muestra de sangre periférica, un buen trozo sale ya de quirófano en un contenedor especial, almacenado en un medio de cultivo que se encuentra a una temperatura de cuatro grados centígrados y que recogerá, en solo unas horas, una empresa de transportes especializada en la gestión de muestras biológicas.

Esté donde esté el quirófano donde se haya realizado la intervención (participan en la red centros de Madrid, Galicia, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña o Navarra), las muestras deben llegar en menos de 24 horas al biobanco del CNIO, en Madrid, donde estarán pendientes de su llegada para proceder con rapidez.

«Todas las semanas hablamos para avisar de las intervenciones que tenemos y coordinarlo todo», señala Blasco. Solo en esta semana, La Princesa ha enviado tres metástasis a la red.



Del transporte del tumor de Pepe se encarga **Montse Martínez**, de la empresa ARP Logística Clínica. «Somos muy conscientes de que no llevamos patatas, sino algo que está vivo y hay que mimarlo», subraya, mientras coge con cuidado la caja que contiene el contenedor especial con el tumor.

Durante el trayecto, la temperatura se monitoriza continuamente para garantizar que no se rompa en ningún momento la cadena del frío. Recibe la muestra en el CNIO **Cecilia Sobrino**, la responsable de su procesamiento. Lleva un rato pendiente de la llegada de la metástasis, preparando todo lo que va a tener que utilizar. Antes de abrir con precaución la caja dispone varios recipientes con hielo, «para mantener la muestra fría». También comprueba que toda la documentación y el consentimiento informado del paciente están en orden, tras lo que prepara la campana de bioseguridad, donde trabajará durante horas.

«Todas las muestras humanas en fresco se consideran potencialmente infectivas», explica. «Siempre hay que manejarlas en condiciones de bioseguridad, por lo que utilizamos estas campanas de nivel 2, que ponen una barrera de aire entra la muestra y la persona que la está manejando».

Lo primero es preparar los cultivos necesarios para el cribado farmacológico. En todo momento, Sobrino está en contacto directo con el equipo de Manuel Valiente, que espera que la muestra esté lista para probar la utilidad de diferentes terapias. Pero, además, parte de ese tejido también se congelará. Y otras pequeñas porciones se guardarán en parafina que hacer chequeos histológicos e inmunohistoquímicos. De la sangre periférica se almacenará plasma y un enriquecido de linfocitos que servirá, por ejemplo, para extraer ADN...

«Cuando hay líquido cefalorraquídeo se alicuota y se guarda también. Intentamos recoger y mantener muchos tipos de muestras diferentes. Se intenta extraer de ellas la mayor cantidad posible de información para que pueda usarse en todo tipo de investigaciones», explica **María Jesús Artiga**, directora del Biobanco del CNIO, quien subraya que la colección «está abierta y a disposición de la comunidad científica». Las muestras son la base del repositorio, recuerda Artiga.

«Son un verdadero tesoro que cuidamos como tal». Pero para que estos tejidos sean útiles a la ciencia es fundamental que estén acompañados de información clínica, de cuya recopilación también se encarga el Biobanco, continúa la investigadora.

Con el consentimiento del paciente y todas las garantías éticas y legales, la red recoge todo tipo de datos: desde la edad, el diagnóstico, o el tipo de tumor primario que ha generado la metástasis, a los tratamientos que ha recibido a lo largo del tiempo y su respuesta a los mismos... El propósito es registrar toda la evolución de la enfermedad.

Carmen Ortega es la *data manager* que se encarga de recopilar todos los datos en coordinación con los hospitales. «**Esa información permite formular hipótesis.** Es fundamental para entender la biología de la metástasis o para saber, por ejemplo, por qué algunos pacientes no están respondiendo al tratamiento», explica. Todas las muestras se someten además a una caracterización genómica y análisis computacional para estudiar sus variaciones genéticas y moleculares.

«Tenemos la capacidad de analizar grandes volúmenes de datos y hemos desarrollado metodologías que nos permiten asociar los genes que están alterados con tratamientos», apunta **Fátima Al-Shahrour**, jefa de la Unidad de Bioinformática del CNIO.

Además, la red está incorporando al repositorio datos de imagen, de escáneres a los que se han sometido los pacientes, para correlacionar también esa información con la ya almacenada y que, en el futuro, pueda servir para poder llevar a cabo una evaluación no invasiva del estado de la enfermedad.

También pretende, mediante modelos matemáticos, poder predecir la respuesta a los tratamientos. Por otro lado, la red está implementando distintos proyectos pilotos para incluir en la colección datos obtenidos a partir de test neurocognitivos y de calidad de vida.

«Nuestro objetivo es tener en unos años una base de datos del **perfil cognitivo** de los pacientes que se podrá correlacionar con la imagen, con la respuesta a los fármacos, con los datos moleculares, etc. La meta es tener una imagen global de la metástasis cerebral», resume Valiente.

Obtener toda esa batería de datos supone un esfuerzo extra para los profesionales médicos implicados en RENACER pero «merece la pena», señala **Adolfo de la Lama**, neurocirujano en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, uno de los centros -junto a La Princesa y el 12 de Octubre de Madrid- que más muestras han aportado a la red.

«Con la carga asistencial es complicado encontrar momentos para la investigación. Muchas veces lo tenemos que sacar de nuestro tiempo libre y no recibimos nada por

ello, pero personalmente creo que es algo que éticamente hay que hacer. Creo que aunque sea un trabajo extra, este tipo de redes puede aportar mucho a la supervivencia de los pacientes», señala. Pronuncia casi las mismas palabras **Ángel Pérez**, neurocirujano del Hospital 12 de Octubre de Madrid y vicedirector de RENACER, que señala que la red colaborativa ya está dando frutos palpables.

Gracias a esta colección, se ha podido hallar un mecanismo de resistencia a la radioterapia que puede cortocircuitarse con un fármaco ya disponible. A día de hoy hay un ensayo clínico en marcha para evaluar si, mediante un **análisis de sangre**, es posible identificar a los pacientes que no van a responder al tratamiento para utilizar en ellos esa medicación que bloquea la resistencia, explica Pérez.

La red también ha contribuido al diseño de una estrategia para romper una de las estratagemas que utiliza el cerebro para crecer en un medio hostil para él, como el cerebro: la corrupción de algunas células cerebrales -un tipo de astrocitos- para que trabajen en su beneficio. El equipo de Valiente encontró un fármaco que es capaz de interponerse en ese truco del cáncer para que no surta efecto. Tras probarlo en el laboratorio, con ratones, validaron después su efectividad en muestras de RENACER y ahora hay un ensayo clínico en marcha con el medicamento en cuestión, la **silibinina**, en casos de metástasis cerebral.

«Esta red es una estrategia que contribuye tanto a mejorar el conocimiento como las **alternativas de tratamiento y diagnóstico**. Y además acerca a diferentes grupos involucrados en este campo, pacientes, investigadores, biobanco y profesionales sanitarios», señala Valiente.

Desde el Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC), consideran que «RENACER representa un avance extraordinario en la investigación contra el cáncer, especialmente en el abordaje de las metástasis cerebrales, que son una de las principales causas de mortalidad oncológica», señala la presidenta de la entidad, **Begoña Barragán**. Y añade: «al disponer de muestras vivas de tumores, se pueden estudiar mejor las características de las metástasis, probar distintos tratamientos de forma personalizada y acelerar el desarrollo de terapias más eficaces.

Medios locales



Rebeca Gil

15 MAY 2025 15:00

Actualizada 16 MAY 2025 12:54

Desde hace un par de años una de las enfermedades sobre las que más se habla en ámbitos tan dispares como las consultas médicas o las redes sociales, es **el sobrecrecimiento bacteriano en el intestino (SIBO)**. Esta patología se define como la presencia de un excesivo número de bacterias en el intestino delgado.

Y como consecuencia de ello pueden aparecer síntomas gastrointestinales tan inespecíficos, como hinchazón, dolor abdominal, meteorismo (exceso de gas dentro del intestino), ruidos intestinales (borborigmos), flatulencia, diarrea o estreñimiento.

Molestias que son comunes a muchas otras patologías digestivas, sobre todo, "enfermedades funcionales digestivas, como el Síndrome del Intestino Irritable (SII) o la dispepsia funcional" o la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).

Por eso, **"sin un correcto diagnóstico los síntomas pueden no estar provocados por el SIBO y recidivarán a pesar del tratamiento pautado"**, señala el doctor Cecilio Santander, experto de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) y jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de La Princesa (Madrid).

Y es precisamente este punto el que preocupa a los especialistas en digestivo, **porque la popularización del SIBO ha llevado a una situación de sobrediagnóstico, resultando así un diagnóstico incorrecto e infructuoso el tratamiento ofrecido.**

Cambios en los criterios diagnósticos

Como señala el doctor Santander, para evitar en la medida de lo posible el diagnóstico equivocado, es necesario precisar los criterios diagnósticos.

La forma más certera de diagnosticar el SIBO sería la realización de una gastroscopia para tomar una muestra del líquido intestinal y realizar un cultivo.

El problema es que "es una prueba invasiva y costosa", por lo que, de forma alternativa, se emplean métodos indirectos, como es el **test de aire espirado (TAE) que "presenta una especificidad más baja, en torno al 83%".**

Además, para realizar este test el paciente debe tomar un preparado que, en general contiene una azúcar sintética llamada lactulosa, aunque el doctor Santander recomienda el uso de la glucosa en esta prueba, ya que ofrece una mayor especificidad y sensibilidad.

En todo caso, **un correcto diagnóstico del SIBO requiere una indicación adecuada del test a utilizar y, sobre todo, "que esos resultados sean evaluados por personal formado y experto en la interpretación de los tests funcionales digestivos"** porque si no, "se hace un uso generalizado de estas pruebas" que, "sin estrategias de diagnóstico previas llevarán a un tratamiento ineficaz".

Por otro lado, "teniendo en cuenta que hasta un 20% de personas sanas puede resultar positivas en los test indirectos de SIBO", declara.

- "Hay que elegir cuidadosamente la prueba diagnóstica para emplearla en pacientes bien seleccionados".

Dentro de este tipo de pacientes destacan a aquellos que más probabilidades tienen de sufrir SIBO, como los que han sido sometidos a cirugías intestinales o que padecen alguna enfermedad que altera la motilidad intestinal.

Un tratamiento que alivie los síntomas

Otro de los problemas con el que se encuentran los expertos es que al estar sobrediagnosticado, los tratamientos usados para el SIBO, como los antibióticos, pueden estar tomándose sin necesidad ello y sin acabar con la causa de las molestias gastrointestinales.

Como explica el doctor, **el SIBO es consecuencia de una causa subyacente y "esa es la verdadera estrategia diagnóstica" porque si no se identifica esa causa "no podemos revertir o mejorar el SIBO".** Por esto, el tratamiento "debe centrarse en mejorar el síndrome clínico y no limitarse a negativizar el test de aire espirado", así como tampoco debe hacerse uso de antibióticos de forma sistemática en pacientes con patologías funcionales muy prevalentes como el Síndrome del Intestino Irritable (SII).

En definitiva, el especialista en digestivo señala que el objetivo esencial del tratamiento debe ser que el paciente mejore de sus síntomas, y esto solo va a ser posible si, además de estar correctamente diagnosticado, cuenta con profesionales médicos especializados en este síndrome,.

- "Un diagnóstico inadecuado de SIBO conduce a un tratamiento ineficaz que retrasará la identificación de la patología que ocasiona los síntomas del paciente

HOY

Aula de Cultura HOY

«Los médicos solo prohibimos y hay que dar alternativas en alimentación»

El nefrólogo Borja Quiroga presentó su nuevo libro en el Aula de Cultura HOY en el que destaca la importancia de la prevención



Natalia Reigadas

Badajoz

Jueves, 15 de mayo 2025, 07:45 | Actualizado 08:23h.

ComentaCompartir

La sal sobrecarga las arterias y cuando un paciente acude a la consulta de su médico, el especialista se la prohíbe. «Pero la gente no come lechuga sin sal y lo que hacen, como queda sosa, es dejar de comer lechuga. Los médicos solo prohibimos, pero debemos dar alternativas a la alimentación».

Tras esta reflexión está **Borja Quiroga Gil**, nefrólogo del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid, que ayer presentó en Badajoz su nuevo libro, 'Por mis riñones que hoy como bien'. Este texto sí ofrece esas alternativas, en el caso de la lechuga, por ejemplo, servirla con aceites aromáticos.

El libro de Quiroga, que va por su novena edición, fue presentado ayer en la sede de Cajalmendralejo en San Francisco dentro del Aula de Cultura HOY. La publicación intercala los consejos médicos con recetas y diálogos con el chef Miguel Cobo, que tiene una estrella Michelin, y ha colaborado en la publicación. «Quise hacer un diálogo entre amigos», indicó Borja Quiroga sobre el proyecto.

Lo interesante del proyecto es que no se basa en las prohibiciones, sino en usar nuevas técnicas con alimentos habituales como alternativas sanas. En cuanto a la dieta nefroprotectora, el experto ofreció unos consejos básicos a los pacenses que acudieron a escucharle. «La dieta mediterránea, nada que no sepamos. Evitar sal, azúcar y ultraprocesados y empoderarnos, leer las etiquetas de lo que comemos», indicó y añadió que estas recomendaciones «sirven para los que tienen enfermedad renal y para los que no quieren ser pacientes».

En el evento, la presentadora Marisa García, periodista del diario HOY, destacó que el libro revela que hay seis millones de personas con enfermedades renales en España y la mitad lo desconocen, ya que suelen mostrar síntomas cuando ya son patologías graves. Por esa razón es importante la prevención y la detección temprana. A este respecto, Quiroga indicó que hay una falta de interés por la nefrología y también falta de compromiso político. «Una persona que inicia diálisis con 40 años ve reducida su esperanza de vida de 86 u 87 a 60 años. Con tratamiento al iniciar la enfermedad, se retrasaría la necesidad de hacer diálisis. Al político no le interesa detectar la enfermedad ahora cuando los efectos serían en 20 años».

El nefrólogo propone un cribado nacional para detectar patologías que defiende que sería mucho más barato que dejar que los pacientes se agraven. Detectar una patología de este tipo cuesta un euro (análisis de sangre y orina) y tratarla 5.000 euros al mes en diálisis.

Hormona antienvejecimiento

También reveló que el riñón tiene la hormona antienvejecimiento, la proteína klotho, recientemente descubierta. «Una enfermedad renal envejece». «En el año 2050 serán la tercera causa muerte en España y además los estudios dicen que será la única causa de muerte que seguirá subiendo».

El nefrólogo del Hospital de la Princesa fue muy crítico con los alimentos ultraprocesados que calificó como «tóxicos» e indicó que deberían prohibirse. Aseguró que el fósforo que llevan reducen el nivel de klotho, es decir, también envejece a sus consumidores. A este respecto también recomendó el ejercicio para mantener el nivel de esta proteína.

Sobre el consumo de agua, recordó que el mínimo es 1,2 litros al día pero advirtió que no es igual para cada persona. «Hay que fiarse de la sed», recomendó. En caso de no detectar la sed, hay que «autodiagnosticarse». «Por ejemplo pellizcarse, si se queda el pliegue, esa persona esta deshidratada. Hay que conocerse».

Además de los consejos clásicos, el libro rompe con algunas creencias, como el peligro del café, «una bebida demonizada», indicó Quiroga Gil. Eso sí, recomendó el café natural, no torrefacto. «El café natural está repleto de antioxidantes, tanto con cafeína como sin cafeína. Se puede tomar hasta cinco tazas de café al día, está demostrado científicamente».

Medios especializados



Su descubrimiento se produjo de manera fortuita en 1997 y, desde entonces, las investigaciones sobre su papel han ido en aumento
15 may 2025 . Actualizado a las 13:13 h.

Los riñones albergan el elixir de la eterna juventud. En 1997, **el doctor japonés Kuro-o** descubrió, de casualidad, cómo el sistema renal puede actuar como una fuente de envejecimiento a través de la proteína klotho. «De manera inadvertida, en su laboratorio, seleccionó a un grupo de ratones a los que se les eliminó la expresión de klotho», cuenta **Borja Quiroga**, nefrólogo en el Hospital Universitario de la Princesa, de Madrid, y vocal de la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.).

Lo que sucedió no se lo esperaba nadie. Los roedores a los que se les había retirado esta proteína envejecían a una velocidad mucho más rápida y la muerte,en ellos, se adelantaba. «En lugar de vivir tres años, que es lo normal, vivían tres meses y se morían, por así decirlo, de viejos», asegura Quiroga. A raíz de este hallazgo, el klotho se convirtió en objeto de estudio.

Casi treinta años después, se conocen muchos aspectos de esta molécula. Se trata de una proteína presente en la membrana celular y en la circulación sanguínea donde funciona como una hormona antienvejecimiento. Debe su nombre a la hija menor de Zeus, que manejaba los hilos del destino y de la vida de todos los humanos. La vida continúa mientras ella trenzaba las hebras, pero con un simple tijeretazo podría provocar la muerte.

Emilio Sánchez, presidente de la S.E.N., explica que el riñón tiene funciones más allá de lo que todos conocen, la producción de orina. El especialista lo describe como un órgano endocrino: «El riñón produce muchas hormonas, entre ellas, la eritropoyetina, para la anemia; la renina para el control de la tensión arterial; la vitamina D activa, que aunque se llame vitamina es una hormona, así como la klotho», destaca el profesional.

Mitología aparte, la proteína Klotho «muestra el impacto que tiene el riñón en la salud», apunta el vocal de la S.E.N. ¿La razón? La principal fuente de su producción son estos dos órganos con forma de habichuelas. Las células renales secretan Klotho al medio que las rodea, y llega al resto de órganos a través de la circulación sanguínea.

Por esta razón, los pacientes de enfermedad renal crónica tienen unos niveles circulantes menores que la población sana. Sucede lo mismo en aquellos que reciben diálisis. Este efecto, que permite hablar de envejecimiento, se traduce en un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y óseas. Precisamente, en roedores se observó que unos bajos niveles de esta proteína provocan lesiones vasculares y muerte prematura. En cambio, un exceso de ella prolonga su vida.

El klotho contribuye al antienvejecimiento porque, entre sus funciones, se encuentra la regulación del metabolismo del fósforo y acciones antioxidantes. Precisamente, la inflamación y el estrés oxidativo son dos factores que favorecen el envejecimiento, es más, se han relacionado con patologías que son más frecuentes a medida que uno cumple años como las cardiovasculares o el cáncer.

Si bien para los expertos consultados es más que evidentes que los niveles de klotho están alterados en pacientes de enfermedad renal, «en personas sanas con determinados hábitos dietéticos, como un consumo desproporcionado de fósforo, que forma parte de los aditivos utilizados habitualmente, impacta de manera negativa en la cantidad disponible de klotho», señala Quiroga. Precisamente, el nefrólogo recuerda que si alguien desea, tal siquiera, intentar alcanzar la longevidad, tendría que empezar por el cuidado y la preservación de lso riñones.

Las investigaciones centradas en el klotho han crecido en los últimos años, ya que tiene un papel importante en la salud musculoesquelética y la función física. Por ejemplo, se conoce su efecto en la regeneración muscular, en la biogénesis mitocondrial, en la función endotelial, y en los ya mencionados, estrés oxidativo e inflamación. Todo ello clave para la salud, no solo de pacientes renales, sino también de adultos mayores, pues los niveles de esta proteína también se reducen a medida que pasan los años.

Así, según un estudio publicado en la revista *Frontiers*, en el 2022, la investigación en modelos animales sugirió que mejorar los niveles de esta sustancia puede repercutir de manera positiva la fuerza, la calidad y la recuperación del músculo esquelético después de una lesión y, por lo tanto, puede representar un nuevo agente ergogénico. Por eso, concluían dejando la puerta abierta a emplear esta proteína como una estrategia prometedora para prevenir y revertir la sarcopenia y enfermedad cardiovascular en poblaciones de riesgo. En esta misma línea, otro estudio publicado en *Antioxidant*s, en el 2023, concluía que el klotho puede ser un interesante tratamiento antioxidante y protector de las mitocondrias.

Enfermos renales y población general, mejor no pasarse con el fósforo

El **fósforo** es un mineral que tiene presencia en cada una de las células del organismo. Se encuentra, en su mayoría, en estructuras como los huesos y los dientes. El cuerpo necesita este micronutriente para producir energía y realizar muchos procesos químicos, pero siempre debe tener un límite en lo que a cantidades se refiere. Cuando la concentración en sangre de fósforo es demasiado elevada se tiene que eliminar de forma inmediata. Precisamente, en esta tarea vital, el órgano con más protagonismo es el riñón.

«La cantidad de fósforo diaria que el ser humano necesita no superar nunca es de 1.000 miligramos y el dintel tóxico se establece en 4.000 miligramos», expone Quiroga, autor del libro Por mis riñones que hoy como bien. Como puede ser tóxico, cuando sus concentraciones en sangre han superado los límites, el organismo activa mecanismos para favorecer su eliminación a través de la orina. «A mis alumnos les suele decir que cuando el riñón empieza a fallar, en las primeras etapas de la enfermedad, empezamos a retener fósforo y eso pone en marcha sistemas deletéreos», destaca. Una de las consecuencias que puede provocar es que se una al calcio de la sangre y se deposite en los vasos, lo que aumenta el riesgo de infarto. Además, para Quiroga, la hiperfosforemia tiene un impacto aún mayor: reduce los niveles de klotho.

La dieta es un buen camino para evitarlo, ya que los alimentos procesados y ultraprocesados son una fuente de fósforo oculto. «La mayoría de ellos contienen entre 200 y 300 miligramos por cada cien gramos de alimento, y son especialmente relevantes en los embutidos, en las carnes procesadas y en los refrigerados», destaca Quiroga. Un abecé que la población general debe limitar en su día a día. El doctor Emilio Sánchez lo explica mediante un ejemplo: «En el supermercado, te puedes encontrar una lasaña buenísima por 2,40 euros. Si la comes un día, no pasa nada. Pero lo que no se puede hacer es comer hoy lasaña, mañana albóndigas de bote y pasado una pizza. Todo eso lleva una serie de aditivos que impactan directamente en los riñones», precisa el presidente de los nefrólogos.

Ahora bien, el rizo se riza todavía más con los pacientes renales. Ellos deben hilar, con su nefrólogo, mucho más fino. Para ellos, «las recomendaciones incluyen limitar la ingesta de productos lácteos, tomar con precaución las carnes roja y los pescados azules, eligiendo preferentemente carnes y pescados blancos; moderar el pan, eliminando lo integral y,sin duda, eliminar radicalmente los productos procesados», resume el vocal de la S.E.N.

Eso sí, Sánchez recuerda que los riñones, al igual que otros órganos como el corazón, no solo se benefician de una dieta saludable, «sino que también se ven afectados, para bien y para mal, por el nivel de hidratación, por el ejercicio físico, por el tabaquismo y por la obesidad», concluye.

Medios locales



Levante
EL MERCANTIL VALENCIANO

ÚLTIMA HORA Cae el 112 por una incidencia nacional y Emergencias habilita un nuevo teléfono

DIGESTIVO

Tripa hinchada, gases, estreñimiento... ¿Crees que podrías tener SIBO, la enfermedad de la que todos hablan?

Los especialistas en digestivo advierten de que "sin un correcto diagnóstico los síntomas pueden no estar provocados por el SIBO y recidivarán a pesar del tratamiento pautado".

PUBLICIDAD
Hay razones que mueven más que el dinero: las personas.
Ver más

Rebeca Gil

Desde hace un par de años una de las enfermedades sobre las que más se habla en ámbitos tan dispares como las consultas médicas o las redes sociales, es **el sobrecrecimiento bacteriano en el intestino (SIBO)**. Esta patología se define como la presencia de un excesivo número de bacterias en el intestino delgado.

Y como consecuencia de ello pueden aparecer síntomas gastrointestinales tan inespecíficos, como hinchazón, dolor abdominal, meteorismo (exceso de gas dentro del intestino), ruidos intestinales (borborigmos), flatulencia, diarrea o estreñimiento.

Molestias que son comunes a muchas otras patologías digestivas, sobre todo, "enfermedades funcionales digestivas, como el Síndrome del Intestino Irritable (SII) o la dispepsia funcional" o la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).

Por eso, **"sin un correcto diagnóstico los síntomas pueden no estar provocados por el SIBO y recidivarán a pesar del tratamiento pautado"**, señala el doctor Cecilio Santander, experto de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) y jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de La Princesa (Madrid).

Y es precisamente este punto el que preocupa a los especialistas en digestivo, **porque la popularización del SIBO ha llevado a una situación de sobrediagnóstico, resultando así un diagnóstico incorrecto e infructuoso el tratamiento ofrecido.**

Como señala el doctor Santander, para evitar en la medida de lo posible el diagnóstico equivocado, es necesario precisar los criterios diagnósticos.

La forma más certera de diagnosticar el SIBO sería la realización de una gastroscopia para tomar una muestra del líquido intestinal y realizar un cultivo.

El problema es que "es una prueba invasiva y costosa", por lo que, de forma alternativa, se emplean métodos indirectos, como es el **test de aire espirado (TAE) que "presenta una especificidad más baja, en torno al 83%".**

Además, para realizar este test el paciente debe tomar un preparado que, en general contiene una azúcar sintética llamada lactulosa, aunque el doctor Santander recomienda el uso de la glucosa en esta prueba, ya que ofrece una mayor especificidad y sensibilidad.

En todo caso, **un correcto diagnóstico del SIBO requiere una indicación adecuada del test a utilizar y, sobre todo, "que esos resultados sean evaluados por personal formado y experto en la interpretación de los tests funcionales digestivos"** porque si no, "se hace un uso generalizado de estas pruebas" que, "sin estrategias de diagnóstico previas llevarán a un tratamiento ineficaz".

Por otro lado, "teniendo en cuenta que hasta un 20% de personas sanas puede resultar positivas en los test indirectos de SIBO", declara.

- "Hay que elegir cuidadosamente la prueba diagnóstica para emplearla en pacientes bien seleccionados".

Dentro de este tipo de pacientes destacan a aquellos que más probabilidades tienen de sufrir SIBO, como los que han sido sometidos a cirugías intestinales o que padecen alguna enfermedad que altera la motilidad intestinal.

Un tratamiento que alivie los síntomas

Otro de los problemas con el que se encuentran los expertos es que al estar sobrediagnosticado, los tratamientos usados para el SIBO, como los antibióticos, pueden estar tomándose sin necesidad ello y sin acabar con la causa de las molestias gastrointestinales.

Como explica el doctor, **el SIBO es consecuencia de una causa subyacente y "esa es la verdadera estrategia diagnóstica" porque si no se identifica esa causa "no podemos revertir o mejorar el SIBO".** Por esto, el tratamiento "debe centrarse en mejorar el síndrome clínico y no limitarse a negativizar el test de aire espirado", así como tampoco debe hacerse uso de antibióticos de forma sistemática en pacientes con patologías funcionales muy prevalentes como el Síndrome del Intestino Irritable (SII).

En definitiva, el especialista en digestivo señala que el objetivo esencial del tratamiento debe ser que el paciente mejore de sus síntomas, y esto solo va a ser posible si, además de estar correctamente diagnosticado, cuenta con profesionales médicos especializados en este síndrome,.

Medios nacionales

SOCIEDAD

La Fundación Jiménez Díaz, el hospital de gran complejidad con menor espera para consultas externas

Madrid se sitúa muy por debajo de la media nacional en tiempos de espera para una cita con el especialista

RELACIONADO
Madrid se consolida como la comunidad con menor demora para operaciones, según los datos del Sistema de Listas de Espera
Las listas de espera quirúrgicas siguen bajando en la Comunidad de Madrid

ELPLURAL.COM
14/05/2025 - 10:31



Para conseguir una cita con el especialista, los tiempos de espera suelen ser elevados, especialmente en determinadas especialidades médicas. La media nacional se sitúa en 105 días, según los últimos datos del **Sistema de Listas de Espera (SISLE)** correspondientes a diciembre de 2024. En la Comunidad de Madrid **los tiempos de espera se reducen a 72 días**, más de un mes de espera por debajo de la media nacional.

Algunos **hospitales de la Comunidad de Madrid** logran reducir aún más los tiempos. Según los últimos datos recopilados por el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), correspondientes al mes de marzo, entre toda la red sanitaria madrileña, los hospitales de gran complejidad (Grupo 3) donde menos hay que esperar para una consulta con el especialista son: en primer lugar, la Fundación Jiménez Díaz, con 27,14 días; seguida del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, con 34,62 días; el Hospital 12 de Octubre, con 56,76 días y el Hospital Clínico San Carlos, con 56,89 días. Rebasan los dos meses de espera el Hospital Universitario de la Princesa, con 61,13 días; el Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, con 80,28 y el Hospital Universitario Ramon y Cajal, con 81,96.

Cerrando la lista de los grandes hospitales madrileños se encuentra el Hospital Universitario La Paz, que supera los tres meses de espera, con 96,30 días.

Menos tiempo de espera para citas médicas

La Comunidad de Madrid ha logrado **una mejora notable en sus listas de espera** para consultas externas en el último mes, tanto en volumen como en los tiempos de demora. Según los últimos datos del SERMAS, el número total de pacientes en espera estructural para una primera consulta con el especialista bajó en febrero de 737.846 personas a 732.601 en marzo, lo que supone una reducción de más de 5.245. Otro buen indicador es que se ha reducido el tiempo medio de espera en Madrid para una consulta externa. Bajó más de dos días, de 65,82 en febrero a 63,55 en marzo.

La **Sanidad madrileña** ha mejorado su capacidad de respuesta en el último mes. En **comparación con febrero**, cuando se registraron 523.278 nuevas solicitudes, marzo cerró con 532.341 incorporaciones a la lista. Sin embargo, lejos de colapsar, el sistema también incrementó el número de salidas: 499.850 pacientes fueron atendidos frente a los 484.564 del mes anterior.

Esta mayor actividad asistencial se reflejó en el número de consultas efectivamente realizadas, que pasó de 410.004 en febrero a 421.722 en marzo. Como consecuencia, la tasa de pacientes atendidos por cada 1.000 habitantes también aumentó, de 58,08 a 59,74. Esta evolución apunta a un esfuerzo no solo por asumir una mayor carga asistencial, sino también por agilizar los tiempos de espera y mejorar la respuesta a las necesidades de los ciudadanos.

Otro dato destacable es la **reducción de la espera media estructural** para los pacientes que fueron atendidos en primera consulta, que bajó de 43,17 a 42,08 días. La demora media prospectiva (la que se estima para los que están actualmente en espera) también mejoró: de 47,34 a 46,17 días.

Otros medios



La charla, amena y cercana, incluyó además una exposición de experiencias internacionales de referencia como el programa NeuroPong en Estados Unidos, el movimiento PingPongParkinson presente en más de 30 países, o el estudio piloto Pimpón Park en el Hospital de La Princesa (Madrid), donde se están observando mejoras significativas en pacientes con Parkinson mediante sesiones supervisadas de tenis de mesa.

El proyecto “Salud y Tenis de Mesa” del CDTM HUJASE JAÉN se plantea como una intervención adaptada, segura e inclusiva, que combinará sesiones de entrenamiento con talleres, jornadas abiertas y actividades intergeneracionales. Todo ello con el propósito de presentarlo ante instituciones sanitarias y sociales para su implementación en la temporada 2025/2026.

La charla concluyó con una llamada a la participación activa y la invitación a la jornada de puertas abiertas que tiene lugar este sábado, 10 de mayo en el CDM La Salobreja, donde se celebrará una mañana de deporte, convivencia y salud.

Con iniciativas como esta, HUJASE JAÉN no solo demuestra su excelencia en las competiciones, sino también su firme compromiso con una sociedad más activa, inclusiva y saludable.

Medios especializados

diariofarma

NEWSLETTER

Terapéutica

La SEFH señala la importancia de analizar PROMs y PREMs en la atención a la hidradenitis

La sociedad científica presenta su guía práctica farmacéutica para la atención a esta patología



• Diariofarma
• 19 MAYO 2025 - 10:45

La **Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)** ha presentado en una sesión webinar el documento **'Guía de práctica farmacéutica en Hidradenitis'.** En el proyecto han participado 9 autores, farmacéuticos especialistas de centros hospitalarios de toda España junto a un dermatólogo. Esta sesión y la elaboración del documento han contado con la colaboración de **Novartis**.

Esther Ramírez farmacéutica del hospital La Princesa de **Madrid** y coordinadora de la guía junto al dermatólogo Antonio Martorell; ha señalado que la guía, al igual que las anteriores, mantiene la misma estructura de capítulos y cuenta con un anexo de PRO (Patient Reported Outcomes, resultados reportados por los **pacientes**), "al ser la hidradenitis una patología inmunomediada que genera impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes que la padecen y que consideramos importante incluir estos cuestionarios validados como herramienta de medida de PRO". También destacó que el objetivo de la guía es eminentemente práctico y que lo que se pretende es que sea de utilidad en el día a día de las consultas de **atención farmacéutica**.

Durante el webinar, Pilar López, farmacéutica del Hospital Universitario **Joan XXIII** de Tarragona, presentó la aplicación práctica de la guía a través del caso clínico de Lucía, una paciente joven con **obesidad** y comorbilidades asociadas, que permitió ejemplificar cómo implementar las recomendaciones de la guía en la práctica asistencial. A lo largo de la exposición se abordaron los principales capítulos del documento: desde la visita inicial (capítulo 2), con validación del tratamiento, educación sanitaria y entrevista motivacional, hasta el seguimiento farmacoterapéutico (capítulo 3),

utilizando herramientas como HiSCR, IHS4 y escalas de calidad de vida. También se aplicó el modelo de estratificación (capítulo 4), clasificando a Lucía como paciente de prioridad 2, lo que permitió adaptar el tipo y frecuencia de las intervenciones farmacéuticas.

Finalmente, se revisaron los criterios de finalización del tratamiento/derivación al dermatólogo recogidos en el capítulo 5. Este enfoque práctico permitió estructurar la atención farmacéutica desde una perspectiva individualizada, coordinada y centrada en el paciente, alineada con el modelo CMO (Capacidad Motivación Oportunidad).

Esther Vicente, farmacéutica del Hospital General Univesitario indicó que, siguiendo la línea de las guías publicadas previamente, "esta guía mantiene un enfoque funcional y aplicable en la práctica clínica diaria, conteniendo tablas, esquemas, algoritmos terapéuticos y herramientas de evaluación que facilitan la toma de decisiones clínicas y refuerza el papel activo del farmacéutico hospitalario en el manejo de pacientes con Hidradenitis Supurativa". La guía se divide en cinco capítulos y un anexo. Los anexos aportan valor añadido, incluyendo recomendaciones específicas para la evaluación de PROMs y PREMs (Patient Reported Experience Measures), lo que refuerza el enfoque centrado en el paciente y en los resultados en salud. "En conjunto, se trata de una herramienta útil, alineada con la práctica clínica real y diseñada para facilitar la implantación del modelo CMO en la atención al paciente con Hidrosadenitis" enfatizó.

Medios radiofónicos

Vicente Herrero Carreter
Radio Aranda13/05/2025 - 10:21 CEST

Aranda de Duero
El salón de actos de la Casa de los Fantasmas acoge este jueves 15 de mayo a las siete y media de la tarde la presentación del libro 'Por mis riñones que hoy como bien', una obra escrita a cuatro manos por el nefrólogo Borja Quiroga y el chef Miguel Cobo.

La presentación está impulsada por VDI Viñas Viejas de Gumiel de Izán y cuenta con la colaboración del Ayuntamiento de Aranda de Duero y varios establecimientos locales. La obra, que ya ha agotado su séptima edición, propone una original combinación de ciencia médica y gastronomía para divulgar la importancia del riñón en la salud y el bienestar.

El libro profundiza en los secretos de este órgano vital, considerado por los autores como uno de los más complejos y desconocidos del cuerpo humano.

Borja Quiroga, médico especialista en Nefrología, doctor en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid y profesor en la Universidad CEU San Pablo, ejerce en el Hospital Universitario La Princesa de Madrid y es miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Nefrología. Además, ha explorado la narrativa con la novela Paliativo, firmada bajo el seudónimo Samuel Dacanda.

Por su parte, Miguel Cobo es un reputado chef afincado en Burgos, cuya propuesta culinaria se centra en la evolución humana y sus vínculos con la alimentación actual. Con una estrella Michelin obtenida con su primer proyecto, Cobo Vintage, ha seguido creciendo con Cobo Tradición y Cobo Evolución, ambos integrados en el espacio gastronómico Cobo Estratos.

El evento cuenta también con el apoyo de destacados restaurantes y productores locales como El 51 del Sol, Asador Casa Florencio, Casa José María, Mesón El Pastor, El Lagar de Isilla, Nuevo Coto, La Fonda del Prado, Molino de Palacios, Queso Artesano Del Vidal, Morcillas El Revillano, Todo Libro y el propio Cobo Estratos. Una cita imprescindible para los amantes de la salud, la cocina y el conocimiento.

Medios especializados



La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) ha presentado en una sesión webinar el documento 'Guía de práctica farmacéutica en Hidradenitis'. En el proyecto han participado 9 autores, farmacéuticos especialistas de centros hospitalarios de toda España junto a un dermatólogo. Esta sesión y la elaboración del documento han contado con la colaboración de Novartis. En la presentación del documento participaron: **Esther Ramírez**, farmacéutica del hospital La Princesa de Madrid y coordinadora de la guía junto al dermatólogo **Antonio Martorell**; **Pilar López**, farmacéutica del Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona; y **Esther Vicente**, farmacéutica del Hospital General Univesitario de Castellón.

Esther Ramírez señaló que la guía, al igual que las anteriores, mantiene la misma estructura de capítulos y cuenta con un anexo de PRO (Patient Reported Outcomes, resultados reportados por los pacientes), "al ser la hidradenitis una patología inmunomediada que genera impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes que la padecen y que consideramos importante incluir estos cuestionarios validados como herramienta de medida de PRO". También destacó que el objetivo de la guía es eminentemente práctico y que lo que se pretende es que sea de utilidad en el día a día de las consultas de atención farmacéutica.

Aplicación práctica de la guía a través de un caso clínico real

Durante el webinar, **Pilar López** presentó la aplicación práctica de la guía a través del caso clínico de Lucía, una paciente joven con obesidad y comorbilidades asociadas, que permitió ejemplificar cómo implementar las recomendaciones de la guía en la práctica asistencial. A lo

largo de la exposición se abordaron los principales capítulos del documento: desde la visita inicial (capítulo 2), con validación del tratamiento, educación sanitaria y entrevista motivacional, hasta el seguimiento farmacoterapéutico (capítulo 3), utilizando herramientas como HiSCR, IHS4 y escalas de calidad de vida. También se aplicó el modelo de estratificación (capítulo 4), clasificando a Lucía como paciente de prioridad 2, lo que permitió adaptar el tipo y frecuencia de las intervenciones farmacéuticas. Finalmente, se revisaron los criterios de finalización del tratamiento/derivación al dermatólogo recogidos en el capítulo 5. Este enfoque práctico permitió estructurar la atención farmacéutica desde una perspectiva individualizada, coordinada y centrada en el paciente, alineada con el **modelo CMO** (Capacidad Motivación Oportunidad).

Esther Vicente, explicó que, siguiendo la línea de las guías publicadas previamente, “esta guía mantiene un enfoque funcional y aplicable en la práctica clínica diaria, conteniendo tablas, esquemas, algoritmos terapéuticos y herramientas de evaluación que facilitan la toma de decisiones clínicas y refuerza el papel activo del farmacéutico hospitalario en el manejo de pacientes con Hidradenitis Supurativa”. La guía se divide en cinco capítulos y un anexo. Los anexos aportan valor añadido, incluyendo recomendaciones específicas para la evaluación de PROMs y PREMs (Patient Reported Experience Measures), lo que refuerza el enfoque centrado en el paciente y en los resultados en salud. “En conjunto, se trata de una herramienta útil, alineada con la práctica clínica real y diseñada para facilitar la implantación del modelo CMO en la atención al paciente con Hidrosadenitis”, enfatizó

Medios nacionales



Rebeca Gil

19 MAY 2025 17:00

Actualizada 19 MAY 2025 17:00

Por qué confiar en El PeriódicoPor qué confiar en El Periódico

Un estudio con participación del CIBEREHD, centrado en enfermedades hepáticas y digestivas, reveló por primera vez en el año 2023, que la **incidencia real de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EIII) en España es de 16 casos por cada 100.000 habitantes-año.** Este lunes, 19 de mayo, se celebra su Día Mundial.

- Utilizamos el término **"enfermedad intestinal inflamatoria" para describir o agrupar diversos trastornos que implican inflamación de los tejidos del tracto digestivo que se pueda considerar crónica**, es decir, por un tiempo prolongado.

Y además, tal y como explican desde la Fundación Española del Aparato Digestivo (FEAD), se trata de **patologías "originada por factores inmunológicos, genéticos y ambientales"**.

"Creemos un mundo amigable con los intestinos"

Más de 10 millones de personas en todo el mundo sufren colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn, pero "no todo el mundo tiene los recursos necesarios para cumplir con las necesidades dietéticas, el acceso al baño o la información necesaria sobre su enfermedad".

Tanto la colitis ulcerosa como la enfermedad de Crohn generalmente se presentan con:

- Diarrea
- Sangrado rectal
- Dolor abdominal
- Fatiga
- Pérdida de peso.

Y a grandes rasgos podríamos resumir las enfermedades en las siguientes:

- **Colitis ulcerosa. Causa inflamación y llagas (úlceras)** en el recubrimiento del intestino grueso (colon) y el recto.
- **Enfermedad de Crohn.** Se caracteriza por la inflamación del recubrimiento del tracto digestivo, generalmente sus capas más profundas y afecta con mayor frecuencia al intestino delgado. Pero , también puede afectar al intestino grueso y, en raras ocasiones, al tracto gastrointestinal superior.
- **Colitis indeterminada**

En cualquier caso, **además de al sistema digestivo, estas patologías afectan también a otras partes del organismo**.

Patologías con un coste social muy alto

La **enfermedad inflamatoria intestinal suele diagnosticarse en pacientes jóvenes** y, hasta ahora, su incidencia entre la población general española ha sido una incógnita.

Tal y como comenta el **doctor Javier P. Gisbert**, jefe de la Unidad de Atención Integral al Paciente con Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Universitario de La Princesa y jefe de grupo del CIBER de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD).

- **"Es una de las patologías que conlleva un coste social más alto**, por los costes directos e indirectos derivados de la misma. Conocer su incidencia es crucial para poder organizar los recursos sanitarios necesarios para atención de estos pacientes".

Precisamente con el fin de conocer la prevalencia de esta patología intestinal el doctor Gisbert ha trabajado junto con la **doctora María Chaparro**, médico especialista en digestivo en la Unidad de Atención Integral al Paciente con Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Universitario de La Princesa e investigadora de CIBEREHD.

Ambos han liderado el estudio titulado **Incidence, Clinical Characteristics and Management of Inflammatory Bowel Disease in Spain: Large-Scale Epidemiological Study (EpidemIBD)** cuyos resultados están publicados por el Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU).

El estudio ha incluido a más de **3.600 pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal a lo largo del año 2017**, lo que supone una incidencia de 16 casos por cada 100.000 habitantes al año.

En concreto, 7,5 para la enfermedad de Crohn y 8 para la colitis ulcerosa.

Estas cifras son superiores a lo descrito previamente en España, y similares a lo observado en países del norte de Europa.

- "Extrapolando estas cifras, podemos estimar que **cada año se diagnostican en nuestro país aproximadamente 10.000 nuevos casos** de EII", aseguraba la doctora Chaparro poco después de hacer público el estudio.

Además, **hasta un 20% de los pacientes con enfermedad de Crohn presentaban complicaciones** (estenosantes o fistulizantes) en el momento del diagnóstico.

El estudio destaca la elevada frecuencia de uso de **fármacos biológicos**, principalmente en la enfermedad de Crohn.

El doctor Gisbert explica que gracias al estudio se observó que:

- «El uso de recursos terapéuticos en la EII es elevado y superior a lo descrito previamente. Esta información es de gran valor para todas las partes implicadas en la atención de estos pacientes».

En este sentido, **durante los primeros 12 meses desde el diagnóstico:**

- Un tercio de los pacientes habían recibido tratamiento con **corticoides sistémicos.**
- Una cuarta parte había recibido inmunosupresores
- El 15% biológicos
- El 5% habían sido operados por la EII.

Aproximadamente el 50% de estos pacientes recibieron corticoides sistémicos, el 50% inmunosupresores y aproximadamente el 30% había estado expuesto al tratamiento con biológicos a los 12 meses del diagnóstico.

Además, uno de cada 10 pacientes con enfermedad de Crohn había precisado al menos una **intervención quirúrgica** a lo largo del primer año.

Con respecto a los **ingresos hospitalarios**, un tercio de los pacientes había sido hospitalizado en el primer año desde el diagnóstico.

- **Más del 70% de los ingresos hospitalarios ocurrieron por el brote de debut de la enfermedad**.

En palabras de la doctora Chaparro y del doctor Gisbert:

- «Los resultados de este estudio subrayan la **importancia de la enfermedad inflamatoria intestinal para los sistemas de salud y para la sociedad en general,** que tienen que hacer frente al manejo de una enfermedad tan compleja».

Para alcanzar los objetivos propuestos, han trabajado de forma conjunta más de cien unidades de EII distribuidas por todo el territorio nacional. Con un área total de referencia de más de 22 millones de habitantes adultos.

De esta forma, han constituido uno de los **estudios más amplios a nivel mundial** sobre la epidemiología de una enfermedad.



Francisco de Borbón era primo del r**ey Juan Carlo**s. Su fallecimiento se ha producido en Madrid, en el hospital de la Princesa, donde tuvo que ser trasladado de urgencia, al encontrarse mal. Allí le hicieron unas pruebas y los médicos que le atendieron detectaron que tenía una mancha en el cerebro. Nada se pudo hacer, y a última hora de la noche de ayer, fallecía en el centro hospitalario rodeado de sus hijos **Francisco**, **Olivia**, que llegó acompañada de su marido **Julián Porras- Figueroa.**

Del autor

El aristócrata estaba casado desde hacía 25 años en terceras nupcias con **Ángeles Vargas- Zúñiga**, más conocida por sus amigos íntimos como Piti. Su primera esposa, con la que tuve una buena amistad y madre de sus 3 hijos fue **Beatriz von Hanrdenberg**. Su hija menor, Cristina, falleció hace unos años, y fue un mazazo enorme para toda la familia. Su segunda relación con la también alemana Isabelle Karanitsch. Su residencia la tenía en Marbella, pero desde hace años

vivía entre la localidad de la Costa del Sol y Madrid para estar con sus hijos y nietos.
Era maestre emérito de la Orden de San Lázaro de Jerusalén desde hacía décadas, y en el transcurso de una cena organizada por dicha orden tuve la oportunidad de conocerle. También era presidente de la nobleza del principado de Asturias. Con su hija Olivia mantenía una magnífica relación y volví a coincidir con ellos el pasado noviembre en Sevilla en el Sicab, la feria del caballo. Sus restos mortales serán velados en el tanatorio de San Isidro y la capilla ardiente de abrirá a las 12 del mediodía. Sus restos mortales serán enterrados en la sacramental de San Justo. Casualmente su hermano menor, Alfonso, perdió la vida hace unos días, el pasado día 11.

Medios nacionales



Francisco de Borbón Escasany, duque de Sevilla y primo del **Rey Juan Carlos,** fallecía a última hora del 20 de mayo de 2025 en el hospital de la Princesa de Madrid, a la edad de 81 años. Acudió de urgencias por sentirse indispuesto y le detectaron una mancha en el cerebro. Su muerte se produce apenas diez días después del fallecimiento de su hermano Alfonso, lo que ha supuesto un golpe doble para la **familia Borbón.** Con una trayectoria marcada por la discreción y el compromiso personal y profesional, su pérdida representa el adiós a una figura silenciosa pero significativa dentro de la nobleza española.

Nacido en Madrid en 1943, **Francisco de Borbón** pertenecía a una rama histórica de la Casa de Borbón. Ostentaba el título de **duque de Sevilla,** uno de los títulos nobiliarios con mayor tradición de la monarquía hispánica. A lo largo de su vida, sin embargo, decidió mantenerse al margen del protagonismo mediático y protocolario que suele acompañar a los miembros de la familia real, optando por desarrollar su carrera en el sector privado.

Su experiencia profesional estuvo centrada en el **ámbito de los seguros y en el sector inmobiliario**, donde se ganó el respeto por su carácter metódico, su espíritu

emprendedor y su trato cercano. Además, presidió durante varios años la **Royal Collections**, una fundación conocida por albergar una de las colecciones privadas de gemas más importantes del mundo, lo que refleja también su vinculación con el patrimonio cultural y artístico.
Su fallecimiento fue anunciado públicamente por su yerno, **Julián Porras-Figueroa,** marido de **Olivia de Borbón,** quien aseguró que la familia estuvo a su lado hasta el último momento. Las muestras de afecto no se hicieron esperar, tanto por parte de figuras cercanas a la realeza como de numerosos conocidos del mundo empresarial y cultural. A pesar de haber llevado una vida alejada de los focos, **Francisco de Borbón** supo ganarse el respeto y la estima de quienes lo rodeaban.

Será recordado como un hombre de principios sólidos, profundamente familiar y comprometido con sus responsabilidades. Su discreción, su cortesía y su carácter reservado marcaron una diferencia en una época en la que la nobleza busca redefinirse en una sociedad cambiante. Sus restos mortales serán velados en el tanatorio de San Isidro y la capilla ardiente se abrirá a las 12 del mediodía. Después será enterrado en la **sacramental de San Justo.**

Medios nacionales

VANITATIS El Confidencial

OBITUARIO

Francisco de Borbón y Escasany: la vida discreta de un hombre honesto, cuyos nietos fueron su gran amor

A pesar de sus tres bodas, el duque de Sevilla, quien falleció este martes 20 de mayo a los 81 años a causa de un tumor cerebral, siempre presumió de su firme pasión hacia sus nietos



Beatrice von Hardenberg con su familia en una imagen de archivo.

A pesar de sus tres bodas, el duque de Sevilla, quien falleció este martes 20 de mayo a los 81 años a causa de un tumor cerebral, siempre presumió de su firme pasión hacia sus nietos



Beatrice von Hardenberg con su familia en una imagen de archivo.

Por

Paloma Barrientos

21/05/2025 - 16:0

Francisco de Borbón y Escasany, **duque de Sevilla, fallecía este mismo martes por la noche** en el hospital de la Princesa de Madrid a los 81 años. **Su yerno, Julian Porras-Figueroa**, **casado con Olivia de Borbón**, fue el encargado de informar de la triste noticia a través de un breve escrito publicado en su cuenta personal de Instagram. Un hecho que tanto **para los más cercanos como para amigos y conocidos fue toda una sorpresa.**

El duque de Sevilla tenía prevista una operación que para nada tenía que ver con un caso a vida o muerte. Sin embargo, durante el proceso previo **se descubrió un tumor cerebral ya sin camino de retorno.** Hasta ese momento su día a día transcurría entre sus viajes fuera de España y la vida familiar entre Madrid y Marbella. Uno de los últimos destinos fue Buenos Aires, este mismo mes de febrero.

Su familia directa, formada por sus hijos, yerno y nuera, **estuvieron junto a él hasta el último momento** y también pudieron despedirse. Así lo confesaba **Olivia, la primogénita y futura duquesa de Sevilla**. Un título con grandeza de España y que el padre utilizaba exclusivamente en temas relacionados con actos institucionales, como era **el encuentro de la Diputación de la Grandeza** en el Palacio Real de Madrid. con el rey Felipe VI; evento anteriormente presidido por don Juan Carlos.

El monarca jubilado recibió la noticia de la muerte de su primo en su residencia de Abu Dabi. Según cuentan a Vanitatis, la información de la nueva tragedia le ha afectado de una manera muy directa. Hace diez días **fallecía su hermano, Alfonso de Borbon y Escasany**, a los 80 años. El rey emérito siempre mantuvo una buena relación con sus primos lejanos, que a diferencia de **los Borbón Dampierre (Gonzalo y Alfonso)**; nunca dieron que hablar en temas couché.

Francisco de Borbón, duque de Sevilla. (VA)

Quizá Francisco, al que **se le conocía familiarmente como Paco Sevilla**, a causa de su título, fue el que ocupó algunos titulares en las revistas del colorín. Se casó tres veces. La última fue con Piti Vargas-Zúñiga, a la que el marido fallecido cuidaba dado su delicado estado de salud.

Su primera mujer y madre de sus hijos, la condesa Beatrice Von Handerberg-Furstemberg, conocida como la duquesa de las ranas por su afición a coleccionar en todas sus variantes este batracio, fue una mujer potente, cariñosa y profesionalmente muy activa en el mundo de la moda al ser la primera mujer que dirigió Vogue España. Con el tiempo mantuvieron una buena relación.

Francisco y Beatrice formaban un matrimonio de reportaje de revista. Veraneaban en Marbella y la imagen de la pareja con los tres niños rubios -Olivia, Critina y Francisco- era de anuncio. No hubo rumores de desavenencia hasta que lo anunciaron. La ex duquesa vivió un tiempo en la casa familiar con los hijos hasta que se trasladó a Miami. Para el duque está separación resultó muy dolorosa y llegaron a un pacto. Olivia, la mayor, viviría con él en España y los pequeños en Estados Unidos. El cambio no resultó y Beatrice regresó a España y se instaló en un chalet en Las Rozas, una localidad cercana a Madrid.

Francisco se volvió a casar, se divorcio y repitió con la que ahora es su viuda. No tuvo suerte en el amor, pero sí en cambio en aspecto laboral, donde sus negocios, inversiones y empresas han funcionado bajo su dirección; algunas de ellas compartidas con su hermano Alfonso.

Mantenía la casa de Madrid, en Puerta de Hierro y la de Marbella. El chalet de la Costa del Sol era su paraíso, donde vivía su hija Olivia con sus hijos y su marido Julian, quien ha sido uno de los grandes apoyos tanto del suegro como de su mujer.

Una de las grandes tragedias en la biografía de Francisco de Borbón fue **la muerte de su hija Cristina**. Una chica demasiado sensible para un mundo en el que no quiso vivir. Fue un antes y un después en la existencia del padre. Se volcó en sus nietos a los que veía a diario, ya que las casas de su hija Olivia y la suya se encontraban en la misma zona. Cuando decidieron instalarse en Madrid en septiembre pasado, el padre y abuelo **abandonó Marbella para no perderse la crianza de los niños a los que adoraba.**

Y así nos lo contaba el año pasado en el 50 cumpleaños que Julian Porras-Figueroa le organizó a Olivia en el club Puerta de Hierro. **“Son un encanto, listos y muy cariñosos. Lo paso muy bien con ellos”.** Esa noche recibió las felicitaciones de algunos invitados por su tercer libro publicado unos meses antes. “Escribo en mis ratos libres. Es una de mis aficiones que me permite tener la mente funcionando. Mis memorias son un legado para mis hijos y sobre todo para mis nietos. Que conozcan la vida que me tocó vivir, que no fue fácil”, aseguró.

A la fiesta también acudió su hermano Alfonso, del que ya se sabía que estaba en tratamiento contra el cáncer. “Alfonso es un hombre muy fuerte y esperemos que todo vaya bien. Solo Dios lo sabe y es en quien hay que confiar”, aseguró el duque de Sevilla al respecto.

Todos los que han tratado a lo largo de su existencia **lo definen como un hombre honesto, muy culto y con un gran éxito entre el sector femenino**. Estos últimos años con dedicación plena a su mujer, que padece la enfermedad del olvido. Ha dejado un buen legado a su hija Olivia, quien hereda un título que su padre llevó con humildad y honor.

Otros medios



21 mayo 2025



Según los últimos datos del **Sistema de Listas de Espera (SISLE)**, correspondientes a diciembre de 2024, el tiempo medio de espera en España para una consulta de Urología es de 95 días. En la **Comunidad de Madrid** (CAM), este plazo se reduce a 38 días, lo que supone 57 días menos que la media nacional. Madrid es la tercera comunidad con menor tiempo de espera del país, solo por detrás de Cantabria (28 días) y Castilla-La Mancha (35), a pesar de afrontar una mayor presión asistencial. En cambio, en comunidades con una demanda similar a la madrileña, como Cataluña o Andalucía, los tiempos de espera se elevan hasta los 165 y 124 días, respectivamente.

Uno de los factores que explican los tiempos competitivos en Madrid es el modelo de organización de sus hospitales, especialmente los de alta complejidad, que asumen tanto una mayor demanda asistencial como los casos más complejos. Entre ellos, destaca la **Fundación Jiménez Díaz**, de gestión público-privada, que registra el menor tiempo de espera para una consulta de Urología con apenas una semana (7,07 días). Le siguen el **Hospital Universitario de La Princesa**, con 17,02 días; el **Ramón y Cajal**, con 20,21 días; el **Hospital Clínico San Carlos**, con 23,19 días; y el **Gregorio Marañón**, con 26,35 días. En todos ellos es posible acceder a una consulta de Urología en menos de un mes. El resto de los centros madrileños de alta complejidad están por encima del mes de espera, aunque muy alejados de la media nacional de 95 días: El Hospital Universitario La Paz: 34,91 días; el Hospital 12 de Octubre: 39,64 días y el **Hospital Puerta de Hierro Majadahonda**: 48,64 días.

Entre los hospitales de media complejidad madrileños, que absorben una demanda menor y casos menos complejos, presentan tiempos competitivos: el **Hospital Universitario Infanta Leonor**: 6,3 días; el **Hospital Infantil Universitario Niño Jesús**: 9,41; el **Hospital Universitario de Fuenlabrada**: 14,5; el Hospital Universitario Rey Juan Carlos: 16,13; el Hospital Universitario General de Villalba: 19,57; el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla: 20,79; el Hospital Universitario de Torrejón: 28,13; y el Hospital Universitario de Getafe: 28,94 días. Tan solo superan el mes de espera el Hospital Universitario Fundación Alcorcón: 33,31 días; el Hospital

Universitario Infanta Sofía: 34,16; el Hospital Universitario Severo Ochoa: 39,24; el Hospital Universitario de Móstoles: 50,44; y el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, 54,53 días.

Hospitales con menor tiempo de espera para consultas externas

Acceder a una **consulta médica** especializada en un plazo razonable sigue siendo uno de los grandes retos del **sistema sanitario público en España**. Las listas de espera varían considerablemente entre especialidades y también entre comunidades autónomas y hospitales, influidas por factores como la presión asistencial, la gestión hospitalaria o la disponibilidad de recursos.
En conjunto, y en lo que respecta a consultas externas, según los últimos datos del SISLE, Madrid con 72 días registra **33 días menos de demora que la media nacional** de 105 días. En concreto, ocupa el cuarto lugar entre las comunidades con menor tiempo de espera de toda España, solo por detrás del País Vasco (43 días), Castilla-La Mancha (60) y Galicia (61). En Cataluña y Andalucía —regiones con una presión hospitalaria similar a la de Madrid— un paciente debe esperar 110 y 150 días, respectivamente. Otras comunidades que superan los 100 días de espera son Canarias (157 días), Navarra (154), Aragón (128) y Extremadura (125).

La capacidad de respuesta de algunos hospitales madrileños permite acceder a consultas con el especialista en tiempos aún más reducidos. Es el caso del Hospital Universitario General de Villalba (24,28 días), la Fundación Jiménez Díaz (27,14), el Hospital Universitario Rey Juan Carlos (28,88) y el Hospital Universitario Infanta Elena (30,05).

Las consultas externas más colapsadas

Por especialidades, según el SISLE, **Dermatología, Neurología y Traumatología** son las que mayor demora presentan a nivel nacional para consultas externas con 131; 129 y 119 días respectivamente. Madrid también presenta tiempos de espera mucho más bajos en las especialidades más colapsadas. Así para para Dermatología son 101 días (30 días menos de la media nacional); para Neurología 75 días (54 menos de la media) y para Traumatología 81,3 (37,7 días menos).
Una gestión eficiente en los hospitales de alta complejidad de la Comunidad de Madrid contribuye a reducir significativamente los tiempos de espera. La Fundación Jiménez Díaz sobresale en este aspecto, situándose entre los centros con menores demoras tanto a nivel autonómico como nacional: 24,66 días en Neurología, 23,24 días en Traumatología y 34,75 días en Dermatología. Otros hospitales de referencia que también presentan buenos indicadores en estas especialidades son el Hospital General Universitario Gregorio Marañón —con 25,48 días de espera en Neurología, 22,78 en Traumatología y 37,63 en Dermatología— y el Hospital de La Princesa, que registra 30,76 días en Traumatología.

Para los pacientes, reducir los tiempos de espera para consultas externas significa obtener un diagnóstico más rápido y, en consecuencia, iniciar un tratamiento adecuado sin demoras innecesarias. La celeridad es especialmente importante en especialidades como Neurología o Traumatología, donde el tiempo puede jugar un papel determinante en la evolución del paciente.

Medios nacionales



0:48 - 21/05/2025

La Casa de Borbón vuelve a vestirse de luto. **Francisco de Borbón y Escasany**, duque de Sevilla y primo segundo del **rey Juan Carlos I**, ha fallecido este martes a causa de un tumor cerebral a los 81 años, tras dos días ingresado en la UCI del hospital La Princesa, según informan fuentes familiares. El deceso del padre de **Francisco de Borbón von Hardenberg**, de **Olivia de Borbón** y de **Cristina de Borbón** se ha producido apenas dos semanas después del fallecimiento de su hermano **Alfonso de Borbón y Escasany**. La noticia ha causado profunda consternación en los círculos nobiliarios y aristocráticos, donde ambos hermanos eran figuras muy queridas y respetadas. La familia está destrozada porque ha sido muy repentino: hace unos días estaba bien. Este miércoles se abrirá una sala en el tanatorio de San Isidro a las 12 h. para que todos sus amigos y familiares puedan despedirle en una misa que se celebrará en la capilla del centro. Ya el jueves, habrá otra misa en la Sacramental de San Justo (frente a San Isidro).

Francisco de Borbón y Escasany nació en Madrid el 16 de noviembre de 1943. Era hijo de Francisco de Borbón y de la Torre y de Enriqueta Escasany y Miguel, marquesa de la Montera. Fue duque de Sevilla, título reconocido en la Grandeza de España, y a lo largo de su vida desempeñó un papel destacado en diversas instituciones vinculadas al legado histórico de la monarquía española. Fue uno de los referentes de la Orden Constantiniana de San Jorge, una antigua orden de caballería con la que mantuvo estrechos lazos durante décadas. Además de su linaje regio —como descendiente directo del rey Carlos IV—, Francisco de Borbón destacó por su discreción y su firme compromiso con las tradiciones nobiliarias y eclesiásticas. Durante años fue una figura presente en numerosos actos oficiales, religiosos y sociales, especialmente vinculados a Marbella y Andalucía, donde mantuvo estrechas conexiones personales y familiares.

Su muerte, que se ha producido apenas días después de la de su hermano Alfonso, ha conmovido especialmente a su entorno cercano. Alfonso de Borbón y Escasany, empresario y financiero de éxito, falleció también este mes, dejando a su viuda Marisa Yordi y a la familia Borbón-Escasany profundamente afectada. La cercanía de ambas pérdidas ha sido interpretada por quienes los conocieron como el reflejo de un vínculo fraternal intenso y duradero.

Con la muerte de Francisco de Borbón y Escasany desaparece una figura histórica de la nobleza española del siglo XX y XXI. Hombre reservado pero siempre fiel a su apellido, supo mantener vivo el legado de su casa con dignidad y serenidad, alejado de los focos mediáticos pero presente en las grandes decisiones institucionales que afectaban al mundo aristocrático. En un momento especialmente delicado para la familia Borbón-Escasany, esta doble pérdida marca el final de una era para una de las ramas más representativas del linaje borbónico en España. La memoria de Francisco y Alfonso perdurará no solo en los libros de historia, sino también en la vida de quienes compartieron con ellos el compromiso con la tradición, la responsabilidad y la lealtad a sus raíces.

Casado en primeras nupcias con la condesa **Beatrice von Hardenberg**, era padre de tres hijos, Olivia, Cristina y Francisco. Su descendencia ha seguido una vida pública y profesional diversa: Francisco, conde de Hardenberg-Fürstenberg, anunció en 2021 su matrimonio con la empresaria austriaca Sophie Karoly, madre de su hijo Francisco Máximo; Cristina falleció trágicamente en un accidente en 2020, con 44 años, y Olivia es empresaria y madre de Flavia y Fernando Porras, a los que su abuelo adoraba. Francisco, de hecho, vivía entre Marbella y Madrid, y en la capital se alojaba en casa de Olivia para pasar todo el tiempo que podía con ellos y con sus nietos.

Medios especializados



La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) ha presentado en una sesión webinar el documento `Guía de práctica farmacéutica en Hidradenitis`. En el proyecto han participado 9 autores, farmacéuticos especialistas de centros hospitalarios de toda España junto a un dermatólogo. Esta sesión y la elaboración del documento han contado con la colaboración de Novartis. En la presentación del documento participaron: **Esther Ramírez**, *farmacéutica del hospital La Princesa de Madrid y coordinadora de la guía junto al dermatólogo* **Antonio Martorell**; **Pilar López**, *Farmacéutica del Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona;* y **Esther Vicente**, *Farmacéutica del Hospital General Univesitario de Castellón*.

Esther Ramírez señaló que la guía, al igual que las anteriores, mantiene la misma estructura de capítulos y cuenta con un anexo de PRO (Patient Reported Outcomes, resultados reportados por los pacientes), *"al ser la hidradenitis una patología inmunomediada que genera impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes que la padecen y que consideramos importante incluir estos cuestionarios validados como*

herramienta de medida de PRO". También destacó que el objetivo de la guía es eminentemente práctico y que lo que se pretende es que sea de utilidad en el día a día de las consultas de atención farmacéutica.

Aplicación práctica de la guía a través de un caso clínico real

Durante el webinar, Pilar Lópezpresentó la aplicación práctica de la guía a través del caso clínico de Lucía, una paciente joven con obesidad y comorbilidades asociadas, que permitió ejemplificar cómo implementar las recomendaciones de la guía en la práctica asistencial. A lo largo de la exposición se abordaron los principales capítulos del documento: desde la visita inicial (capítulo 2), con validación del tratamiento, educación sanitaria y entrevista motivacional, hasta el seguimiento farmacoterapéutico (capítulo 3), utilizando herramientas como HiSCR, IHS4 y escalas de calidad de vida. También se aplicó el modelo de estratificación (capítulo 4), clasificando a Lucía como paciente de prioridad 2, lo que permitió adaptar el tipo y frecuencia de las intervenciones farmacéuticas. Finalmente, se revisaron los criterios de finalización del tratamiento/derivación al dermatólogo recogidos en el capítulo 5. Este enfoque práctico permitió estructurar la atención farmacéutica desde una perspectiva individualizada, coordinada y centrada en el paciente, alineada con el **modelo CMO** (Capacidad Motivación Oportunidad).

Esther Vicente, explicó que, siguiendo la línea de las guías publicadas previamente, *"esta guía mantiene un enfoque funcional y aplicable en la práctica clínica diaria, conteniendo tablas, esquemas, algoritmos terapéuticos y herramientas de evaluación que facilitan la toma de decisiones clínicas y refuerza el papel activo del farmacéutico hospitalario en el manejo de pacientes con Hidradenitis Supurativa"*. La guía se divide en cinco capítulos y un anexo. Los anexos aportan valor añadido, incluyendo recomendaciones específicas para la evaluación de PROMs y PREMs (Patient Reported Experience Measures), lo que refuerza el enfoque centrado en el paciente y en los resultados en salud. *"En conjunto, se trata de una herramienta útil, alineada con la práctica clínica real y diseñada para facilitar la implantación del modelo CMO en la atención al paciente con Hidrosadenitis"*, enfatizó.

Medios nacionales

SOCIEDAD

La Comunidad de Madrid reduce las listas de espera diagnósticas y acelera el acceso a pruebas médicas

La sanidad madrileña redujo en marzo el tiempo de espera para pruebas diagnósticas, así como la tasa de pacientes pendientes de atención

RELACIONADO

La Fundación Jiménez Díaz, el hospital de gran complejidad con menor espera para consultas externas

Madrid se consolida como la comunidad con menor demora para operaciones, según los datos del Sistema de Listas de Espera

ELPLURAL.COM
20/05/2025 - 11:53



La agilidad en el **acceso a pruebas diagnósticas** no solo incrementa la eficiencia del sistema sanitario, sino que también resulta determinante en la evolución de numerosas enfermedades. Por ello, los tiempos de espera se han consolidado como un indicador clave para medir la capacidad de respuesta de los servicios de salud. En este contexto, la Comunidad de Madrid ha registrado avances significativos en la gestión de las **pruebas diagnósticas durante el mes de marzo.**

Según los últimos datos oficiales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), la reducción en la **demora media de espera para pruebas diagnósticas,** pasó de 58,80 días en febrero a 59,35 días en marzo. Además aumentó el número de pacientes con esperas más cortas de menos de un mes, que pasó de 51.931 en febrero a 44.658 en marzo y se redujo el número de pacientes con esperas largas, -de más de 90 días-, de 97.931 en febrero a 95.111 en marzo. Por último, la demora media estructural para los pacientes atendidos en la primera técnica también registró un leve descenso de 1,31 días, lo que demuestra un esfuerzo por mejorar la eficiencia del sistema en su conjunto.

Otro de los puntos destacados fue que el **número de pacientes en espera estructural** para la primera atención disminuyó en 7.812 personas con respecto a febrero, pasando de 197.507 a

189.695. Además, se registró un aumento en el número de pacientes atendidos durante marzo, llegando a los 187.956, lo que supone 15.732 personas más que en el mes anterior (172.224). Este incremento está en línea con la mejora en la capacidad de entrada al sistema, que pasó de 222.657 pacientes en febrero a 231.113 en marzo, lo que indica que la red asistencial no solo ha incrementado su capacidad de admisión, sino también su eficacia para dar respuesta a una mayor parte de la demanda.

Hospitales madrileños y eficiencia en pruebas diagnósticas

Los tiempos de espera para pruebas diagnósticas pueden variar en función de diversos factores. Uno de ellos es la complejidad hospitalaria. La atención de las **pruebas diagnósticas en los hospitales** de gran complejidad es crucial debido a la gravedad de los casos que atienden, lo que hace que la gestión eficiente de sus listas de espera adquiera mayor relevancia. La agilidad en las pruebas diagnósticas facilita una intervención más oportuna en el tratamiento de enfermedades críticas.

Según los últimos datos del SERMAS, los hospitales de alta complejidad más eficientes en la realización de pruebas diagnósticas son: el **Hospital Clínico San Carlos con 21,63 días de espera media;** el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda con 31,86 días y el Hospital Fundación Jiménez Díaz con 32,79 días. A más distancia se encuentran el Hospital General Universitario Gregorio Marañón con 42,56 días; el Hospital Universitario Ramon y Cajal con 62,53 días; el Hospital Universitario 12 de Octubre 64,35 días; el Hospital Universitario de la Princesa con 65,13 días; y por último el Hospital Universitario La Paz con 79,72 días.

Entre los hospitales de media complejidad (Grupo 2), que soportan un menor volumen asistencial y atienden casos menos complejos, presentan tiempos de espera reducidos el Hospital Universitario de Torrejón (14,45 días) y el Niño Jesús (25,10 días). Superan el mes de espera el Hospital General de Villalba (31,12 días), el Hospital Fundación Alcorcón (40,47 días), el Rey Juan Carlos (44,75 días), el Infanta Leonor (45,69 días), el Severo Ochoa (52,65 días) y el Gómez Ulla (56,14 días). Registran más de dos meses de espera el Hospital Universitario de Fuenlabrada (60,75 días), el de Getafe (61,79 días), el Príncipe de Asturias (67,36 días), el Universitario de Móstoles (72,10 días) y el Infanta Sofía (73,08 días).

Medios institucionales



22 mayo 2025

El Hospital Universitario de La Princesa de la capital dispone de una Unidad de Atención Integral para tratar esta patología, integrada en el Servicio de Aparato Digestivo, en la que se aborda la mejora de la calidad de vida de los más de 600 enfermos que la padecen en la región, además de un programa de transición de pediatría a la edad adulta.

Medios locales

el Periódico

La grave enfermedad que pasa desapercibida y crece cada vez más: "Me decían que no tenía nada y llegué a pensar que era cáncer"

El número real de pacientes con esofagitis eosinofílica podría ser mayor debido a un retraso diagnóstico medio de entre 4 y 6 años

PUBLICIDAD

Generalitat de Catalunya



Carlos Solas en el club deportivo familiar. / CEDIDA



Rafa Sardiña

Madrid 23 MAY 2025 11:30 · Actualizada 23 MAY 2025 11:51

Por primera vez, la comunidad internacional fija su atención en la **esofagitis eosinofílica** (EoE). Se trata de una inflamación crónica del esófago mediada por mecanismos inmunológicos, que ha pasado en apenas dos décadas de ser una enfermedad poco frecuente a convertirse en la principal causa de atragantamientos y dificultad para tragar en niños y adultos jóvenes.

Carlos Solas, de 35 años y natural de Aguadulce (Almería), empezó con estos síntomas en 2009. "Fue un día normal, estaba comiendo en casa y me atraganté. Fue muy duro, lo pasé fatal y a partir de ahí empezaron los problemas. Al principio lo vi como algo puntual, y no le di mucha importancia", explica en una conversación con este diario. Durante seis años, convivió con los síntomas de esta enfermedad: sin diagnóstico, múltiples atragantamientos y sin saber realmente qué le estaba pasando.

En España, al menos 1 de cada 1.000 personas la padece, según la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC), aunque **el número real podría ser mayor debido a un retraso diagnóstico medio de entre 4 y 6 años**. Y ahora, se ha reconocido como una enfermedad crónica.

El notable aumento de casos se atribuye no solo a una mayor capacidad diagnóstica, sino también a cambios ambientales y del estilo de vida occidental, que parecen favorecer respuestas inmunológicas anómalas frente a alimentos y alérgenos, señalan los especialistas.

Carlos perdió 20 kilos en tan solo seis meses

Al principio, le dijeron que era psicológico, que "no tenía nada. Me decían que era joven, que comía mal y que podría ser ansiedad". Sin embargo, la vida de Carlos se paralizó por culpa de los síntomas de esta enfermedad, a la que le costó años poner nombre y apellidos.

La dificultad para el paso de los alimentos, los atragantamientos recurrentes o el reflujo que no responde a tratamiento en pacientes jóvenes con alergias deben hacer sospechar una EoE

"Fue horrible. Llegué a pensar que tenía cáncer. Había perdido 20 kilos en seis meses. Me metí en Google a buscar síntomas... fue un error. **Me sentía completamente solo**", señala.

Ahora, la comunidad científica defiende un modelo de atención compartida entre alergólogos, digestivos, pediatras, patólogos y nutricionistas.

"La dificultad para el paso de los alimentos, los atragantamientos recurrentes o el reflujo que no responde a tratamiento en pacientes jóvenes con alergias deben hacer sospechar una EoE", recalcan las **doctoras González Mendiola y Ávila Castellanos, coordinadoras del Grupo de Interés en EoE de la SEAIC**.

El diagnóstico no llegó hasta 2015. Su tratamiento fue la eliminación de ocho alimentos. "Así estuve hasta 2021, pero seguía con síntomas. Llegué a acostumbrarme a vivir con disfagia —un trastorno que provoca dificultad para tragar—".

El peor momento, recuerda, fue durante la **pandemia de la COVID-19**. "Tuve una recaída durísima. Perdí otros 8 kilos y estuve durante dos meses yendo a urgencias cada semana y seguían diciéndome que era psicológico".

Cuatro años en terapia psicológica

"La EoE aún pasa desapercibida, pero impacta profundamente en la calidad de vida", advierten las especialistas. La mayoría de los pacientes son varones jóvenes con antecedentes de asma, rinitis o dermatitis atópica, y a menudo se confunde con el reflujo gastroesofágico.

Y que aún se conoce poco sobre esta enfermedad crónica es una realidad. Carlos Sola investigó por su cuenta pasa saber más. "Contacté con un experto en Ciudad Real. Desde Andalucía no quisieron derivarme, pero este médico me dijo que me fuera al Hospital La Princesa de Madrid".

En la actualidad, tiene recaídas frecuentes. "Me han hecho cuatro dilataciones —procedimiento para ensanchar el esófago— en año y medio. Tengo el esófago con motilidad ineficaz. Como muy poco, a veces solo patatas cocidas".

Ahora estoy con un medicamento por el que luchamos muchísimo para que se aprobara

Además del impacto físico, la esofagitis eosinofílica también tiene **consecuencias en la salud mental**. No puede seguir trabajando como profesor, porque su estado no le permite estar seis horas en una pista.

E incluso ha tenido que **recurrir a ayuda profesional** y lleva cuatro años en terapia psicológica. "Aunque no me he sentido una carga para mi familia, sí he sido poco escuchado por los médicos", recalca a este diario.

Sobre los tratamientos para vivir con la EoE, "estuve 10 meses con un tratamiento biológico que no me hizo efecto. Ahora estoy con un medicamento por el que luchamos muchísimo para que se aprobara, pero es una vergüenza: a pesar de conocerse su efectividad, hemos vivido un desabastecimiento de casi un año".

Recogió 30.000 firmas para que "en Sanidad me atendieran personalmente y pudiera explicar los beneficios de este tratamiento. Sin embargo, no me han contestado ni han querido atenderme. Se sabe que este tratamiento tiene una alta efectividad, y lo necesitamos de manera vital".

Medios especializados



ConSalud.es

LUPA SANITARIA

El Hospital La Princesa pone el foco en la esofagitis eosinofílica durante su primer día mundial

El Hospital público de La Princesa visibiliza la esofagitis eosinofílica en la celebración del primer día mundial de esta patología

- Los pacientes con esofagitis eosinofílica solicitan mayor reconocimiento y recursos
- El Hospital Universitario de La Princesa celebra el IV Curso Internacional de Cirugía Biliar

La Unidad Integral de **Esofagitis Eosinofílica** (EoE) del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de La Princesa, centro público de la Comunidad de Madrid, se suma a la celebración del **primer día mundial** dedicado a esta patología, que tiene lugar el **22 de mayo**, para sensibilizar a la sociedad sobre esta enfermedad crónica del esófago que causa **problemas** para **tragar** y **atascamiento** de la comida.

A las personas con EoE se le acumulan un tipo de glóbulos blancos, llamados **eosinófilos**, en el esófago produciendo **inflamación**. La razón por la que el organismo desarrolla esa inflamación esofágica **no está clara,** pero hay una fuerte asociación de esta patología con **condicionantes alérgicos**, tales como **alergias a alimentos**, **rinitis, asma alérgica** o **dermatitis atópica**. En casos muy extremos, puede provocar un **atasco** del **bolo alimenticio** en el esófago, debiendo practicarse una endoscopia digestiva de urgencia para extraer el trozo de alimento retenido. Para tratar esta patología, el **Hospital Universitario de La Princesa** cuenta con una Unidad Integral sobre Esofagitis Eosinofílica, liderada por el doctor **Sergio Casabona**, donde se aborda esta patología desde un punto de vista multidisciplinar con el objetivo de conseguir mejorar

la calidad de vida de los más de **500 pacientes** que se atienden, contando incluso con un programa de transición de pediatría a adultos. Asimismo, esta unidad participa en diversos estudios de investigación para ampliar los conocimientos sobre las causas de la EoE.

En el marco de este día la **Asociación Española de Esofagitis Eosinofílica** (AEDESEO), con la que el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de La Princesa colabora estrechamente, ha lanzado la iniciativa **"Da luz a la EoE",** una acción simbólica para concienciar sobre esta enfermedad a través de la **iluminación** de color **rosa** de diferentes edificios y monumentos de toda España como gesto de apoyo a los pacientes y sus familias.

Medios especializados

IMMÉDICO
MEDIO ACREDITADO PARA LA INNOVACIÓN MÉDICA

Oncología | I+D+I | Neumología | Obstetricia y Ginecología | Gastroenterología - Digestivo

El CNIO lidera un proyecto centrado en desarrollar réplicas virtuales del estado de salud de las pacientes oncológicas mediante la IA

El trabajo busca crear gemelas digitales, un modelo virtual para replicar con precisión el estado de salud de una paciente en tiempo real a través de la recopilación de datos moleculares del tumor, indicadores del organismo, información emocional y demás datos clínicos.Los primeros resultados presentados revelan que se puede realizar un seguimiento remoto de calidad como para entrenar modelos computacionales que permitan predecir cómo será el desarrollo de la enfermedad.



Reproducir 27/05/2025

Un proyecto liderado por el **Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas** (CNIO), en colaboración con nueve hospitales de toda España, dos universidades (listado abajo) y la Fundación CRIS Contra el Cáncer, da pasos significativos hacia la medicina personalizada. Hasta la fecha, 150 mujeres con cáncer avanzado ya forman parte de este estudio pionero, la mitad del objetivo total de participantes.

El proyecto está enmarcado y financiado desde la Infraestructura IMPaCT de Medicina de Precisión, impulsada por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

El objetivo es desarrollar réplicas virtuales mediante inteligencia artificial, las llamadas *gemelas digitales*, de mujeres con cáncer avanzado. Se trata de sentar las bases para que, en futuros ensayos, pueda personalizarse más el tratamiento, y anticiparse a la evolución del cáncer.

¿Qué es una gemela digital y por qué puede influir en la forma de tratar el cáncer?

Una gemela digital es un modelo virtual que busca replicar con precisión el estado de salud de una paciente en tiempo real. A diferencia de las historias clínicas tradicionales, esta gemela integra múltiples capas de información, entre ellas:

- Datos moleculares del tumor (ADN, proteínas, metabolismo…),
- Indicadores del organismo en tiempo real recogidos con relojes inteligentes (frecuencia cardíaca, sueño, actividad física),
- Información emocional y de calidad de vida recopilada a través de una app,
- Datos clínicos convencionales, como tratamientos y analíticas.

Estos datos se van actualizando de manera constante, para permitir a los investigadores y médicos comprender mejor la evolución de la enfermedad y el impacto del tratamiento en cada paciente, prever efectos secundarios y ajustar las terapias en tiempo real.

La mitad de las pacientes ya están participando

El estudio, en el que participan 9 hospitales de toda España y dos universidades (Politécnica de Madrid y la Universidad Carlos III), tiene previsto incluir a 300 mujeres con cáncer de mama, pulmón o colon metastásico, justo antes de iniciar su tratamiento. Con 150 mujeres ya reclutadas se marca un momento crucial en la viabilidad del proyecto.

Los primeros resultados, presentados en el congreso ESMO, muestran que es posible hacer un seguimiento remoto de calidad, y que los datos obtenidos son lo suficientemente robustos como para entrenar modelos computacionales que permitirán predecir cómo se desarrollará la enfermedad de las pacientes.

El equipo investigador ya prepara la próxima presentación de resultados en el congreso ASCO 2025, que tendrá lugar en Chicago y representa el mayor encuentro de oncología del mundo. Allí se discutirá cómo los datos recogidos de forma remota —desde la actividad diaria hasta los estados emocionales— pueden ayudar a anticipar la respuesta temprana al tratamiento en cáncer metastásico.

Incorporar la edad biológica: una nueva capa de precisión

Uno de los aspectos más innovadores de este proyecto es que **no solo mide lo que ocurre en el tumor, sino también cómo envejece el cuerpo de la paciente durante el tratamiento**. Gracias a un nuevo modelo de reloj biológico, desarrollado también en el CNIO, es posible estimar la edad biológica real del organismo a partir del ADN.

Este reloj molecular detecta con precisión si el cuerpo de la paciente está envejeciendo más rápido de lo esperado, lo que puede estar influido por el tipo de tumor, la toxicidad de los tratamientos o incluso por factores emocionales. Con esta información los médicos podrían valorar mejor el impacto del tratamiento, y ajustar la intensidad o la combinación de terapias según la situación biológica de cada persona.

Es la primera vez que esta herramienta se incorpora de manera práctica a un estudio de seguimiento clínico real.

Un proyecto enfocado en la medicina del futuro

Aunque este proyecto se encuentra aún en fase de desarrollo y no tiene una finalidad curativa para las pacientes participantes, sí que busca generar herramientas y conocimiento para transformar la medicina del futuro. Gracias a la combinación de datos moleculares, seguimiento remoto y medición de la edad biológica, se abre la puerta a una oncología más precisa y adaptada a cada persona.

Es una de las iniciativas de medicina personalizada más ambiciosas en España. Liderado por el CNIO y financiado con 2,5 millones de euros para tres años, este proyecto público de investigación llamado técnicamente **High-definition oncology in women's cancer** (Oncología de alta definición en cáncer

femenino) es un proyecto de medicina personalizada de precisión financiado por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) con fondos de la Unión Europea (NextGenerationEU/PRTR). Forma parte de la iniciativa IMPaCT (Infraestructura de Medicina de Precisión asociada a la Ciencia y la Tecnología) del ISCIII.

Participantes:

En el proyecto participan: CNIO; Hospital La Princesa; Hospital de Fuenlabrada; Hospital Clínico de Valencia; Hospital Son Espases; ICO Bellvitge; Complejo Hospitalario de Navarra; Hospital Virgen de la Macarena; Hospital San Pedro de Cáceres; Complejo Hospitalario A Coruña; Universidad Carlos III; Universidad Politécnica de Madrid; y la Fundación CRIS contra el cáncer.

Medios especializados



ConSalud.es

La Princesa forma en gestión sanitaria y nuevas políticas de salud a una treintena de alumnos de Chile

Esta actividad académica tiene como objetivo que los alumnos conozcan los avances experimentados en materia de gestión sanitaria y nuevas políticas de salud en diferentes centros sanitarios

- El Hospital de la Princesa consigue un CSUR para el tratamiento endoscópico avanzado en acalasia
- El Hospital de la Princesa muestra cómo funciona su Unidad de Cuidados Paliativos desde dentro

Jornada formativa a 30 estudiantes de Chile - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA

El **Hospital Universitario de La Princesa**, centro público de la Comunidad de Madrid, ha celebrado una jornada formativa con 30 estudiantes de Chile en el marco de la séptima edición del Diploma de Gestión Sanitaria y Políticas de Salud, organizado conjuntamente por la **Universidad Complutense de Madrid** (UCM) y **el Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello** (Chile), y que cuenta con la participación especial del Centro de Estudios Gregorio Marañón de la Fundación Ortega-Marañón. Esta actividad académica tiene como objetivo que los alumnos conozcan los avances experimentados en materia de gestión sanitaria y nuevas políticas de salud en diferentes centros sanitarios.

Este encuentro profesional internacional se desarrolló a través de ponencias, clases magistrales y visitas a distintos hospitales públicos de la región, entre ellos el Hospital Universitario de La Princesa. El director gerente del hospital, **José Julián Díaz Melguizo,** abrió la sesión en la que presentó el modelo de gestión y los puntos clave de la planificación del hospital. A continuación, la directora de Enfermería del centro, **Pilar Prieto Alaguero**, habló de la importancia de la enfermera de práctica avanzada. Seguidamente, la directora Médico, **Gloria Torralbo Caballero**, junto a los subdirectores Médicos, **Antonio Planas Roca** y **Pedro Landete Rodríguez**, expusieron a los alumnos el sistema de información en gestión sanitaria que se lleva a cabo en el hospital.

Los alumnos pudieron conocer también los proyectos de humanización que se realizan en el centro de la mano del coordinador de Humanización, **Eduardo López Palacios,** y la directora de la Escuela de Pacientes, **María Segura**, que centró su intervención en la importancia de la realización de estas escuelas formativas para los pacientes y sus cuidadores. Por su parte, el Hospital Universitario de La Princesa ha valorado esta experiencia como **muy enriquecedora** de manera **bidireccional**, ya que a través de las cuales se ha generado un **espacio abierto y colaborativo** de conocimientos entre diferentes países, tanto en el presente como en el futuro.

Medios especializados



La 'Guía de práctica farmacéutica en Hidradenitis', coordinada por Esther Ramírez, farmacéutica del hospital La Princesa de Madrid y Antonio Martorell, dermatólogo en el Hospital de Manises (Valencia), está realizada con un enfoque eminentemente práctico con el objetivo de que sea de utilidad en el día a día de las consultas de atención farmacéutica.

En el proyecto, presentado por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) en una sesión webinar y que ha contado con la colaboración de Novartis, han participado nueve farmacéuticos especialistas de centros hospitalarios de toda España.

Estructura

Esther Vicente, farmacéutica del Hospital General Univesitario de Castellón y una de las autoras de la guía, explicó que, siguiendo la línea de las guías publicadas previamente, "mantiene un enfoque funcional y aplicable en la práctica clínica diaria, conteniendo tablas, esquemas, algoritmos terapéuticos y herramientas de evaluación que facilitan la toma de decisiones clínicas y refuerza el papel activo del farmacéutico hospitalario en el manejo de pacientes con hidradenitis supurativa".

La guía se divide en cinco capítulos y un anexo que incluye recomendaciones específicas para la evaluación de PROMs y PREMs (Patient Reported Experience Measures), lo que refuerza el enfoque centrado en el paciente y en los resultados en salud. "En conjunto, se trata de una herramienta útil, alineada con la práctica clínica real y diseñada para facilitar la implantación del modelo CMO en la atención al paciente con Hidrosadenitis" enfatizó.

Por su parte, la coordinadora del documento, Esther Ramírez, añadió que cuenta con un anexo de PRO (Patient Reported Outcomes, resultados reportados por los pacientes),"al ser la hidradenitis una patología inmunomediada que genera impacto negativo en la calidad de vida

de los pacientes que la padecen y que consideramos importante incluir estos cuestionarios validados como herramienta de medida de PRO“.

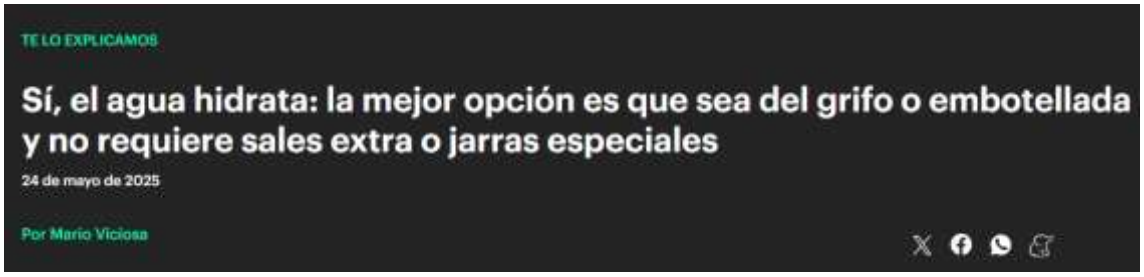
Webinar de presentación de la guía.

Caso práctico

Durante el webinar, Pilar López. farmacéutica del Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona, presentó la aplicación práctica de la guía, que cuent a través del caso clínico de Lucía, una paciente joven con obesidad y comorbilidades asociadas, que permitió ejemplificar cómo implementar las recomendaciones de la guía en la práctica asistencial. A lo largo de la exposición se abordaron los principales capítulos del documento: desde la visita inicial (capítulo 2), con validación del tratamiento, educación sanitaria y entrevista motivacional, hasta el seguimiento farmacoterapéutico (capítulo 3), utilizando herramientas como HiSCR, IHS4 y escalas de calidad de vida.

También se aplicó el modelo de estratificación (capítulo 4), clasificando a Lucía como paciente de prioridad 2, lo que permitió adaptar el tipo y frecuencia de las intervenciones farmacéuticas. Finalmente, se revisaron los criterios de finalización del tratamiento/derivación al dermatólogo recogidos en el capítulo 5. Este enfoque práctico permitió estructurar la atención farmacéutica desde una perspectiva individualizada, coordinada y centrada en el paciente, alineada con el modelo CMO (Capacidad Motivación Oportunidad).

Neutral



¿Se puede decir en algún caso que *el agua no hidrata?*

No. La idea de que el agua por sí sola no hidrata carece de base científica. Es esencial para la vida y la base de la hidratación a nivel celular. "Nuestro organismo tiene un estímulo mediado únicamente por la necesidad de agua (y no de otras sales), que es la sed", explica el doctor Borja Quiroga (Hospital Universitario La Princesa de Madrid, SEN y autor de *Por mis riñones que hoy como bien*). "Si dejamos de beber agua durante dos o tres días se provocaría un fallo multiorgánico", añade. Sí, el agua, con o sin sales minerales añadidas, hidrata. Y es suficiente en una persona sana en circunstancias normales.

¿Le hacen falta aditivos al agua del grifo o de botella porque si no *no hidrata*?

No. No hacen falta aditivos ni activadores especiales para que el agua "funcione". Es cierto que el agua pura no puede hacerlo, pero el agua pura es la llamada *agua destilada*, usada en planchas o radiadores de coches. No es agua para beber, aunque no sea tóxica. El agua del grifo o de botella, sea o no de *mineralización muy débil*, sí contiene los minerales necesarios para funcionar. Aun estando muy *purificada*. Nunca será sólo H2O.

Beber agua suficiente permite funciones clave como el transporte de nutrientes, la eliminación de toxinas y la regulación de la temperatura corporal.

¿Puede el agua corriente *drenar* el cuerpo, dejarnos sin minerales o nutrientes?

"No sé qué se entiende por drenar tu cuerpo", responde Quiroga. Para el doctor, el término es vago y se usa en mensajes publicitarios sin fundamento. No somos un terreno que el agua arrastre. Los órganos responsables de eliminar toxinas son el riñón (a través de la orina), el aparato digestivo (por heces) y, en menor medida, la piel (mediante el sudor). El proceso no requiere suplementos ni agua especial.

Deshidratarse como una pasa o como un pepinillo

Al sudar mucho o beber un exceso de diuréticos (como el té o alcohol) corremos el riesgo de deshidratarnos, si no se bebe la suficiente agua. Este tipo de deshidratación se conoce como *hipertónica*. Equivale a quedarse cono una uva pasa. Se pierde más agua que sales.

Pero puede ocurrir que las células pierdan sales minerales. Esto es típico de muchas diarreas –y también a veces por sudoración–. Este tipo de sudoración es *hipotónica*. En las células entra una enorme cantidad de

agua, lo que las hincha. Y se corre el riesgo de que se dañen. Puede haber inflamación. Es como meter un pepinillo salado en agua dulce. Al cabo de los días, se hinchará y deteriorará. Para evitarlo y mantener un equilibrio, los pepinillos se pueden conservar en salmuera, manteniendo su forma original.

Publicidad

Pero las células humanas no son uvas ni pepinillos. Y, en una persona sana, el agua mineral (o del grifo, que también tiene minerales) es suficiente para mantener ese equilibrio.

Pero es que el agua de botella tiene tan pocos minerales que no puede ni conducir la electricidad

Vamos por partes. Es cierto que el agua pura no es buena conductora de la electricidad. Lo que permite el movimiento de electrones es el conjunto de minerales disueltos en un agua. Es decir, el agua mineral. Y aún así, tampoco es extraordinariamente buena conduciendo la electricidad, aunque con el voltaje correcto y en las condiciones adecuadas, sabemos que es posible que nos electrocutemos al hacer pasar una corriente con cierto voltaje cuando estamos en el agua o mojados.

Pero todo esto no tiene que ver con su capacidad para hidratarnos. "El intercambio de cargas eléctricas entre el interior y exterior celular es independiente del agua, que no tiene carga", aclara Quiroga. La célula se hidrata (*bebe*) haciendo pasar por su membrana protectora cierta cantidad de agua. Esto ocurre por ósmosis. Es decir, por la diferencia de concentración de sales minerales entre lo que hay dentro de la célula y fuera, "no por la carga del agua".

Entonces… ¿sí que hacen falta sales minerales para que las células se hidraten?

Sí, pero como señala la doctora Laura Esquius (UOC) "en personas sanas, el agua del grifo es totalmente adecuada para mantener una buena hidratación". Nada que añadir. "El exceso de minerales podría incluso ser contraproducente para personas con problemas renales o hipertensión".

Sólo en caso de pérdida de minerales (iones) de sodio, potasio y calcio tras el ejercicio intenso puede ser interesante suplementar. Incluso con carbohidratos, pero eso es otra cosa. Explica los detalles de hidratación y ejercicio en este artículo en *The Conversation.*

¿El agua mineral (o no) puede dañar a los riñones?

Lejos de dañarlos, el agua —sea de baja o alta mineralización— ayuda a su funcionamiento. De hecho, cuando hay poca agua disponible, el organismo activa la sensación de sed para asegurarse de que los riñones puedan trabajar correctamente.

Según la Asociación Española de Urología, esta es adecuada para toda la población y la de *mineralización débil* puede ser preferible en personas con patologías renales.

¿Son más hidratantes otras bebidas como el té, las bebidas isotónicas o la leche?

Hay un estudio de 2015 que parecía establecer una especie de ranking de bebidas más hidratantes. Aparentemente, la leche o el té serían *más hidratantes*, pero esta es una interpretación que se queda coja. Lo que las acompaña (grasas, sales, azúcares…) tiene consecuencias en la salud y, por tanto, su consumo debe ser limitado –no vale sustituir cada vaso de agua por uno de leche o bebida isotónica–.

"Muchas de las bebidas ricas en azúcares tienen un impacto negativo en la salud por esa sobreingesta de glucosa, que incluso puede deshidratarnos", advierte Quiroga. En el caso de bebidas con cafeína, como el té o el café, su efecto diurético puede generar una pérdida adicional de agua.

La doctora Esquius matiza que “la leche puede ser útil para la recuperación tras el ejercicio, pero en el día a día, el agua sigue siendo la opción más segura, sencilla y saludable”.

¿Y añadir sal al agua o usar sueros para hidratar mejor?

No. Esta práctica puede ser incluso peligrosa. “El uso de suero salino intravenoso se reserva para situaciones clínicas concretas como hipotensión o shock”, señala Quiroga. Beber agua con sal en casa no aporta beneficios y puede aumentar la presión arterial o causar retención de líquidos. Sólo una persona especialista puede valorar cuándo y cómo es necesario el aporte de electrolitos (esos minerales cargados eléctricamente).

Medios nacionales

SÁBADO, 24 MAYO 2025

LA VANGUARDIA

LA CONTRA



Víctor-M. Amela - Ima Sanchís - Lluís Amiguet

Borja Quiroga, nefrólogo

Tengo 40 años. Soy de Madrid. Soy médico nefrólogo. Me caso con mi novia, también nefróloga, el mes que viene. Sin hijos. ¿Política? Sanidad pública de calidad. ¿Creencias? Agnóstico. Juego a tenis tres veces por semana. Soy de la junta directiva de la Sociedad Española de Nefrología

"Son tus riñones los que te mantienen joven: ¡cuídalos!"



¡Por mis riñones!
El órgano más complejo del cuerpo: ya puede jurar por él.

Tengo dos.
Con uno solo viviría igual.

¿Podría donar un riñón sin riesgo?
Si un ser amado precisa un riñón, ¡dónale uno! Tú vivirás lo mismo... y disfrutarás del ser amado cuarenta años más.

¿Cuarenta años?
Entrar en diálisis quita 40 años de vida: ¡comprobado! El nuevo riñón los regala: donar un riñón es regalar una vida.

¿Cuántos enfermos renales hay en España?
Seis millones de personas. La mitad no son conscientes de su mal.

Mi riñón izquierdo creó un pedrusco.
¿Oxalato cálcico o ácido úrico?

Cristales de ácido úrico.
No coma marisco ni beba alcohol. Y tome alopurinol 100: interfiere la agregación de cristales de ácido úrico.

¿Lo de mi riñón es genético?
Sí, así como otras personas crean cálculos de oxalato cálcico: eviten berros y hoja verde, su oxalato se asocia al calcio y...

Cálculo al canto. ¿Bebo agua?
Se dice que bebas dos litros de agua diarios, pero eso no garantiza su salud renal.

Entonces, ¿bebo o no?
En modo sedentario y sin calor, 1,3 litros al día bastan para la función renal. Si el riñón precisa más, enviará una señal a tu hipófisis: sentirás sed. ¡Bebe!

Hay gente que no siente sed.
Sucede en ancianos: conviene hidratarles.

¿Para qué sirve el riñón?
Para filtrar 180 litros de sangre cada día.

¡Yo no orino tanto!
La orina es solo la porción de líquido que desechamos; el resto se redistribuye por el cuerpo, con tres fines metabólicos relativos al hierro, el calcio y el klotho.

Hierro.
Tu riñón crea EPO (eritropoyetina), que incita a tu médula ósea a crear glóbulos rojos (hierro)... que transportan el oxígeno a las células, y así no serás anémico.

Calcio.
Tu riñón regula la correcta fijación de calcio en los huesos, te salva de osteoporosis y de calcificación vascular.

Klotho... ¿Qué es el kloto?
Una proteína que sintetiza tu riñón: lo sabemos hace 25 años... ¡y es revolucionario!

¿Por qué, revolucionario? Cuente.
Klotho es una proteína antienvejecimiento: si la pierdes... ¡envejeces!

¿Y qué provoca que la pierda?
El fósforo inorgánico. Que está presente en aditivos, colorantes, saborizantes y conservantes, y en alimentos ultraprocesados: son todas las 'E' de las etiquetas...

¿Esas sustancias me envejecen?
¡Sí! Y te envejece el refresco de cola. Y las sopas de sobre. Y la bollería industrial.

¡Protegeré más mi klotho, doctor!
Hará bien. A su descubridor, Kuro'o, ¡le darán el Nobel pronto! Son tus riñones, con su klotho, los que mantienen altas tus defensas y te protegen de inflamaciones e infecciones; ¡te mantienen joven!

¿Qué más puedo hacer para cuidar mis riñones?
Renuncia al azúcar y a la sal. La diabetes (demasiado azúcar en sangre) estresa al riñón, y lo mismo la hipertensión vascular, que lesiona tus riñones desde afuera.

¿Y el alcohol? ¿Y el café?
No hay alcohol bueno. El café, en cambio, es antiinflamatorio, antioxidante y antitumoral: toma los cafés que quieras, con o sin cafeína (pero antes de las tres del mediodía), y que sea siempre café natural, nunca café torrefacto, que es tóxico.

¿Qué enfermedades renales son endógenas del riñón?
Defectos de filtrado, por carencia o exceso, que reflejan las analíticas: si vemos demasiada creatinina en sangre, ¡mal! Si vemos demasiadas proteínas en orina, ¡mal!

¿Qué hay que hacer?
Hacer analíticas desde los 20 años: cada una cuesta un euro, inversión en cribado que ahorraría ¡millones de euros y sufrimientos! por futuras patologías renales.

¿Tanto?
Sí, porque los tratamientos farmacológicos renales de base retrasan hasta 26 años la entrada en diálisis. ¡Merece la pena!

La diálisis es el ultimísimo recurso renal, entiendo...
Ultimísimo, sí. Está bien que, además de la hemodiálisis hospitalaria, hoy es posible una diálisis peritoneal domiciliaria.

¿Una máquina en casa?
Es solo una bolsa con un líquido: infundido con caréter en el peritoneo (membrana que recubre el abdomen), tú mismo luego la vacías y así has quedado dializado.

¿Y lo de meterte en una bañera con sal?
¡Los nefrólogos ya hemos denunciado a los charlatanes que en redes promueven tamaña chorrada como diálisis casera!

VÍCTOR-M. AMELA

'Por mis riñones que...'

Borja Quiroga es un sabio del riñón. Me imparte aquí un máster privado sobre mi órgano más complejo y completo, implicado en todas mis funciones corporales. Me enseña que el enfermo renal (¡seis millones en España!) es el que más patologías adicionales padece. Y que en el año 2050 el riñón será la tercera causa de muerte en el mundo, tras alzheimer y pulmones, ya por delante de crisis cardiovasculares y oncológicas. Quiroga publica ahora *Por mis riñones que hoy como bien* (Rosamerón), junto al cocinero Miguel Cobo (Cobo Estratos, en Burgos), con recetas saludables para tus riñones, basadas en la evolución humana. Dejo dos aquí: rape con almejas, bajo en fósforo y con más hierro que las lentejas, y gazpacho de remolacha, ¡relaja vasos sanguíneos y rebaja la tensión arterial!

BBVA CON LA INNOVACIÓN Y LA SOSTENIBILIDAD EMPRESARIAL

Medios locales

Noticias.Madrid
DIARIO DE LA PROVINCIA

El Hospital de La Princesa Destaca la Esclerosis Múltiple en su Día Mundial

Por:Noticias Madrid

30 de mayo de 2025

1 minuto(s) de lectura

La Esclerosis Múltiple (EM), una enfermedad autoinmune y neurodegenerativa del sistema nervioso central, afecta alrededor de 55,000 personas en España. Su diagnóstico suele darse entre los 20 y 40 años, impactando mayormente a mujeres —tres de cada cuatro casos— y puede llevar a una discapacidad significativa. Con una incidencia de 4 casos por cada 100,000 habitantes, la EM presenta un gran desafío debido a su variada manifestación en cada paciente. La individualización del tratamiento se vuelve fundamental, al igual que la detección precoz, para utilizar terapias que modifiquen el curso de la enfermedad.

El lema de este año, «Mi Esclerosis Múltiple es real, no me la invento», subraya la necesidad de visibilizar la complejidad de síntomas, muchos de ellos invisibles para los demás. Esta campaña busca crear conciencia sobre los desafíos diarios que enfrentan los afectados.

El Hospital de La Princesa en Madrid, bajo la dirección de la doctora Virginia Meca Lallana, lidera un enfoque multidisciplinario para tratar la EM. La colaboración de especialistas de diversas áreas, como Medicina Física, Rehabilitación, Inmunología, y Farmacología, entre otras, resulta esencial. Este centro cuenta con las terapias más avanzadas y biomarcadores de última generación para un diagnóstico y seguimiento óptimos.

La investigación en la Unidad de Esclerosis Múltiple es integral y colabora con sociedades científicas nacionales e internacionales. Los ensayos clínicos del hospital están en la vanguardia, explorando nuevas moléculas y dirigidas a innovadoras dianas terapéuticas, con especial atención a la progresión de la EM, uno de los aspectos más desafiantes de esta patología.

En un país donde miles conviven con la EM, los avances médicos y el incremento de la conciencia social son cruciales para mejorar la calidad de vida y las expectativas de quienes enfrentan esta enfermedad a diario.

Medios especializados



- 29 de mayo, 2025
- Tampoco debemos minimizar que el hábito tabáquico no libera de la ansiedad ni del estrés, como imaginas, te hace sentir mal física y psicológicamente y, si eres una mujer embarazada, induce a que el bebé nazca de forma prematura… Y además ahorrarás dinero para respirar vida.

Con motivo del Día Mundial Sin Tabaco, que se celebrará el próximo sábado 31 de mayo, el Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid nos recuerda que fumar ha matado a unas 600.000 personas en España durante los últimos quince años.

El **Dr. Julio Ancochea Bermúdez**, neumólogo jefe, así como las **doctoras Elena García Castillo y Tamara Alonso Pérez**, junto al **psicólogo clínico David Rudilla**, el médico interno residente **MIR de tercer año Alberto Amorós** y la **enfermera especialista DUE, Almudena Rey Hernández**, ofrecen diez consejos médicos para dejar de fumar:

1. Deja de fumar para cuidar tu salud y la salud de los que tienes alrededor.
2. Deja de fumar para evitar exponerte a múltiples sustancias cancerígenas.
3. Deja de fumar para evitar complicaciones en el desarrollo de tu bebé.
4. Deja de fumar y libérate de la ansiedad y el estrés que el tabaco te hace creer que calma.
5. Deja de fumar para cuidar tu salud bucodental.
6. Deja de fumar para poder pasear y hacer deporte sin ahogarte.
7. Deja de fumar para mejorar tu salud cardiovascular.
8. Deja de fumar para disminuir el riesgo de tener un parto prematuro.

9. Deja de fumar y siéntete bien física y psicológicamente.
10. Deja de fumar para ahorrar dinero.

Y dejar de fumar revolviéndote las tripas con cifras desgarradoras

El hábito tabáquico, fumar en sus distintas formas, como el tabaco calentado o mediante cigarrillos electrónicos, consume totalmente la vida de unos ocho millones de personas cada año a nivel mundial, de los cuales cerca de 1,3 millones son fumadores pasivos, según la OMS.

Un dato sobrecogedor y terrorífico que la Organización Mundial de la Salud añade es que **fumar mata al 50 % de las personas fumadoras que no abandonan este hábito adictivo**, **nicotinizado**.

Como ejemplo, y según los informes del Ministerio de Sanidad de España, fuman en nuestro país el 19,8 % de las personas (23,3 % hombres y 16,4 % mujeres); muy a pesar de que haya disminuido la prevalencia del consumo diario de tabaco en un 25 % durante el periodo 2006-2024.

Sabiendo que el hábito de fumar se encuentra más o menos implicado en el origen y desarrollo de más de 200 enfermedades, son las que relacionamos las que más descollan en las estadísticas vinculadas a la morbimortalidad:

EPOC, el infarto agudo de miocardio, el ictus, los aneurismas, la hipertensión arterial, la impotencia sexual, las patologías reumáticas, las úlceras gástricas, los problemas oftalmológicos, las lesiones cerebrales como la demencia y el alzhéimer, los abortos espontáneos, el cáncer de vejiga y todos los tumores del sistema respiratorio, especialmente de pulmón y garganta.

“Desde La Princesa trabajamos cada día para que nuestr@s jóvenes y nuestr@s mayores respiren sueños, respiren futuro, respiren felicidad, respiren salud y, en definitiva, respiren vida. Deja de fumar para sentirte bien física y psicológicamente… **Deja de fumar, respira vida**“, subraya el Dr. Julio Ancochea, médico humanista.

En este mismo sentido, el Dr. Ancochea dirige nuestra mirada hacia el lema de la OMS para este Día Mundial Sin Tabaco: “Desenmascaremos el atractivo del tabaco” y nos pide que prestemos mucha atención a las palabras de la **Dra. Adriana Blanco Marquizo**.

Como jefa de la Secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, alerta sobre las campañas de desinformación de la industria tabaquera, que se centran subrepticiamente en exponer que los nuevos productos para fumar, como el tabaco calentado, los cigarrillos electrónicos y las bolsitas de nicotina “parezcan menos nocivos y más fascinantes”, señala.

Para su promoción, y ganancias, son capaces de ofrecer tabaco y nicotina con sabores al gusto del consumidor y diseños coloridos, incluso vendiendo dispositivos que imitan ser juguetes.

De hecho, el lema de la OMS en este 2025 es contundente: “Desenmascaremos su atractivo. Las tácticas de la industria con los productos de tabaco y nicotina al descubierto”.

Por estos motivos, y otros tantos, “la pavorosa tendencia al aumento del consumo de estos productos entre niñ@s y jóvenes debe ser abordada sin demora”, expone la Dra. Blanco Marquizo.

“Es esencial aplicar regulaciones estrictas en la venta y consumo de tabaco, y disminuir sustancialmente su atractivo mediante la prohibición de sabores y aromas, regulando el diseño de estos productos, como el empaquetado genérico”, considera.

“A la vez, debemos asegura una prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio de estos productos, incluyendo las redes sociales”, indica.

“En una fecha como el Día Mundial Sin Tabaco, más que nunca, debemos trabajar todos juntos, gobiernos, sociedad civil e instituciones academicas para proteger a nuestros niñ@s y jóvenes, asegurándoles un futuro libre de la adicción al tabaco y la nicotina”, concluye.

La Dra. Adriana Blanco Marquizo es médica, de nacionalidad uruguaya, está especializada en Políticas de Prevención de Adicciones en Niños y Adolescentes por el Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH).

También, ha participado de forma activa en las actividades de control del tabaco en su país natal, lo que ha contribuido a que Uruguay se convierta en el primer país libre de humo de la región de las Américas.

La Dra. Adriana Blanco Marquizo trabajó como jefa de la Unidad de Factores de Riesgo y Nutrición del Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud.

Medios locales



El Hospital Universitario de La Princesa, centro público de la Comunidad de Madrid, ha celebrado una jornada formativa con 30 estudiantes de Chile en el marco de la séptima edición del Diploma de Gestión Sanitaria y Políticas de Salud, organizado conjuntamente por la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y el Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello (Chile), y que cuenta con la participación especial del Centro de Estudios Gregorio Marañón de la Fundación Ortega-Marañón. Esta actividad académica tiene como objetivo que los alumnos conozcan los avances experimentados en materia de gestión sanitaria y nuevas políticas de salud en diferentes centros sanitarios.

Este encuentro profesional internacional se desarrolló a través de ponencias, clases magistrales y visitas a distintos hospitales públicos de la región, entre ellos el Hospital Universitario de La Princesa.

El director gerente del hospital, José Julián Díaz Melguizo, abrió la sesión en la que presentó el modelo de gestión y los puntos clave de la planificación del hospital. A continuación, la directora de Enfermería del centro, Pilar Prieto Alaguero, habló de la importancia de la enfermera de práctica avanzada. Seguidamente, la directora Médico, Gloria Torralbo Caballero, junto a los subdirectores Médicos, Antonio Planas Roca y Pedro Landete Rodríguez, expusieron a los alumnos el sistema de información en gestión sanitaria que se lleva a cabo en el hospital.

Los alumnos pudieron conocer también los proyectos de humanización que se realizan en el centro de la mano del coordinador de Humanización, Eduardo López Palacios, y la directora de la Escuela de Pacientes, María Segura, que centró su intervención en la importancia de la realización de estas escuelas formativas para los pacientes y sus cuidadores.

La última ponencia corrió a cargo de Pablo Rodríguez Cortes, responsable de la Unidad de Hospitalización a Domicilio del hospital, que habló de las ventajas y beneficios de esta modalidad de ingreso en el propio domicilio del paciente.

Por la tarde, los alumnos pudieron visitar el Servicio de Farmacia, la Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) y un quirófano donde se lleva a cabo la cirugía robótica, en el que profesionales de estos servicios y unidades les instruyeron sobre la gestión de los mismos.

El Hospital Universitario de La Princesa ha valorado esta experiencia como muy enriquecedora de manera bidireccional, tanto para los alumnos de Chile que asistieron, como para los profesionales del centro que participaron en las charlas, ya que a través de las cuales se ha generado un espacio abierto y colaborativo de conocimientos entre diferentes países, tanto en el presente como en el futuro.

Medios locales



El Hospital Universitario de La Princesa, centro público de la Comunidad de Madrid, se suma a la celebración del Día Mundial de la Esclerosis Múltiple, una enfermedad de origen desconocido que no tiene cura y que sufren cerca de 55.000 personas en España. La detección precoz es fundamental, ya que se dispone de tratamientos eficaces capaces de evitar la discapacidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad autoinmune, inflamatoria y neurodegenerativa del sistema nervioso central, que se suele diagnosticar entre los 20 y 40 años, y en ocasiones conlleva un grado de discapacidad significativa.

Se estima que unas 55.000 personas en España tienen Esclerosis Múltiple con una incidencia alrededor de los 4 casos por 100.000 habitantes, siendo tres de cada cuatro personas mujeres.

Se trata de una patología muy heterogénea en la que cada paciente sufre su propia evolución, de modo que la individualización del manejo y el tratamiento en cada caso es clave. Asimismo, la detección precoz es fundamental ya que se dispone de tratamientos eficaces capaces de modificar el curso de la enfermedad, deteniendo o minimizando los brotes y evitando o ralentizando la discapacidad.

El lema de la campaña de año es Mi Esclerosis Múltiple es real, no me la invento, con la que se pretende visibilizar la complejidad y la diversidad de síntomas que experimentan quienes conviven con esta patología, una media de 14 síntomas simultáneos, muchos de ellos invisibles para el entorno.

Abordaje multidisciplinar e investigación de vanguardia
En la Unidad de Esclerosis Múltiple y otras Enfermedades Autoinmunes del Sistema Nervioso Central del Hospital de La Princesa, liderada por la doctora Virginia Meca Lallana, y perteneciente al Servicio

de Neurología, se realiza un abordaje multidisciplinar de esta enfermedad por parte de diferentes especialistas y personal sanitario: Medicina Física y Rehabilitación, Inmunología, Farmacia Hospitalaria, Farmacología Clínica, Neuropediatría, Medicina Preventiva, Oftalmología, Urología, Fisioterapeutas, Neuroradiología, Psiquiatría, Trabajo Social, Hematología, Ginecología, etc. La investigación sobre la Esclerosis Múltiple también se hace en colaboración con todos esos servicios y también con las sociedades científicas tanto nacionales con internacionales.

Asimismo, esta unidad dispone de todas las terapias aprobadas para el tratamiento de la EM, y del acceso al uso de los últimos biomarcadores biológicos disponibles, así como a técnicas de imagen de última generación que permiten un diagnóstico y seguimiento más preciso de la enfermedad. Se implantan además los últimos avances en biomarcadores en sangre.

Otro aspecto de la investigación que realiza la Unidad de Esclerosis Múltiple del Hospital de La Princesa son los múltipes ensayos clínicos llevados a cabo con nuevas moléculas que van dirigidos a novedosas dianas terapéuticas, poniendo el foco en la progresión, el aspecto más complejo de esta patología.

Medios locales

Castellana, Fuente del Berro, Guindalera, Goya, Lista y Recoletos

DSalamanca

EL PERIÓDICO DEL DISTRITO SALAMANCA DE MADRID

Recib
inform

HISTORIAS DEL DISTRITO. Lo que se debe decir, debe decirse



MIGUEL ROMERO MEMBRIVES, 29 DE MAYO DE 2025

Llueve ahí fuera, lo oigo tras el plástico de las persianas bajadas. Subo un poco la mía, con un poco de esfuerzo y sumo cuidado para no molestar a quien duerma en nuestra habitación.

Observo primero a lo lejos, para saber dónde alcanza la vista... A mi derecha, el Pirulí ya iluminado; y a mi izquierda el edificio que sobresale más es ese donde están Los Calamares haciendo esquina (Francisco Silvela con Alonso Heredia). Debajo, a pesar del aguacero, el trajín de terrazas de restaurantes y coches de Conde de Peñalver rivaliza con el sonido arrollador de la lluvia. Detrás de mí, el contraste entre el silencio del interior de la habitación del hospital y el fragor del exterior.

Nuestra "vecina" duerme plácidamente mientras su hermana creo que lee algo en la tableta. Mi madre está en silencio, seguramente dolorida y algo mareada... Lo importante es que aún sigue con nosotros. Aunque esta noche lluviosa en gris cansado me parezca que dejó por fin de chorrear la tristeza por las paredes blancas de la habitación, estoy firmemente convencido de que quienes estamos en esta habitación sentimos que estamos como en casa.

Echo la vista a lo lejos en el tiempo, y encuentro que su origen comienza hace casi dos siglos, un 11 de febrero de 1852. Aquel día la reina Isabel II solicitó a Bravo Murillo, entonces presidente del Consejo de Ministros (cargo equivalente al actual jefe del Gobierno), la construcción de un hospital en honor de su hija la infanta Isabel ("La Chata"). Días atrás ambas pudieron haber sido asesinadas

por el cura Merino, ella y su hija. Al presentarla en la iglesia de Nuestra Señora de Atocha el cura aprovechó su presencia en el acto para intentar perpetrarlo. Al salir ambas ilesas, se decidió hacer como ofrenda y agradecimiento dicho hospital.

Se puso la primera piedra (16/10/1852) en el paseo de Areneros (hoy Alberto Aguilera), quedando inaugurado en 1857 (24 de abril) y bautizándolo como "Hospital de la Princesa". Pasó el tiempo, y cambió de nombre e incluso de lugar hasta el presente...

En la I República (1873-1874) se denominó Hospital Nacional; en la II República (1931-1936) Hospital de la Beneficencia General, y durante la Guerra Incivil (1936-1939) Hospital Nacional de Cirugía, trasladándose preventivamente al colegio de El Pilar en el distrito de Buenavista. Terminada la guerra, se decide volver al viejo edificio, y aunque se hicieron arreglos por los estragos causados durante el conflicto, e incluso se hicieron ampliaciones, resultó ya un lugar exiguo y anticuado.

Se valoró que era interesante reinstalarlo en el terreno donde estuvo el campo de fútbol de Torrijos, donde jugaron al *football* La Veterana (Real Sociedad Gimnástica Española) y posteriormente el Unión Sporting (que lo rebautizó como Castilla). Aquella manzana la ceñían Diego de León, Torrijos (Conde de Peñalver), estaba cerrada aún por el convento de Carmelitas de Santa Ana y San José (calle de Torrijos 66, luego 73) y Hermanos Miralles (General Díaz Porlier).

En 1944 (16/02) se iniciaron las obras del que se denominaría Gran Hospital de la Beneficiencia del Estado. Curiosamente se estaban basando en un proyecto del arquitecto Amós Salvador Carreras de los años veinte. El arquitecto Manuel Álvarez Chumillas se encarga de culminar el proyecto, que se inauguraba el 3 de noviembre de 1955.

El edificio estaba situado sobre una superficie de 10.000 m^2, y un alzado de 14 plantas (3 de ellas soterradas). En ellas se dispusieron 28 salas, 11 quirófanos equipados con el instrumental más moderno y completo. Además, contaba con especialidades novedosas: Cirugía Torácica, Endoscópica y Anestesistas. Estaba dotado de aire acondicionado. Paulatinamente se añadieron nuevas unidades: Cirugía General, Urología, Neurocirugía, Ginecología, Traumatología... Empezó a funcionar con 100 camas, 761 camas (1959)...

Estaba destinado a atender prioritariamente a los pobres de solemnidad de Madrid y de provincias. Sin embargo, quien pudiera pagarlo podría disfrutar de una habitación individual (100 diarias, más 25 pesetas si tenía acompañante). Las intervenciones (3.000/6.000 ptas.), transfusiones, analíticas y medicamentos los sufragaban los propios pacientes. Aunque en 1959 se afirmó en la prensa nacional que era uno de los hospitales mejores de Europa, en una comisión del mismo año se afirma que tiene una distribución de servicios con criterios poco actuales.

Fueron pasando los años, décadas, y hasta finales de los setenta no recupera su espíritu. Siempre deseó mantener el tándem asistencial y el de investigación científica, por lo que para conseguirlo comienzan las obras de remodelación integral a partir de un proyecto realizado por los arquitectos Reinaldo Ruiz Yébenes y Alfonso Casares Ávila. Terminan el 15/10/1984, y se decide que el hospital vuelva a redenominarse "de La Princesa" (Hospital Universitario de La Princesa, dada su colaboración con la Universidad Autónoma de Madrid) tras cinco años de remodelación y reconversión para ampliar su superficie a 68.621 m^2, y de las 14 plantas pasan a estar hospitalizadas 8. Nuevos servicios y secciones, dispusieron especialidades médicas y quirúrgicas altamente especializadas. El resto, laboratorios. Tuvo 489 camas.

No todo quedo ahí: irá modernizando paulatinamente sus instalaciones, e incluso con la modernización del servicio de Urgencias se decide abrir (30/09/1989, por la calle Maldonado) un acceso independiente del principal.

Uno de los éxitos lo consigue en Biomedicina, y según datos ofrecidos por la Unión Europea (1999) como el hospital español que ofrecía mayor productividad científica. Fue siempre un hospital público de referencia en especialidades como Reumatología, Hematología, Dermatología o Neurología, y que ha logrado diversos premios en la categoría de Investigación Social y Científica.

Obras del Campo de Torrijos (1930). El solar corresponde a donde está ahora el Hospital Universitario de la Princesa.

En 2012 (noviembre) se intentó "reconvertirlo", pero la reacción y participación vecinal y de los propios trabajadores del hospital contagiaron a otros. Eran aquellas concentraciones de protesta de 12:00 y 18:00. Y existieron encierros del personal para protestar. Fue un ejemplo, y se sumaron el Hospital Infanta Leonor (Vallecas) y el del Henares (Coslada). Luego se apuntaron también los del Tajo (Aranjuez) y el Sureste (Arganda del Rey). Los últimos en apuntarse fueron el Hospital Infanta Cristina (Parla), el Infanta Sofía (San Sebastián de los Reyes) y el Carlos III (Madrid).

Deseo terminar este último punto parafraseando a uno de mis periodistas preferidos [Mariano José de Larra], yo que suelo estar en territorios muy alejados en donde él descollaba con brillantez, aquí deseo afinar. “Hay verdades de verdades, y […] podríamos clasificarlas con mucha razón en dos: la verdad que no es verdad, y... Dejando a un lado las muchas de esa especie que en todos los ángulos del mundo pasan convencionalmente por lo que no son, vamos a la verdad verdadera, que es indudablemente…” que se deseaba que el dinero fuera público pero la provisión (y el beneficio) fueran privados.
Finalizo ya, y deseo añadir a esa especie de lema que tienen en La Princesa, aquel que afirma que es “un viejo edificio que alberga una moderna organización”... La Princesa resulta ser además una casa inmensa donde poder sanar y ser cuidada cualquier persona, con una atención y una calidad humanas (por parte de auxiliares, enfermeros, doctoras, cirujanos) enorme.
Gracias siempre al personal de La Princesa.

Medios locales





LA PRINCESA cuenta con una consulta monográfica de Cardiopatías Familiares

Disminuir la mortalidad y establecer un diagnóstico precoz, entre sus objetivos

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA

El Hospital Universitario de La Princesa dispone de una consulta monográfica de Cardiopatías Familiares, dentro del Servicio de Cardiología, dirigida al tratamiento de enfermedades cardiovasculares de origen genético y tendencia familiar. Actualmente, la consulta cuenta ya con 800 familias bajo supervisión y tiene como objetivos principales disminuir la mortalidad de estas patologías, así como determinar qué personas están en riesgo de desarrollar la enfermedad y establecer un diagnóstico precoz.

La consulta de Cardiopatías Familiares, que se inició a finales de 2024, tiene una periodicidad semanal y está integrada por la doctora Sofía Cuenca Parra, especialista del Servicio de Cardiología del Hospital de La Princesa, y las doctoras Vanesa Escribano Hernández y Desiré Nava Cedeño, del Servicio de Análisis Clínicos del centro, especializadas en Genética.

Las cardiopatías familiares o enfermedades cardiacas hereditarias engloban un grupo de patologías cardiovasculares que tienen como característica fundamental la presencia de una base genética y su vinculación con la muerte súbita, especialmente en personas jóvenes. Se consideran dentro de este grupo enfermedades cardiacas como las miocardiopatías (enfermedad del músculo cardiaco que dificulta que el corazón bombee sangre al resto del cuerpo), las canalopatías (provocada por un problema con el canal iónico en el cuerpo), las enfermedades genéticas de la aorta o patologías del tejido conectivo (tejido que sostiene, protege y da forma a los órganos y tejidos del cuerpo) y algunas neuromusculares, mitocondriales y de depósito (trastornos metabólicos hereditarios).

La puesta en práctica de estudios genéticos para la identificación de estas patologías es fundamental para establecer diagnósticos rápidos y precisos. Asimismo, las características particulares de éstas requieren un abordaje multidisciplinar y un trabajo coordinado con el Servicio de Genética para la interpretación de variantes desconocidas y casos complejos, así como para la creación de protocolos conjuntos.