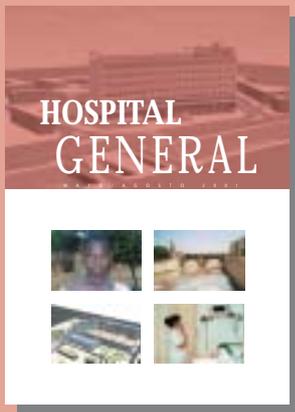


HOSPITAL GENERAL

AÑO 1 • NÚMERO 0 • MAYO / AGOSTO 2001





Órganos de Dirección

Ilmo. Sr. D. José López López
(Director General Asistencial SMS)
Dr. D. José Andrés Muñoz Sánchez
(Director Médico)
Dra. Dña. Carmen Sánchez Cañizares
Dra. Dña. Inmaculada Gallo Sallent
(Subdirectoras Médicas)
Dña. Rosario Soler García
(Directora de Gestión)
D. Manuel Manzano González
(Director de Enfermería)
D. Juan Martínez López
D. Antonio Valera Gil de Pareja
(Subdirectores de Enfermería)

Comité Editorial

Directora

Dra. Dña. Inmaculada Gallo Sallent

Coordinadora

Dña. M^a del Mar Sánchez Álvarez-Castellanos

Colaboradores

Prof. Dr. D. Demetrio Barcia Salorio
Dña. Kika Tomás y Garrido
D. Pedro Parra Hidalgo
Dr. D. Alfredo Cano Sánchez
Dr. D. Manuel Madrigal de Torres
Dr. D. Rafael Pacheco Guevara
Dr. D. José M^a García Basterrechea
Dr. D. Juan Carlos Miralles López
Dra. Dña. M^a Isabel Zuazu Jausoro
Dr. D. Enrique Mira Sánchez
D. José López del Toro
D. César Herrero Hernansanz
Dr. D. José M^a Alonso Herreros

Diseño y Maquetación

Gonzalo Sánchez Álvarez-Castellanos

Impresión

Novograf, s.a.

Depósito Legal: MU-1447-2001

REVISTA DEL HOSPITAL GENERAL DE MURCIA
PLAZA CRUZ ROJA, 1 • 30002 MURCIA
Teléfono: 968 35 62 00 • Fax: 968 22 17 35
email: inmaculada.gallo@carm.es

Colaboran:

Schering Plough, Glaxo Smith Kline,
Merck Sharp Dohme, Janssen - Cilag,
Boehringer Ingelheim, Aventis Pharma,
Schering España, Almirall Prodesfarma

EDITORIAL 3

en PRIMERA persona 4

punto de VISTA 6

en MARCHA 7

vida HOSPITALARIA 8

enfermería AL DÍA 10

ética y ESTÉTICA 12

educación SANITARIA 13

mirando al SUR 15

acerca DE... 17

gente de CASA 18

el rincón del LECTOR 19

O
I
R
A
M
U
S

Edición trimestral de la revista Hospital General

Con ilusión sale a la luz el primer número de nuestra revista "Hospital General".

Ha supuesto una enorme labor de equipo en donde han participado, con enconado optimismo, un nutrido grupo de profesionales del Centro, con la esperanza puesta en este proyecto, cuya trayectoria comienza con este ejemplar, que ve la luz en esta importante y crucial singladura de compás de espera en la que todos estamos inmersos.

Pretendemos que esta revista no sea un altavoz de la Dirección, sino un foro de expresión del personal de todo nuestro Hospital, conscientes de que el período histórico que nos ha tocado vivir, con el cierre del antiguo Hospital durante estos años, la dispersión geográfica de los diferentes servicios y unidades y la redistribución de la plantilla hacen difícil el encuentro humano, la llamada tercera vía de comunicación, de suma importancia en cualquier empresa, pero clave en un hospital, que es una institución de máxima interacción social.

De esta manera, y durante estos tres años, hasta la inauguración del nuevo Centro, queremos que esta revista sea la plataforma de unión de todos los que día a día intentamos aunar lo mejor de nuestros conocimientos científicos con el mejor trato humano a nuestros enfermos.

Es nuestro deseo que todos los que aquí trabajamos podamos hacer oír nuestra voz y aprovechar las capacidades de muchos para aportar ideas.

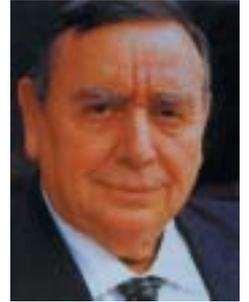
Es evidente que tendrá que pasar un cierto tiempo antes de que tenga el nivel deseable, pero lo que nos marcamos como meta es que cada número sea mejor que el anterior, más ameno y participativo, con nuevos planteamientos, y sentar las bases para transmitir la ilusión y la esperanza que nos pertenecen y que contagian y proporcionan satisfacción.

José López López
Director General Asistencial
Servicio Murciano de Salud

ENTREVISTA

Demetrio Barcia Salorio

Jefe de Servicio de Psiquiatría
del Hospital General de Murcia



Inmaculada Gallo Sallent

La charla, más que la entrevista –porque hablar con el profesor Barcia siempre proporciona el agradable sabor de quien habla con el médico humanista, con el médico-persona de cultura enciclopédica–, tiene lugar en su despacho del Hospital Morales Meseguer; un despacho luminoso y amplio, decorado en tonos ocres y claros, que invita a la conversación sosegada y tranquila.

A la derecha de su mesa de trabajo, un retrato grande de su maestro, el profesor Román Alberca, realizado en blanco y negro, preside la estancia como espectador mudo, y piensas: cuántas veces habrá mirado D. Demetrio Barcia dicha imagen intuyendo una aprobación, un consejo, una réplica, un halago...

El profesor Barcia me recibe atento, cordial, hablando en tono quedo, y con su habitual sonrisa me invita a descansar no en el diván, sino en una cómoda silla, y parece que, cuando se le escucha, se asiste a una charla magistral, pero con el tono coloquial que sólo los maestros saben darle.

D. Demetrio Barcia Salorio, actual jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital General de Murcia, nació hace sesenta y nueve años en La Coruña y está casado con D^a María Eulalia Ruiz Fernández, jefe de Sección de Psiquiatría del mismo Hospital.

Profesor, ¿cómo se definiría?

Me definiría como una persona corriente, dedicado a mis estudios y a mi profesión.

¿Qué le indujo a hacer la especialidad de Psiquiatría?

Fue un poco por casualidad. Cuando terminé la carrera me ocurrió lo que a tanta gente, que le gusta todo y no sabe qué decisión tomar y decidí hacer Neurología. Mi padre era catedrático de Anatomía y jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital de Valencia, muy amigo del profesor Román Alberca, quien venía mucho a mi casa y por eso lo conocí, independientemente del

prestigio profesional que como psiquiatra tenía. Me propuso trasladarme a Murcia para ayudarme y así fue como de rebote empezó a interesarme la Psiquiatría. Primero fui adjunto y más tarde, en 1970, gané por oposición la cátedra de Psiquiatría de Santiago de Compostela, donde estuve cuatro años. Cuando se jubiló el Dr. Valenciano, me propuso volver a Murcia, pues se había creado la Facultad de Medicina y volví como catedrático y director del entonces Manicomio.

¿Qué cualidad admira en los demás?

En general, el trabajo de los psiquiatras consiste en escuchar y comprender. Dentro de la Psicología ha habido modas, pero yo me formé dentro de la rama de la Psicología comprensiva, en la que intentamos entender a los pacientes. En la medida que uno entiende a la gente, se admira el esfuerzo que hacen todas las personas por salir adelante en la tarea de vivir y existir. Esa es la cualidad por excelencia que admiro en los demás.

**En la medida que uno
entiende a la gente, se admira
el esfuerzo que hacen
todas las personas por salir adelante
en la tarea de vivir y existir.
Esa es la cualidad por excelencia que
admiro en los demás**

¿Un lugar para vivir?

Murcia, sin duda. Murcia es una ciudad no demasiado grande, dotada de todo tipo de servicios y donde todavía el contacto personal es importante, aunque tiene la amenaza de crecer. En La Coruña hay un eslogan que dice: “La Coruña, donde nadie es forastero”, pero yo creo que donde nadie es forastero es en Murcia, pues ha sido y sigue siendo un lugar de encuentro entre

diversas culturas. Yo siempre me he sentido un poco forastero donde he vivido, a pesar de tener grandes amigos, pero en Murcia nadie me ha preguntado: ¿Usted qué hace aquí?.

¿Cómo le gustaría morir?

En paz con los hombres y con Dios.

¿El último libro que descansa en su mesilla de noche?

Soy un empedernido lector, sobre todo de poesía. El último libro que estoy leyendo es de Sánchez Ferlosio y es un tratado sobre la sociedad y la violencia, un problema muy en boga hoy en día, de sumo interés para psicólogos y psiquiatras.

¿Cuál es la última película que ha visto?

En el cine no me acuerdo, porque voy poco. Fui organizador durante años de la llamada "Semana del Cine y Psiquiatría", en Murcia, que tuvo mucho éxito. Veo muchas películas de vídeo en casa, sentado cómodamente en el sillón, charlando con mi mujer y jugando a una de mis pasiones que es el ajedrez. Soy un buen jugador de ajedrez. Utilizo un ajedrez electrónico.

Creo que el hombre es fundamentalmente bueno y hay que ayudarle en su desarrollo

¿Por qué decimos "mañana y nunca mañanearnos"?

El presente tiene sentido porque hay futuro y el futuro está formando al presente. La vida del hombre es una tarea y una tarea que tiene como finalidad realizar algo, llevar a cabo una serie de valores y esos valores los debemos realizar en el presente, si no, la vida no tiene sentido.

¿Cómo definiría la generación del Prozac?

La generación del Prozac es una generación joven y una generación que cree demasiado en la técnica. En el mundo actual hay una crisis de valores tradicionales y para sustituirlos se confía en la técnica pensando que es la panacea. El Prozac está muy bien como invento de la técnica moderna, que ayuda a los pacientes a no estar deprimidos, pero los problemas de la vida no se pueden solucionar sólo con pastillas.

¿Puede ser el amor una especie de locura?

Los grandes filósofos como Aristóteles o Platón siempre han entendido que hay dos tipos de locura: una locura que es la que debemos de tratar los psiquiatras y otra locura como la pasión humana, que eso es positivo e importante. En ese sentido, el amor sí puede ser un tipo de locura.

¿Es la ansiedad la patología psiquiátrica de nuestro siglo?

Sí, efectivamente es la patología de nuestros tiempos por excelencia. El hombre ha perdido los valores y pone como meta la satisfacción, y lo que se les está transmitiendo a los jóvenes actualmente es que hay que gozar, hay que aprovechar el segundo, y como la felicidad no es lo que se busca, sino lo que se encuentra,

se produce un rechazo, apareciendo ansiedad. San Agustín decía: "Mi corazón está inquieto hasta que encuentre a Dios", y hoy en día el ser humano está inquieto porque existe lo que un antropólogo alemán denominó "toxicomanías sin tóxico", que son conductas humanas repetitivas, porque ningún acto llena ni satisface adecuadamente y hay siempre que ir buscando algo que dé placer plenamente y eso, humanamente hablando, como es obvio, no existe.

¿Hay algún culpable de la anorexia nerviosa?

La sociedad, la sociedad occidental. El caso es que en la medida en que se occidentalizan los países van apareciendo mayor tipo de anorexias. La anorexia aparece sobre todo en la mujer joven. La sociedad hace un eslogan en que hay que estar delgado no solamente por estética, ni tampoco por salud, sino como forma de tener éxito social. Hay muchas encuestas hechas y efectivamente la sociedad rechaza a las personas obesas. Esta filosofía lleva consigo el rechazo además de los valores tradicionales de la mujer como es la maternidad, su papel en el hogar... para dejar paso al éxito y al triunfo social.

Estudió la Licenciatura de Medicina en Valencia, en donde su padre el profesor Barcia Goyanes, era catedrático de Neurología y Neurocirugía de esa Facultad. Obtiene el Premio Extraordinario en el Grado de Licenciado.

Se forma en Neurología en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas del que fue becario, en la Sección de Ciencias Neurológicas, bajo la dirección del profesor Barcia Goyanes.

Se forma en Psiquiatría en la Facultad de Medicina de Valencia, bajo la dirección del profesor Román Alberca. Durante la formación, e inmediatamente después de ella, realiza estancia en varios centros europeos e internacionales relacionados con Neurología y Psiquiatría.

Ocupa por oposición las plazas de profesor adjunto de Psiquiatría (1965) catedrático de Psiquiatría primero de Santiago de Compostela (1972-1975) y posteriormente de Murcia (1975). En la actualidad es jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital General Universitario de Murcia.

Académico de número y miembro de honor de treinta y seis academias y sociedades científicas es, asimismo, autor de numerosas publicaciones todas ellas relacionadas con su especialidad.

Dígame algún personaje famoso caracterizado por alguna patología psiquiátrica

Recomiendo la lectura del libro de Vallejo Nájera "Locos egregios", en el que detalla la vida de numerosos personajes famosos caracterizados por algún tipo de locura. Por citar alguno de ellos, recordáramos a Van Gogh.

¿Una vaca realmente puede estar loca? (risas)

Realmente, no. Lo que hace el hombre es que ciertos mecanismos personales los reflejamos en otros; por ejemplo, el huertano valenciano habla de la tristeza del naranjo y el que realmente está triste es el huertano, porque sus naranjos no le producen buena fruta. Lo que sí ocurre en el tema de las vacas locas es que todos los mecanismos de control que nos parecen tan seguros en este mundo se nos van de las manos.

La charla ha tocado a su fin. Una se despide con pena, pues le gustaría estar oyendo al profesor durante horas. Hoy hemos invertido el quehacer habitual de un psiquiatra: ha hablado él y nosotros hemos escuchado. Ha sido todo un placer.

El viejo hospital

Perteneciente ya a un tiempo pasado; deslucido, estropeado por el uso, a través de tantas décadas al servicio de Murcia, parece que el Hospital General Universitario -tan nuestro, para muchos- ha quedado reducido, tras el proceso de desalojo, vaciado, desguace y derribo, a una montaña de escombros. Pero no. A simple vista, nuestros ojos ven eso: el resultado de la demolición de un conjunto de edificios que constituían parte del paisaje urbano de Murcia. Sin embargo, además de ver podemos mirar desde diversas perspectivas, incluida nuestra particular torre de marfil, por poca elevación que tenga. Pero hay que saber mirar. Y esa sabiduría se cultiva en el interior de la persona.

Se pueden tirar muros, construcciones, tan eficazmente como ha sido derribado nuestro entrañable hospital. Pero en él han sido innumerables los diagnósticos, los tratamientos de enfermos, las investigaciones o las enseñanzas que se han llevado a cabo. Ha albergado la esperanza ante el nacimiento de nuevas vidas y el tan humano desconsuelo y tristeza que produce el dolor o la muerte de los seres queridos o quizás desconocidos, pero abandonados en cualquier cuneta de su existencia. Ha sido testigo directo, compañero fiel del trabajo diario de miles de personas que hicieron posible con su tarea profesional el funcionamiento del viejo y querido hospital. Por ello, si ahora sabemos contemplarlo, más allá de esa inmensa montaña de escombros, en el recuerdo, nuestra memoria recorrerá una y otra vez sus distintas dependencias y nos encontraremos con esas personas que por su trabajo o por necesidad de asistencia sanitaria las fueron ocupando en el devenir diario. Aprenderemos a mirar el ayer para edificar, en el sentido de mejora, utilizando los errores -evitables e inevitables- como cascotes para construir cada nuevo mañana. Todos los mañanas. Por eso, decía, que el Hospital General Universitario no ha quedado reducido a una montaña de escombros, porque en él se encontraban



los edificios de cada persona. Su vida, sus circunstancias, sufrimientos, alegrías e ilusiones. Y esos edificios no podemos ni queremos dejarlos caer. Forman parte de nuestra vida privada, son patrimonio de la historia de nuestra ciudad. De tal modo que cuando se alce, impresionante, el nuevo hospital sabremos mirar en presente el futuro de muchos ayeres.

Lo cierto es que ha desaparecido un viejo y querido vecino de mi barrio. Tan cercano y próximo, que me había familiarizado con sus cosas: la alarma de ambulancias y coches particulares y de policía por urgencias. El ir y venir de médicos y enfermeros/as -y las monjas- y sus batas blancas; el personal auxiliar, celadores y vigilantes, limpiadoras. Los enfermos, familiares, acompañantes, conocidos y compañeros, amigos. Sus quirófanos vestidos de verde. Su capilla -anteriormente iglesia- y sus capellanes. El sigilo de sus pasillos. Sus grandes ascensores, la cafetería, las escaleras tan transitadas, las consultas, las salas de espera; sus herméticas ventanas, espejos de no menos herméticas miradas. Tan acostumbrada estaba a él que casi me dolieron las primeras dentelladas de grúas y palas. He podido escuchar el trasiego de su existencia

y el proceso de demolición hasta su nada (si no se sabe mirar con los ojos del alma). Historia escuchada y vivida que ojalá sepamos contarla.

Yo no quería escribir sobre el Hospital General Universitario, porque a estas alturas de la vida la experiencia en el dolor es un grado.

Hace unos días se levantó viento y una polvareda 'de hospital' nubló mi barrio. Y, al tocar la tierra que llegó a mi ventana, sentí la necesidad de escribir algo. Como un 1% de la historia, el otro 99, cada cual puede recordar, contar o preguntarlo. Quisiera con estas líneas rendir un sincero homenaje a tantos que, aliviando el dolor de los demás, el suyo propio no pudieron remediarlo. Y para los que siguen en tan digno trabajo recordarles quizá que el dolor más que sufrido, hay que contemplarlo; como ese mirar desde dentro que nos hace ver todo más claro.

Al ser tanta la gente conocida y querida, en particular está dedicado. Si preguntáis a quién, la respuesta siempre será: en vosotros estaba pensando.

(Kika Tomás y Garrido)
(Publicado en el diario "La Opinión" el
martes 30 de mayo de 2000)

en marcha

Nuevo Hospital

La aparición de problemas en la estructura y cimentación del edificio del Hospital General Universitario durante el año 1998 hizo que, tras un detallado estudio, se aconsejara el desalojo y la demolición inmediata del mismo, acordándose en Consejo de Gobierno la construcción de un nuevo hospital ubicado en el mismo lugar. En enero de 1999, el Servicio Murciano de Salud inicia las actuaciones necesarias para su construcción y encarga la elaboración del Plan Funcional al Servicio de Planificación y Coordinación Sanitaria de la Consejería de Sanidad y Consumo. El proyecto de diseño, construcción y puesta en marcha del Nuevo Hospital General Universitario se concibió teniendo siempre como referencia al usuario (externo e interno), dando respuesta a sus necesidades y favoreciendo su accesibilidad, integración y relación con el hospital. Se ha buscado la máxima integración del edificio en la trama urbana, diseñando instalaciones duraderas y de fácil mantenimiento, que permitan el máximo aprovechamiento de los recursos energéticos y el respeto al medio ambiente. La redacción del proyecto se fue perfilando a lo largo del año 1999, siendo aprobado definitivamente en mayo del 2000. En febrero del año 2000 se inicia la demolición del antiguo hospital, sus edificios anexos y el edificio del Cebas.

Las obras de construcción

Las obras comenzaron el 2 de octubre del año 2000 y en los seis meses transcurridos se han realizado movimientos de tierras, excavaciones y se están ejecutando los muros pantalla correspondientes a la fase de cimentación.

El edificio del Nuevo Hospital General tiene previsto alojar tres sótanos que alcanzarán una profundidad de 11 metros desde la cota cero (superficie a nivel de la calle). Para contener los terrenos adyacentes y evitar las filtraciones de las aguas del nivel freático se está construyendo un gran vaso donde se alojarán los sótanos. Las paredes de este vaso las constituyen los muros pantalla que se están enclavando a una profundidad de más de 20 metros; estos muros pantalla y su firme anclaje contribuyen a que se construya una estructura de gran solidez. A la misma vez que se finaliza este vaso se han iniciado en la zona colindante con el Centro de Hemodonación, con el edificio de Medicina Legal y a la calle Luis Fontes Pagán los trabajos para la ejecución de la losa de cimentación. Está previsto que la ejecución de la losa finalice a lo largo del próximo verano.

Como ya se ha indicado, el Nuevo Hospital General Universitario va a estar formado por dos bloques. Un gran bloque anterior que albergará toda la zona asistencial y un bloque posterior que ocupará el solar que ha dejado el antiguo edificio del Cebas y en el que se incluirán todas las instalaciones, estando previsto que ambos queden comunicados por el segundo sótano. Por esta razón, al mismo tiempo que se desarrolla la parte constructiva se ha abordado el desvío de acometidas (electricidad, agua...) que transcurre por la calle Luis Fontes Pagán para poder comunicar posteriormente ambos edificios.

Actualmente, la obra cumple los plazos previstos en el cronograma, tanto parcial como global, de la construcción del Nuevo Hospital.

*Pedro Parra Hidalgo
Director del Proyecto NHGU
Jefe de Servicio de Planificación y Coordinación Sanitaria
Consejería de Sanidad y Consumo*

General Universitario



Descripción de nuevo Hospital General Universitario

La edificación tendrá 94.500 m² construidos, con la siguiente distribución:

- Una edificación principal de 58.834 m², dividida en tres módulos que albergan fundamentalmente las unidades de hospitalización, servicios ambulatorios, centrales y generales.
 - Un edificio anexo destinado a instalaciones de 5.872 m², situado en la parcela anteriormente ocupada por el Cebas.
 - 29.794 m² de superficies bajo rasante asignados a aparcamientos.
- Las características más relevantes del centro son:
- Hospitalización: 9 unidades de hospitalización médico-quirúrgica con un total de 278 camas y 1 Unidad de Cuidados Intensivos con 12 camas.
 - Servicios Ambulatorios: Urgencias con 17 boxes para realización de diagnóstico y tratamiento y 17 camas para observación. Hospital de Día Médico-Quirúrgico con un total de 33 camas. Consultas Externas y Exploraciones Funcionales con 88 locales.
 - Bloque quirúrgico: 12 quirófanos y 20 puestos en reanimación.
 - Servicios Centrales: Laboratorios, Radiología, Medicina Preventiva y Salud Laboral, Farmacia y Rehabilitación.
 - Servicios Generales de Soporte Asistencial: Dirección y Gestión, Documentación, Docencia e Investigación y la Unidad de Calidad.
 - Servicios Generales Diversos: Cocinas, Vestuarios, Almacenes, Helipuerto y Aparcamiento (1.100 plazas, 250 de personal y 850 de público).
 - Instalaciones: Centro completamente informatizado cuya red de datos está preparada para poder prescindir del soporte papel. Transporte mediante tubos neumáticos. Sistemas de climatización de aire exterior con filtros de aire y mecanismos de regulación automática para mantener en todo momento la temperatura constante. Comunicaciones internas facilitadas por la existencia de 31 ascensores/montacargas y 6 bloques de escaleras.

El proyecto del Nuevo Hospital General Universitario:

- El Servicio Murciano de Salud ha realizado la coordinación de los servicios técnicos, jurídicos, administrativos y económicos que dan soporte al expediente y, como promotor, encargó la dirección del proyecto al Servicio de Planificación y Coordinación Sanitaria de la Consejería de Sanidad y Consumo, que asume la dirección y coordinación de las actuaciones de los distintos profesionales y de las firmas contratadas para la ejecución de los diferentes subproyectos del Proyecto NHGU.

La redacción del proyecto de ejecución y la dirección de las obras e instalaciones ha sido realizada por una U.T.E. representada por Fernando Cruz Alonso, José Manuel Baquerizo Briones, Genaro Alas Rodríguez y Juan Casariego Córdoba. El importe de este subproyecto asciende a 231.630.903 ptas.

Para garantizar la calidad del proceso de diseño y construcción del Nuevo Hospital General Universitario (cuidado del medio ambiente, eficiencia energética, plan de seguridad y salud y la aplicación de la normativa de supresión de barreras) se contrató a la empresa G.O.C., siendo el coste de este contrato de 267.840.000 ptas.

Las obras han sido adjudicadas a la U.T.E. formada por **FERROVIAL-AGROMAN, S.A., Y FOMENTO DE CONSTRUCCIONES Y CONTRATAS, S.A.**, por un importe de 10.963.112.000 ptas.

Enfermedades infecciosas: un problema actual



Dr. D. Alfredo Cano Sánchez
Jefe de Sección de Medicina Interna – Infecciosas
Coordinador Regional del SIDA

Las enfermedades infecciosas han sido y son, junto con el hambre, las grandes plagas de la Humanidad desde su origen

Múltiples son las referencias que han llegado hasta nuestros días. Hallamos datos en el período Neolítico (7000 a.C.), donde se encuentran restos de lesiones tuberculosas en huesos. Numerosos signos nos llegan de la época egipcia, identificados en momias, con enfermedades tan comunes en la actualidad como neumonías, infecciones urinarias y tuberculosis ósea (mal de Pott). De esta misma época se describen epidemias de paludismo, infecciones intestinales (ya se menciona el agua como posible transmisor), esquistosomiasis y una enfermedad de transmisión sexual que será el azote en la Edad Media, nos referimos a la gonococia.

Por primera vez se describen epidemias de “peste bubónica” hacia el año 1000 a.C.

Bien son conocidas, e igualmente bien descritas, las crisis palúdicas que sufría el emperador Alejandro Magno. No son muchas las referencias que en la Biblia se hacen sobre las enfermedades infecciosas, exceptuando la lepra y el abordaje terapéutico de aquella época, que ha llegado hasta nuestros días en forma de Lazaretos. La Edad Media nos deja dos grandes epidemias en Europa (años 1347-1348) que devastaron gran parte de la población y que se conocen como “muerte negra” o “peste bubónica”. Éstas se expandieron por toda Europa con gran rapidez, debido a los grandes movimientos ciudadanos que hubo en esa época (cruzadas, emigración a ciudades, etc.).

El Renacimiento (ss. XV-XVI), unido a un gran acontecimiento histórico, el descubrimiento de América y las guerras europeas, nos deja una nueva enfermedad infecciosa no conocida hasta entonces y que pronto ocasionará una gran diseminación con una altísima mortalidad; me estoy refiriendo a la sífilis o, como en aquella época se conocía, “el mal francés”, ya que son estas tropas junto con las españolas quienes, durante la invasión de Nápoles y tras el descubrimiento de América, introducen dicha enfermedad en Europa. No sólo de sífilis encontramos documentos en esta época, sino también grandes epidemias de tifus, difteria, viruela y sarampión que asolaron Europa. En el siglo XIX, dos grandes epidemias asolan el Viejo y el Nuevo Continente: el cólera y la

fiebre amarilla. Pero es a finales de siglo cuando nos llega el inicio de los conocimientos en la Medicina Moderna y es en las enfermedades infecciosas donde se alcanzan grandes avances. No debemos olvidar a los científicos que sentaron las bases de las enfermedades infecciosas en la Medicina Moderna, tales como L. Pasteur (1822-1895), R. Koch (1843-1910) y P. Ehrlich (1894-1915). Junto a la aportación de estos autores, sin lugar a dudas el descubrimiento por Flemming de la penicilina (1929), Waksman de la streptomycin (1944) y la aplicación de las vacunas de Salk (1954) motivan un impresionante avance en el tratamiento y en el control de estas enfermedades que habían asolado a la Humanidad durante veinte siglos. Un dato a destacar es la desaparición de enfermedades como la viruela, año 1979, como consecuencia de una vacunación adecuada. Igualmente el control de la poliomielititis junto al mejor abordaje de la tuberculosis son éxitos incuestionables; pero no debemos olvidar las grandes epidemias de gripe que asolan actualmente ni tampoco los problemas de paludismo y otras infecciones intestinales que persisten.

En los años 70 asistimos a la falsa sensación de éxito, motivando que centros hospitalarios dedicados monográficamente a patologías infecciosas se cerraran, así como unidades hospitalarias que tuvieron intenso desarrollo a mediados del siglo XX pierden su influencia en ese momento.

A finales del siglo XX se inician unos grandes cambios sociales: aparece la plaga de la adicción a las drogas por vía parenteral, libertad sexual, expansión de las comunicaciones con desplazamientos masivos de población, etc.; igualmente asistimos a grandes avances asociados a la progresión de las ciencias básicas, desarrollo de inmunoterapias agresivas, inmunosupresión en los trasplantes y, sobre todas estas cosas, el inicio de lo que conocemos hoy como la última gran epidemia del siglo XX, el SIDA, que, sin lugar a dudas, ha motivado que de la “euforia” de los años 70 pasemos a replantearnos la situación actualmente. Y así asistimos nuevamente al desarrollo de las estructuras hospitalarias frente a las enfermedades infecciosas; se crean unidades

de dichas enfermedades en los centros que no existían y se potencia en aquellos que ya existían. La elevada prevalencia de enfermedades infecciosas con alta morbi-mortalidad obliga a los profesionales a mantener y actualizar los conocimientos sobre estas patologías. Esta nueva situación condiciona un profundo impacto en el consumo de dedicación de los profesionales de la Salud.

Las enfermedades infecciosas han convivido y convivirán con la Humanidad desde su inicio, adaptándose en todo momento a los acontecimientos sociales, económicos y culturales, y es obligación de los profesionales mantener un nivel de formación y de vigilancia acorde con lo que nos exige la sociedad en todo momento.

Actualmente asistimos a un nuevo resurgir de estas enfermedades y, por tanto, se precisa el desarrollo paralelo de los profesionales que nos dedicamos a estas patologías. El futuro de esta disciplina, a mi modo de ver, se centra en varios aspectos: control y tratamiento de las infecciones nosocomiales, tratamiento de las infecciones ocasionadas por la inmunodeficiencia secundaria, debida a los tratamientos oncológicos e inmunodepresores, tratamiento del SIDA y de las infecciones oportunistas que esta enfermedad conlleva, abordaje a todas las infecciones emergentes y, por último y no menos importante, a las infecciones importadas, que, sin lugar a dudas y debido al gran movimiento de población de otras latitudes, tendremos que afrontar. Las enfermedades infecciosas han convivido y convivirán con la Humanidad desde su inicio, adaptándose en todo momento a los acontecimientos sociales, económicos y culturales, y es obligación de los profesionales mantener un nivel de formación y de vigilancia acorde con lo que nos exige la sociedad en todo momento.



Dr. D. Manuel Madrigal de Torres
Servicio de Cirugía General

CMA:

Un presente con futuro

En un sistema de asistencia sanitaria con demandas crecientes, como es el nuestro, la única forma eficiente de utilizar los recursos de hospitalización consiste en extraer del hospital aquellos procesos que, sin un riesgo evidente o con un riesgo controlado, puedan evitar estancias innecesarias. Las actuales políticas sanitarias van encaminadas a conseguir más rendimiento y calidad sin incrementar el personal sanitario ni implantar muchas, nuevas y caras tecnologías y dentro de ellas, la puesta en marcha de la cirugía mínimamente invasiva y la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), que se define como toda intervención/procedimiento en la que el paciente es admitido y dado de alta el mismo día, sin pernoctar en el hospital (no se incluyen las intervenciones de cirugía menor ambulatoria o en consulta).

No hay que confundir la Cirugía Mayor Ambulatoria con la Cirugía de Corta Estancia o Cirugía de Alta Precoz, que son procedimientos de cirugía mayor con estancias hospitalarias de entre uno y tres días. Siempre que se disponga del personal entrenado y motivado para poder realizar programas de Cirugía de Corta Estancia o de Cirugía Mayor Ambulatoria está indicado este tipo de cirugía, pues no hace sino reportar beneficios a la sociedad en su conjunto: se mejora la calidad de cuidados para el paciente, disminuyen las complicaciones y secuelas, se reinserta enseguida al paciente en su entorno habitual, disminuyen los costes financieros y se liberan recursos sanitarios para dedicarlos a otras necesidades.

Se consideran procedimientos apropiados para este tipo de cirugía aquellos de naturaleza no complicada que tradicionalmente se han realizado ingresando al paciente, pero que pueden llevarse a cabo con la misma eficacia y seguridad en régimen ambulatorio. Esto incluye procedimientos que se asocian con mínimas pérdidas sanguíneas y alteraciones fisiológicas, y que no originan dolor postoperatorio intenso u otras complicaciones postoperatorias difícilmente controlables. Cada

servicio debe decidir qué procedimiento son “adecuados” para esta cirugía. En general, el candidato ideal debe carecer de problemas médicos agudos o graves que puedan precisar ingreso hospitalario para su control postoperatorio. Asimismo, el paciente debe comprender todo el proceso al que va a ser sometido, aceptar plenamente su realización en régimen ambulatorio y ser capaz de cumplir las instrucciones para el seguimiento postoperatorio.



Además de que el paciente esté en estado de salud razonable, para que se pueda realizar el procedimiento quirúrgico seleccionado en régimen ambulatorio se han de cumplir otra serie de condicionantes en relación con su entorno geográfico, social y cultural. En general, se acepta que el domicilio donde pasa a residir el paciente durante las primeras 48 horas del postoperatorio tiene que estar a menos de 1 hora del hospital, los pacientes tienen que ser atendidos el día de la intervención y el días después por un adulto responsable. Es obligado que dicha persona tenga coche o posibilidad de disponer de él, para

el traslado desde el domicilio tras el alta hospitalaria, en caso de aparición de complicaciones postoperatorias.

Una vez concluido el proceso quirúrgico y transcurrido el período de readaptación al medio, si el resultado técnico de la intervención fue el esperado y las condiciones del paciente así lo permiten, éste será dado de alta a su domicilio. Previamente al alta es obligado asegurarse de que se cumplen completamente los criterios de alta hospitalaria y confirmar que en el domicilio del paciente se dan las condiciones necesarias para acogerle adecuadamente estas primeras horas que va a pasar fuera del hospital. También es preciso explicar al paciente y su familia, de forma minuciosa y asegurándose de su perfecta comprensión, los cuidados a seguir, así como las indicaciones para el tratamiento del dolor y la información pertinente con la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (es necesario un teléfono de fácil contacto). La puesta en marcha de un programa de este tipo requiere de forma inexcusable el diseño de un circuito de atención al paciente, una vez que éste ha abandonado la unidad hospitalaria.

La cirugía con ingreso ha demostrado que presta atenciones sanitarias, al menos, del mismo nivel que la cirugía tradicional. Este tipo de dispositivos asistenciales sólo tendrán éxito en la medida en que sean aceptados por los pacientes a quienes va destinado. También es necesario que su estructura organizativa sea propia e independiente del circuito quirúrgico general, que exista un circuito independiente para el paciente y procurar que el equipo humano esté bien integrado. Esto supone, en la práctica, un esfuerzo organizativo, una preocupación por la información que se transmite y un mimo especial en las relaciones con el paciente y sus familiares. La Cirugía Mayor Ambulatoria se convierte así en una herramienta de mejora de la gestión y de la calidad no sólo de los servicios implicados, sino del hospital en su conjunto.

E N F E R al día

proyecto N.I.P.E.

Un grupo de enfermeras del Hospital General, encabezado por Carmen Arellano Morata, como coordinadora regional, participa en un proyecto nacional denominado NIPE.

Se trata de un trabajo sugestivo que establece acuerdos en la normalización de las intervenciones de la práctica enfermera, a la vez que supone una experiencia poco frecuente en tanto que se entra en contacto con enfermeros de todo el país.

¿Carmen, qué es el NIPE?

El NIPE es un proyecto para la Normalización de las Intervenciones para la Práctica Enfermera, propuesto por el Ministerio de Sanidad y Consumo junto con el INSALUD al Consejo General de Enfermería. Este trabajo está previsto que se realice en un plazo de 4 años y consiste en identificar los diagnósticos enfermeros, según taxonomía NANDA y las intervenciones de enfermería, según CIE, más frecuentes en cada GDR. El Ministerio de Sanidad es consciente de que en la imputación de costos de los GDR's queda una parcela importante por definir en las intervenciones de Enfermería, y es por ello que se pone en marcha este proyecto.



¿Cómo se ha organizado este grupo de trabajo y quién participa?

En el proyecto participan 33 provincias españolas, siendo los Colectivos Provinciales de Enfermería los encargados de difundir y poner en marcha los grupos de trabajo, coordinados todos por el Consejo General de Enfermería. Las provincias se han dividido en diez grupos, formado cada uno por tres provincias y cada uno de ellos trabajará con los mismos GDR's. Nuestro grupo lo integramos Málaga, Melilla y Murcia.

¿Quiénes participan a nivel regional?

En nuestra Región el grupo está formado por nueve enfermeras de los tres centros hospitalarios de la ciudad (Morales Meseguer, Virgen de la Arrixaca y Hospital General). No hay enfermeras de Comunitaria porque en esta fase del proyecto no se incluyen los GDR's de Primaria. El grupo es bastante heterogéneo; hay enfermeras asistenciales, docentes, gerentes y de calidad, que estamos trabajando con esfuerzo e ilusión, sin otro beneficio que nuestra satisfacción personal. Pensamos que es una oportunidad para definir y consensuar nuestra actividad profesional dentro del entramado sanitario.

¿Cómo va la marcha de los trabajos?

En la primera fase que nos encontramos, el Ministerio ha lanzado 100 GDR's; a cada grupo provincial se le asigna 2 GDR's, los resultados son remitidos al Comité de Norma para su análisis y, posteriormente, son incorporados a una base de datos donde todos los grupos tenemos acceso para nueva revisión y aprobación. Nosotros estamos trabajando con el GDR 122 y el 629 y a la espera de que se nos adjudiquen otros 2 nuevos.

nace el MANUAL de Procedimientos de Enfermería

Una de las numerosas pruebas palpables de la vitalidad de nuestro hospital, de las ganas por ofrecer unos cuidados día a día de mayor calidad, es el trabajo elaborado por 130 enfermeros y auxiliares de Enfermería, que han dado vida al *Manual de Procedimientos de Enfermería del Hospital General Universitario*. Se trata de un trabajo puesto en marcha por la Dirección de Enfermería al que rápidamente se sumaron un grupo de entusiastas enfermeras que en los inconvenientes vieron una inmejorable oportunidad creadora.

M^a del Mar Hernández Ruipérez, Ángeles Rosario Sáez Soto, Carmen M^a Hernández Castelló, José Carrillo Cano, Concepción Areitio Yugueros, Adela Torrecillas Sánchez y M^a Dolores Luján Rebollo han impulsado y coordinado a este grupo tan amplio para realizar lo que representa un esfuerzo del que todos tenemos que sentirnos orgullosos y contentos del fruto dado. Se trata de un instrumento de trabajo que pretende ser útil para la práctica clínica, al determinar las intervenciones de Enfermería más habituales de nuestro quehacer diario. Es, pues, un esfuerzo por unificar criterios, garantizar la continuidad de los cuidados, dotar al enfermero de una herramienta para el desempeño profesional, crear un proceso de enriquecimiento científico con el manejo de bibliografía y estar abierto a revisiones periódicas.

Mientras se trabajaba en este proyecto nos ha cogido el cierre y demolición del edificio que ha sido nuestra casa durante tantos años; lejos de amilanarnos fue un acicate, como si la historia de siglos fuese un viento que nos impulsara a todos, nos fundiese en un abrazo fraternal de unidad para llevar adelante una tarea que pocos pueden tener la experiencia de haber realizado. Ha habido vicisitudes, dificultades, pero robando espacios, revueltos con cables, transportando ordenadores, venciendo inconvenientes, se ha logrado sacar adelante este Manual.

Una obra tan ambiciosa sólo se realiza desde el entusiasmo, desde la inquietud profesional, con la colaboración de tantos enfermeros y auxiliares de Enfer-

mería que sienten en su interior la necesidad de mejorar día a día lo que están haciendo.

El esfuerzo ha merecido la pena si se consigue su implantación y el enriquecimiento con aportaciones de nuevos procedimientos y actualizaciones de los ya elaborados. Se ha pretendido en todos ellos fijar las intervenciones de Enfermería, prestando especial atención a los aspectos del enfoque más actual de la profesión, centrándose en el cuidado individualizado a la persona, en la sensibilización hacia aspectos humanitarios y de relación. Queremos estar cada día más cerca de la persona que demanda nuestra atención, pero no solamente desde el punto de vista técnico, sino desde el punto de vista integral.





Dr. D. Rafael Pacheco Guevara
Unidad Técnica de Medicina Judicial y Ética Médica

La búsqueda de la belleza y la verdad son los objetivos respectivos de la estética y la ética. Con veracidad (ética) y claridad (estética) reflexionaremos sobre la responsabilidad profesional, el secreto médico, el consentimiento informado, los derechos de los pacientes, intimidad y privacidad... y varios más.

La responsabilidad profesional sanitaria

En el ejercicio de la Medicina siempre está presente la incertidumbre. La variabilidad es inherente a nuestro quehacer cotidiano.

A pesar de todo el arsenal diagnóstico y terapéutico y del gran avance de la técnica quirúrgica, nuestra profesión sigue sin ser una ciencia exacta. Más bien es una ciencia social y, como tal, sometida al criterio de la sociedad, a su juicio.

La responsabilidad sanitaria es una garantía social imprescindible y un elemento de autoexigencia ineludible para los profesionales. La actuación de todos y cada uno de nosotros ha de estar presidida por la buena práctica clínica, por la búsqueda de la evidencia científica y por el sentido crítico, así como por las normas básicas de carácter ético y deontológico.

La responsabilidad sanitaria es una garantía social imprescindible y un elemento de autoexigencia ineludible para los profesionales

Todo lo anterior conduce al concepto jurídico de “lex artis ad hoc”. Esto es, hacer lo que se debe y se puede hacer, a la luz de unos conocimientos actualizados, con los medios técnicos disponibles en cada momento y con una praxis que beneficie al enfermo, respetando su autonomía y el resto de sus derechos.

Nuestra actividad responde a lo que se denomina en Derecho: un “cuasi contrato”, un contrato tácito de prestación de servicios, no de resultados. Se trata, en definitiva, de un contrato de intenciones..., pero, al fin y al cabo, un contrato. Y cuando una de las partes no responde a las expectativas de la otra, puede surgir el conflicto y la demanda de responsabilidad ante los tribunales. Siempre habrá existido un fallo en la comunicación.

Señalaremos brevemente las connotaciones sociales que propician el aumento de la litigiosidad. De entre otras muchas destacan tres circunstancias favorecedoras: fe desmesurada en la ciencia médica, hedonismo social (rechazo a la enfermedad, dolor y muerte) y mercantilismo (rentismo).

Los grandes avances de la Medicina han provocado una excesiva confianza en su poder de resolución y como las expectativas son muy altas, el umbral de frustración es muy bajo. Lo anterior, en un

entorno hedonista, como es el nuestro y en el que se sabe que se está amparado por un Derecho reparador, que pretende siempre compensar el perjuicio ocasionado, constituyen los elementos necesarios para crear un “caldo de cultivo” generador de la problemática que estamos analizando.

Los grandes avances de la Medicina han provocado una excesiva confianza en su poder de resolución y como las expectativas son muy altas, el umbral de frustración es muy bajo

A pesar de lo anterior, cabe manifestar que el Derecho exige la existencia de unas mínimas condiciones para que se pueda establecer responsabilidad profesional en un determinado caso, éstas son: obligación preexistente, error, daño acreditado, relación de causalidad. Si no fuese así, los médicos viviríamos con una constante sensación de inseguridad jurídica, que nos impediría el normal ejercicio de nuestra profesión.

Como reacción al aumento de las exigencias de la ciudadanía, reflejado en las demandas judiciales, cabría justificar la práctica de la llamada medicina defensiva.

Si esta actitud se generalizara acarrearía unas consecuencias negativas para profesionales y pacientes, entre ellas: desnaturalización del acto médico, envilecimiento de la relación médico-enfermo, inviabilidad de una correcta práctica sanitaria, ruina del sistema público de salud.

Ante este fenómeno, sólo se puede recomendar profesionalidad, la cual se consigue con una buena formación, que genera seguridad en nuestras decisiones, seguimiento de protocolos, sentido común y altruismo solidario. Y además de todo eso considera imprescindible que las autoridades sanitarias motiven e incentiven adecuadamente a su personal, ya que la necesidad de reconocimiento es inherente a la naturaleza humana y más aún cuando se está en una actividad que, como la nuestra, puede considerarse de alto riesgo.



Dr. D. José María García Basterrechea
Jefe de Sección de Drogodependencias
(responsable del Programa de
Intervención sobre el Hábito Tabáquico
en los trabajadores del HGU)

Tabaco

un peligroso enemigo

Desde la invención en 1880, por James Genseck, de la primera máquina de liar cigarrillos, el hábito de fumar ha ido progresando hasta alcanzar dimensiones alarmantes.

En el año 2000 se ha calculado que existen mil doscientos millones de personas en el mundo que consumen tabaco o derivados (el 80% en países con escasos recursos económicos). En nuestro país, en 1999 consumían tabaco un 33,5 % de la población, destacando el aumento progresivo del número de mujeres fumadoras. Entre los sanitarios fuma un 34,7% de médicos y un 43,8% de enfermeros, de estos últimos un 34% son varones y un 45,2% mujeres.

Se calcula que el consumo crónico de tabaco reduce en unos 22 años la esperanza de vida de un fumador

Las repercusiones sobre la salud de los fumadores son devastadoras: en los próximos 50 años se prevé que aproximadamente 500 millones de personas mueran de forma prematura por causa del tabaco. Se calcula que el consumo crónico de tabaco reduce en unos 22 años la esperanza de vida de un fumador. Dejar de fumar es posible, siendo ésta una de las decisiones más importantes que una persona puede tomar para prevenir enfermar.



La nicotina es una sustancia capaz de producir una adicción muy intensa, a través de un largo proceso de aprendizaje y condicionamiento conductual, donde se altera la neuroquímica del sistema nervioso central, particularmente a nivel del sistema dopaminérgico, que condiciona una alta dependencia física y psíquica; por ello, conseguir el abandono del tabaco requiere en primer lugar una firme decisión del fumador y posteriormente una modificación de sus hábitos junto a un aprendizaje de nuevas estrategias de adaptación y afrontamiento, que le permitan superar las dificultades y dudas que surgen en el difícil proceso de deshabituación.

El tabaquismo es el primer problema de Salud Pública susceptible de poder prevenirse. Los profesionales de la salud podemos y debemos influir activamente en la decisión de nuestros pacientes, tanto con el ejemplo como con consejos breves y claros sobre los riesgos del consumo del tabaco. Pero si queremos ser capaces de

Dejar de fumar es posible, siendo ésta una de las decisiones más importantes que una persona puede tomar para prevenir enfermar

disminuir de forma significativa las repercusiones del tabaco sobre la salud, es imprescindible una actitud firme y decidida de los poderes y administraciones públicos que favorezcan amplios programas asistenciales y de prevención del tabaquismo.

PREVALENCIA DE CONSUMO		
USA	1965	42%
USA	1999	25%
ESPAÑA	1987	38%
ESPAÑA	1999	33,5%
HGU	2000(*)	45,7%
MUJERES		34%
HOMBRES		65%

(*) Datos de García M. y col. Sobre consumo de tabaco en HGU (Comunicación al XXXIV Congreso Nacional SEPAR).

Alergia al polen



Dr. D. Juan Carlos Miralles López
Sección de Alergia

En 1819, John Bostock comunicó la existencia del “Catharrus aestivus”, al que consideraba como una afección periódica de los ojos y los bronquios. Introdujo por primera vez en la literatura el término “fiebre del heno”, aunque atribuyó, erróneamente, la génesis del proceso a la exposición al calor y a la luz del sol. En 1873, Charles Blackley publicó sus observaciones sobre la polinosis en base a su propia experiencia y los síntomas observados en sus pacientes, relacionando las cuentas de pólenes con la intensidad de los síntomas primaverales.



Los granos de polen son estructuras reproductoras masculinas de las plantas con semilla. Los pólenes de relevancia alérgica corresponden a plantas adaptadas a un sistema de fecundación mediante transferencia aérea (anemogamia). Generalmente, el polen se emite a primera hora de la mañana, pero la dispersión y la redistribución por el viento determinan que las concentraciones máximas de los mismos se den habitualmente por la tarde. La liviandad del grano de polen le permite volar incluso a varios centenares de kilómetros de distancia, por esta razón no se encuentran habitualmente diferencias significativas ente los recuentos realizados en zonas rurales y urbanas. Las plantas que emiten dichos pólenes suelen ser malas hierbas, muy difundidas en el medio, de aspecto poco llamativo, con flores poco vistosas y casi sin aroma.

Sólo algunos pólenes tienen interés desde el punto de vista alergológico y para que tengan importancia clínica deben reunir tres características: su tamaño debe ser lo suficientemente pequeño para permanecer suspendido en el aire; ha de encontrarse en cantidades significativas en el área en cuestión, y necesita ser alérgico, es decir, ser capaz de producir en el paciente una respuesta específica mediada por anticuerpos Ig E.

INCIDENCIA DE TEST POSITIVOS A PÓLENES EN LA REGIÓN DE MURCIA

Olivo	68,4%
Gramíneas	55,1%
Parietaria	51,0%
Chenopodiáceas	49,5%
Artemisia	23,5%
Plantago	17,9%
Plátano	11,2%
Arce	10,2%
Mercurialis	9,7%
Rumex	9,7%
Morera	8,7%
Robinia	7,6%
Encina	4,5%
Ciprés	2,5%
Pino	1,0%

La rinitis polínica aparece fundamentalmente durante la primavera, coincidiendo con la polinización de árboles y plantas, aunque en la Región de Murcia se produce un importante pico durante el otoño, e incluso en algunos pacientes se producen síntomas casi todo el año, debido a pólenes de estación prolongada como la “Parietaria Judaica”.

Suele comenzar en edad escolar o en adultos jóvenes, aunque puede aparecer en edades posteriores. Se presenta generalmente como rinoconjuntivitis y sus síntomas son picor nasal, estornudos en salvas de varios segundos de duración, rinorrea acuosa, picor de paladar blando y oídos que a veces se evidencia como dolor. La mayoría de los pacientes presentan picor ocular, enrojecimiento de la conjuntiva y lagrimeo. En los niños es muy frecuente que aparezca el denominado “saludo alérgico”, que consiste en el frotamiento continuo de

la nariz durante la época sintomática. Un 28% de los pacientes que no son tratados evoluciona a un cuadro de asma bronquial, que se manifiesta como tos, pitos y fatiga. Algunos pacientes presentan tos no productiva como única manifestación, lo que se conoce como equivalente asmático.

Ante la sospecha clínica de una rinitis o un asma polínicos, el paciente debe ser remitido al alergólogo para su diagnóstico y tratamiento adecuados. El diagnóstico se confirma mediante la realización de pruebas cutáneas, que constituye el método más sensible y específico, habitualmente por el método de puntura o “prick test”. En algunos casos dudosos o cuando hay discordancia entre los síntomas del paciente y el resultado de las pruebas cutáneas, se puede realizar una provocación nasal con el polen en cuestión o una provocación conjuntival, en las que se valora la reproducción de la clínica en la nariz o en la conjuntiva tras el contacto con el alérgeno. En algunos casos se realiza una determinación de Ig E específica en sangre, aunque su rentabilidad diagnóstica es muy inferior a la de las pruebas cutáneas y su coste muy superior.

Los pólenes de interés alergológico corresponden a:

ÁRBOLES: Olivo, Plátano de sombra, Ciprés, Morera, Encina, Arce, Robinia Pseudoacacia, Pino, Abedul, Avellano, etc.
HIERBAS: Gramíneas, entre las que se encuentran Phleum Pratense, Lolium Perenne, Cynodon Dactylon o Grama Común, Poa Pratense, Festuca, etc.
PLANTAS: Urticáceas (Parietaria y Ortiga), Chenopodiáceas (Chenopodium y Salsola), Artemisia, Plantago, Mercurialis, Rumex, etc.

A diferencia de otros alérgenos, el contacto con el polen es imposible de evitar, por lo que lo único que se puede hacer es reducir la exposición a fuertes concentraciones en la estación polínica correspondiente, cuyos datos es deseable que aparezcan en los medios de comunicación. Al viajar en automóvil es conveniente hacerlo con las ventanillas cerradas y utilizar un filtro antipolen. Es recomendable utilizar gafas de sol, así como dormir con las ventanas cerradas y reducir la ventilación sobre todo a primeras horas de la mañana.

Mirando al Sur

Dr. D. Enrique Mira Sánchez
Medicina Intensiva
Experto en Cooperación
Internacional para el Desarrollo



Es evidente que nuestro país, en el último cuarto de siglo, ha experimentado una mejoría sensible de su nivel de riqueza y desarrollo económico y social.

Progresivamente, nos adentramos en el estándar de sociedad del bienestar, consiguiendo la homologación con el resto de países desarrollados y aumentando nuestra conciencia de pertenecer a una sociedad privilegiada, en comparación con una inmensa mayoría de países del resto del mundo. De país "exportador" nos hemos convertido en receptor de inmigrantes, que buscan en nuestro entorno la posibilidad de mejorar y escapar de la pobreza.

Los avanzados medios de comunicación a nuestro alcance nos aproximan a múltiples rincones del mundo en los que el subdesarrollo, la enfermedad y las carencias más elementales son moneda de cambio de todos los días.

La "brecha" entre países ricos y países en vías de desarrollo (PVD) se hace descaradamente más ancha

Las manifiestas desigualdades entre países no solamente no se frenan, sino que progresivamente se hacen mayores. La "brecha" entre países ricos y países en vías de desarrollo (PVD) se hace descaradamente más ancha, lo que nos hace intuir que, en nuestras mutuas relaciones, todavía sacamos más beneficio que ellos. Las diferencias son en la actualidad más evidentes que en épocas anteriores. Moviéndonos en el campo sanitario, más sensible para nosotros, pueden servir algunos ejemplos:

- La esperanza de vida al nacer, ya cercana a los 80 años en España, era de 37,2 años en Sierra Leona (1997).
- La mortalidad infantil oscila entre 4 (Noruega, Suecia...) y 101 (Niger) por cada 1.000 niños nacidos vivos.

- La mortalidad materna oscila entre cifras muy próximas al 0 frente al 16 por cada 1.000 partos.

- Las muertes por enfermedades infecciosas, maternas y perinatales suponen el 66% de las totales en África y apenas un 6% en los países desarrollados de Europa.

- En países PVD, el 26% de las muertes de mujeres de 30-44 años son causadas por enfermedades de transmisión sexual. En el África subsahariana este porcentaje llega hasta el 48%.

- La probabilidad de morir a cualquier edad es superior en los PVD, pero especialmente para los menores de 15 años, las diferencias son abismales: 20-25 veces superior en el África subsahariana que en los países desarrollados.

...Y ante todos estos datos, con frecuencia, en momentos de reflexión, nos descubrimos "Mirando al Sur", con una mezcla de incomodidad y desasosiego, sintiendo que deberíamos actuar, hacer algo más...

tenemos escalas de valores diferentes; no tenemos la misma disponibilidad ni posibilidades de actuación. Sin embargo, una breve aproximación al conocimiento de cómo "se cocina" la solidaridad entre naciones, el llamado "Sistema Internacional de Cooperación al Desarrollo", nos puede ayudar a comprender y adoptar posiciones más claras.



Estos son únicamente unos cuantos ejemplos en el campo de la sanidad, pero igualmente se podrían ofrecer del sector educativo, social, de infraestructuras...

Que nadie espere encontrar respuesta a esta pregunta en los renglones que siguen. No es nada fácil; no hay un camino estandarizado. No todos somos iguales;

La Cooperación Internacional para el Desarrollo comprende el conjunto de actuaciones realizadas por agentes públicos y privados entre países desarrollados y PVD, con el propósito de promover el progreso económico y social de los países del Sur, de modo que sea más equilibrado en relación con el Norte. Igualmente

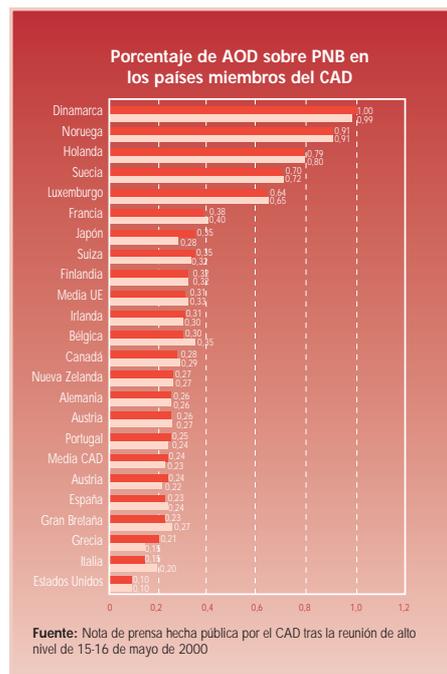


pretende contribuir a un contexto internacional más estable, pacífico y seguro para todos los habitantes del planeta. Nace este siglo pasado, en el marco de los procesos de descolonización y fuertemente influida por el ambiente de la Guerra Fría. Desde entonces está en evolución, intentando dar respuesta al nuevo escenario internacional de finales del siglo XX, dominado por los efectos de la globalización y los nuevos problemas entre naciones.

Los países ricos, donantes de Ayuda al Desarrollo, establecen sistemas de Cooperación Bilateral con los PVD con los que quieren cooperar. Lógicamente, y empezando por Naciones Unidas y sus agencias especializadas, también son muchos los organismos nacionales e internacionales públicos (Bancos de Desarrollo, Grupo del Banco Mundial...) y privados (ONGs, distintos institutos y asociaciones sin ánimo de lucro, etc.) preocupados y dedicados al problema de la Cooperación para el Desarrollo. Supera ampliamente el espacio de este artículo el hablar de todos ellos, centrándonos solamente en uno, el CAD de la OCDE. Los países ricos, tras poner en marcha la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), crean en su seno un comité especializado para el ordenamiento y la coordinación de la ayuda de los países industrializados donantes de Ayuda Oficial al Desarrollo. Se trata del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD). Este Comité, formado en la actualidad por 22 países desarrollados y en el que España participa desde 1991, tiene como objetivo fundamental promover la coordinación, eficacia y adecuada financiación de los esfuerzos internacionales a favor del desarrollo económico y social de los PVD. Está investido de gran autoridad moral y ética para analizar las actuaciones de los países donantes en materia de cooperación. Emite informes y recomendaciones a los países

miembros y valora las características de las distintas ayudas, vigilando que las transferencias económicas cumplan los criterios establecidos para ser consideradas como Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), evitando que se consideren como tales toda transferencia económica a los PVD con fines fundamentalmente mercantilistas y de búsqueda de beneficio para el país emisor.

La necesidad ética de que los países desarrollados ayuden a los PVD es tan evidente que en 1970 la Asamblea General de Naciones Unidas dicta una resolución, ya esbozada en años anteriores, en la que se dice: "...cada país económicamente adelantado aumentará progresivamente su asistencia oficial para el desarrollo de los PVD y hará los mayores esfuerzos para alcanzar, para mediados del decenio, una cantidad neta mínima equivalente al 0,7% de su Producto Nacional Bruto (PNB)".



Como vemos reflejado en el gráfico I, este objetivo, aunque aceptado por todos, sigue mayoritariamente incumplido por la mayoría de países donantes, a pesar de haber pasado ya bastante más de un decenio.

España concretamente, en 1999 participa con un 0,23%, algo por debajo de la media de los países del CAD (0,24%), muy por debajo de la media de los países de la UE (0,31%) y muy lejos de los compromisos inicialmente asumidos por nuestros gobernantes.

Finalmente, unas breves reflexiones sobre

la Cooperación Descentralizada, entendiendo como tal la cooperación internacional llevada a cabo por los entes públicos territoriales: comunidades autónomas, diputaciones y municipios.

	1999		1998	
	AOD (millones de pesetas)	Porcentaje sobre presupuesto	AOD (millones de pesetas)	Porcentaje sobre presupuesto
COMUNIDADES AUTÓNOMAS				
Gob. del País Vasco	4.500	0,7		0,56
Gob. de Navarra	1.761	0,7		0,52
Gob. de Baleares	950	0,7		0,7
Junta de Extremadura	662	0,7		0,29
Gob. de Aragón	268	0,7		0,17
Generalitat Valenciana	2.400	0,3		0,16
Principado de Asturias	322	0,3		0,3
Gobierno de la Rioja	186	0,28		0,29
Gob. de Cantabria	189	0,25		0,25
Junta de Castilla la Mancha	972	0,24		0,23
Generalitat de Cataluña	2.499	0,2		0,07
Junta de Castilla y León	720	0,2		0,1
Com. de Madrid	1.109	0,15		0,16
Com. de Murcia	179	0,11		0,09
Junta de Andalucía	2.711	0,1		0,08
Cabildo de Canarias*	499	0,09		0,09
Xunta de Galicia	110	0,02		0,02

* Datos de 1998
Fuente: información solicitada por INTERMON a las diferentes CC.AA. y entidades locales.FEMP

En los últimos años y facilitado por los progresos de descentralización administrativa y la creciente participación de la sociedad civil en las actividades de cooperación a través de organizaciones próximas o vinculadas a entes públicos de carácter regional y local, esta forma de cooperación está alcanzando un gran dinamismo y rápido crecimiento en cuanto al número de actores y el volumen de los recursos empleados. Veamos en la tabla II la actuación de las distintas comunidades autónomas, en datos publicados por Intermón. Nos encontramos con que Murcia, con un 0,11%, está todavía muy lejos de alcanzar los puestos de cabeza. Finalmente decir que, según fuentes del Ayuntamiento de Murcia, y con datos del año 1998, el porcentaje destinado por el mismo a Cooperación para el Desarrollo, fue del 0,56% del presupuesto de ingresos, cantidad que, sin duda, se va aproximando al objetivo del 0,7%.

Los datos hablan por sí mismos. Es evidente que con una mayor concienciación por nuestra parte y asumiendo la importancia que nuestras reivindicaciones y demandas pueden tener sobre los que nos gobiernan en cualquiera de los niveles, podemos y debemos conseguir un incremento poderoso de las dotaciones dedicadas a los países en vías de desarrollo.

No debemos olvidar que, aunque cada uno de nosotros sea solamente un grano de arena, es con muchos granos de arena como se forma una duna.

Trombosis venosa profunda



Dra. Dña. Mª Isabel Zuazu Jausoro
Servicio de Hematología

Epidemiología

La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP). Ambas constituyen un problema de gran importancia no solamente por sus implicaciones médicas (por la mortalidad secundaria a síndrome postflebítico, ETV recurrente, hipertensión arterial pulmonar, gangrena gaseosa o infección), sino también por sus implicaciones a nivel socioeconómico. En España existen 62.000 casos de TVP/año y 23.000 casos de TEP/año.

El conocimiento de los factores de riesgo implicados en dicha entidad es fundamental para realizar una profilaxis capaz de reducir la incidencia de ETV tanto en pacientes hospitalizados como en pacientes ambulatorios.

Los factores de riesgo protrombóticos más importantes son los que se detallan a continuación: cirugía y traumatología, embarazo, anticonceptivos orales, enfermedades cardiológicas, enfermedades neurológicas, neoplasias, edad, historia previa de tromboembolismo venoso, inmovilización prolongada, anomalías en algunos de los inhibidores naturales de la coagulación. Los déficits de antitrombina III, proteína C, proteína S, resistencia a la proteína C activada, fenómenos trombóticos, obesidad, presencia de venas varicosas, síndrome antifosfolípido, síndrome nefrótico.

Fisiopatología

Los mecanismos fundamentales que propuso Virchow en 1856 siguen vigentes en la actualidad para explicar la producción de la trombosis: estasis sanguínea, alteración de los componentes de la sangre y alteración de la pared vascular.

Clínica

Clásicamente, la clínica de las TVP se caracteriza por calor, dolor, edema, eritema de la piel y limitación funcional. El dolor se localiza a nivel de la pantorrilla, el muslo o la región sacroilíaca. Los síntomas reseñados son comunes a otras enfermedades, de ahí que se deba establecer un diagnóstico: desgarros y espasmos musculares, procesos que produzcan compresión de la vena ilíaca

(hematomas, tumores o abscesos), celulitis, venas varicosas, linfedema, síndrome postflebítico, inmovilización de extremidades inferiores e insuficiencia cardíaca.

Diagnóstico

Ultrasonidos con Doppler. Esta técnica mide la velocidad del flujo sanguíneo y determina las presiones del sistema venoso y arterial y es la que más se utiliza en la actualidad. Flebografía. La prueba consiste en introducir en el sistema venoso profundo material de contraste, para que nos muestre la falta de relleno en una placa radiográfica en caso de existir una obstrucción vascular. Permite visualizar todo el sistema venoso profundo y muestra la localización exacta del trombo, su forma, tamaño y adherencia; este último aspecto es importante para valorar el riesgo de TEP.

La flebografía constituye la primera prueba diagnóstica objetiva de la ETV. Es un procedimiento invasivo doloroso y tiene riesgo de desprendimiento de un segmento del trombo con el consiguiente riesgo de TEP. Su utilización está contraindicado en personas alérgicas al yodo.

Profilaxis y tratamiento

La prevención de la ETV ha suscitado un gran interés en los últimos años. Actualmente, la prevención se realiza con las denominadas heparinas de bajo peso molecular, con una sola administración diaria de este tipo de preparados mientras existan los factores de riesgo.

El diagnóstico de ETV exige que se adopten medidas terapéuticas rápidas y eficaces que al menos limiten la extensión del proceso trombótico, eviten su embolización (TEP), dificulten su recidiva y en determinados casos que se consiga la lisis del coágulo vascular.

El objetivo del tratamiento curativo de la ETV es impedir la extensión del trombo, aliviar la sintomatología y evitar el síndrome postflebítico y prevenir tanto la complicación más temida, el TEP, así como posteriores recidivas.

Tratamiento anticoagulante. Inicialmente, se realiza con heparina para continuar con anticoagulación oral de 3-6 meses. En casos en que se repita la trombosis podría recomendarse la anticoagulación oral indefinidamente.

Pepe del Toro

Mientras toda una copiosa serie de instrumentos tecnológicos van avasallando nuestra vida hospitalaria, ideando recursos sofisticadísimos que pretenden dar un óptimo servicio al cliente, Pepe del Toro siempre ha sabido dónde pisa.

Sanitario de vocación, no se le puede catalogar en ninguno de los estamentos con los que nos empeñamos en parcelar nuestro ambiente, porque él ha tomado lo que necesitaba de cada uno de ellos, imprimiéndoles sello propio, para convertirse en una queridísima institución entre compañeros y usuarios.

Pero su camino no ha sido fácil; trabajando desde los doce años, encontraba espacio en sus horas de sueño para dedicar al estudio, que tanta satisfacción le reportaría. Tras años duros, fue mucho después, alentado por Asun y sus hijos, cuando pudo obtener su tan anhelado título, y trabajar, por vez primera, en el Hospital Provincial San Juan de Dios; año 1980.

Desde entonces han pasado 21 años y, tras la costosa decisión de abandonar su vida laboral a los 67 años, queremos dejar un pequeño testimonio de su andadura por el hospital:

¿Por qué puestos has pasado en el hospital?

Empecé como auxiliar de Enfermería, destinado en Planta de Hospitalización; entonces era un hospital de beneficencia y las condiciones de trabajo eran duras, con habitaciones de doce enfermos. Tras el primer cierre del centro y su reforma, en el año 85, inicié una nueva etapa con funciones administrativas en el Área de Admisión, primero Urgencias y más tarde Hospitalización, donde permanecí hasta jubilarme.

¿Un recuerdo especial?

Guardo buen recuerdo de todo el hospital, pero con especial cariño recuerdo mis años en Planta, ya que me permitían tener un contacto directo con el paciente. Para mí, lo principal es el respeto y el cariño al enfermo, y siempre me ha gustado atenderlo lo mejor que he sabido. Recuerdo a María, una enferma que siempre estaba abrazada

a su bolsa de aseo y sólo conmigo consentía en alimentarse; me gustaba llevarla de visita a otras habitaciones y charlar con ella, plantando un poco de ilusión y alegría en sus vidas. He de confesar que este modo de actuar me ha creado algún que otro pequeño problema con los compañeros.

¿Problemas de qué tipo?

Pues, por ejemplo, cuando estaba destinado en Urgencias, y los enfermos tenían que esperar a ser atendidos, yo siempre procuraba darles un trato personalizado y

que al principio me abrumó un poco, pero, por suerte, al igual que la tecnología es sofisticada, nos permite acceder a mucha información de forma sencilla, sin necesidad de ser un especialista. Además, siempre me he guiado por mi buena memoria y, a la hora de dar información al paciente, casi siempre he sabido dónde estaba o qué pasó con determinado enfermo.

Pero tus funciones son administrativas...

Yo siempre he tenido muy claro que no soy administrativo, sino sanitario; otra cosa es



tenía fama por estar siempre entrando a los boxes de reconocimiento con papeles en la mano, intentando solucionar algo, ya sabes, “mira, que este paciente es conocido mío...” y los facultativos solían decirme que para mí todos los pacientes eran mis recomendados. Bueno, son anécdotas cariñosas, por supuesto.

¿Qué dificultades has encontrado con los enfermos?

En realidad, en los años que he trabajado en este hospital, sólo he tropezado con un enfermo agresivo, que me puso una navaja en el cuello, aunque pronto desistió de su propósito y fue más el susto que otra cosa.

¿Cómo has compaginado el trato humano con la tecnología?

Fue en Admisión donde tuve que aprender a trabajar con los ordenadores. Reconozco

que tenga que desempeñar funciones en un área administrativa, pero siempre como auxiliar de Enfermería.

Ahora que te has jubilado, ¿qué te planteas?

Supongo que lo mismo que se plantea cualquier jubilado: dedicarme a todo lo que no he podido mientras estaba trabajando. Pienso estar más tiempo con mis hijos, mis nietos y, sobre todo, con Asun (a quien debo todo lo que soy); disfrutar más de hacer la compra y la comida (tareas que me gustan mucho), e intentaremos realizar algún viaje de vez en cuando. Dentro de mis aficiones, se encuentra todo lo relacionado con Murcia: literatura, pintura, cine, etc. Así que resultará agradable poder ponerme al día en estos temas. Todo ello sin olvidar alguna visita a mis compañeros, que seguro serán frecuentes.

El llanto de un río



¿Tal vez cual niño lloras
porque los hombres, ciegos,
tu cuerpo violan
como aves rapaces,
que estercolan las rocas?

¿Acaso triste lloras
porque ya los domingos,
como humilde huertano,
no puedes perfumarte,
ni vestir traje limpio?

¿O hastiado tal vez lloras
porque allá arriba
los dioses olvidan
que tu enorme cuerpo
tienes que alimentar
las noches y los días?

Mas un día tu llanto
moverá los tranquilos
mares de los dioses,
que derramarán lágrimas
desde allá, en lo alto.

Algún día tu llanto
amor por desvarío
cambiará en los hombres,
que buscarán tu sombra
y surcarán tu cuerpo.
¡El día está cercano!

Entonces el poeta
con versos y palabras
llenará tus riberas
de flores y albahacas.
Tu camino de plata
cantará el poeta
de la sierra a la playa.

Tus calladas arterias
surtirán a naranjos
la esencia de azahar
y teñirán de rojo
las flores del rosal.
Ese día en primavera,
¿trepará la más bella
al cabello azabache
de mi niña morena?

*(César Herrero Hernansanz
Jefe Servicio de Mantenimiento)*

RECETA de COCINA

ARROZ Y PAVA DE LA ARBOLEJA

Ingredientes

Arroz	1/2 Kg
Pava de La Arboleja	media
Ajos tiernos	2 manojos
Alcachofas frescas	dos
Pimiento rojo	uno
Tomate	uno
Bacalao salado	100 gr.

Modo de hacerlo

Se sofríen las alcachofas, los pimientos, los ajos, tomate y la pava bien troceada. El bacalao se asa y una vez limpio de espinas se le pone al sofrito anterior. Todo ello se coloca en la cazuela y se pone a hervir, añadiéndole un poco de pimiento molido, azafrán, perejil y dos dientes de ajo, sal y pimienta molida negra. Una vez que empiece a hervir, se le pone el arroz y se tiene en la cazuela durante una hora.

