

HOSPITAL GENERAL

AÑO 3 • NÚMERO 3 • SEPTIEMBRE 2003



HOSPITAL GENERAL



Órganos de Dirección

Dr. D. José Andrés Muñoz Sánchez

(Director Médico)

Dña. Rosario Soler García

(Directora de Gestión)

D. Manuel Manzano González

(Director de Enfermería)

Comité Editorial

Coordinadora:

M^a del Mar Sánchez Álvarez-Castellanos

D^a Lucía Albaladejo Pérez

D^a M^a Dolores Acosta Rodríguez

Colaboradores

D. Ángel Mari Valero

D. Juan Fernández Marín

D. Pedro Parra Hidalgo

D^a Ascensión López Cutillas

D^a Ana Berenguer Pajares

D^a Caridad Gutiérrez García

D. Rachid Mohyi

D. José Antonio Domené Martínez

D^a Carmen Brufau Redondo

D. Rafael Pacheco Guevara

D. Enrique Mira Sánchez

D. José Soriano Palao

D. José Luis García Martínez

Diseño

Gonzalo Sánchez Álvarez-Castellanos

Impresión

A.G. Novograf, S.A.

ISSN: 1578-5742

Depósito Legal: MU-1.447-2001

REVISTA DEL HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARIO DE MURCIA

PLAZA CRUZ ROJA, 1 • 30003 MURCIA
Teléfono: 968 35 62 00 • Fax: 968 22 17 35
email: mmarsanchez@carm.es

EDITORIAL

Un hospital con calidad

Manuel Manzano González

en PRIMERA persona

El cura Ángel celebra sus bodas de oro

Julián de Veracruz

punto de VISTA

Un administrativo en el templo de Asclepio

M^a del Mar Sánchez Álvarez-Castellanos

en MARCHA

Situación actual y ritmo de las obras del NHGM

Pedro Parra Hidalgo

vida HOSPITALARIA

Unidad de Hospitalización Domiciliaria

*Ascensión López, Ana Berenguer
y Caridad Gutiérrez*

Mediación Intercultural

Rachid Mohyi

enfermería AL DÍA

Cercanos a la apertura del NHGM

José Antonio Domené Martínez

educación SANITARIA

El sol y nuestra piel

Carmen Brufau Redondo

ética y ESTÉTICA

El derecho a la intimidad

Rafael Pacheco Guevara

mirando al SUR

Reghaia

Enrique Mira Sánchez

acerca DE...

Diabetes tipo II: la epidemia que viene

José Soriano Palao

el rincón del LECTOR

El Servicio de Mantenimiento: un elemento más en la cadena de calidad hospitalaria

José Luis García Martínez

Crónica deportiva



Región de Murcia
Consejería de Sanidad



Servicio
Murciano
de Salud

O
I
R
A
M
U
S

Un hospital con calidad



Hablar de un hospital con **calidad** es hablar de un hospital con **calidad**, pues ambos términos son sinónimos, según el Diccionario de la Real Academia Española. Y las cualidades deseables no siempre son las mismas para usuarios, gestores o profesionales. Su calidad, tampoco.

De ahí que en la vieja dirección participativa y por objetivos, en la elaboración de los **objetivos**, que al final determinarán cualidades, deban intervenir, realmente, todos los actores, especialmente el **cliente**.

La **estructura organizativa** de nuestros hospitales es hoy prácticamente igual a la de hace 30 años. El hospital del futuro o adopta un **nuevo paradigma** de actuación profesional o no será capaz de responder a las demandas de la sociedad. La apertura de nuestro nuevo centro es una **oportunidad irreplicable** para el cambio. Y como dice Francesc Moreu, son los cuadros directivos de los hospitales quienes deben no sólo acompañar, sino impulsar este cambio de velocidad, como única posibilidad de supervivencia en un mundo en el que la **“reingeniería”** no lleva a ninguna parte, ya que nos demanda **“reinención”**.

Tampoco nos basta con adquirir **modelos** de calidad o **planes** de emergencia. ¿Por dónde empezar, por la “calidad de la gestión” o por la “gestión de la calidad”? El modelo “Moisés presentando sus tablas” tras ser iluminado, no resulta, no ilusiona, no responsabiliza. En todo caso, tal vez **“acredite”** o **“normalice”**. Es preciso el conocimiento y la implicación de los actores. Si no es así no es real. No resulta. No vale siquiera para retribuir una “productividad” por el cumplimiento de unos “objetivos”.

Vivimos un tiempo de auge de las **Tecnologías de la Información y Comunicación**. Son “herramientas” muy válidas. Pero, conocimiento e información no deben confundirse. La información es sólo la materia prima del conocimiento. La Sociedad de la Información no es equivalente a la So-

*Conservo a seis honestos servidores;
ellos me enseñaron todo lo que sé.
Sus nombres son: Qué, Por qué, Cuándo,
Cómo, Dónde y Quién.*

Rudyard Kipling

iedad del Conocimiento. Es precisa una infraestructura para su transmisión. Saber utilizar los sistemas de información aprovechando las tecnologías existentes (e-mail, intranet). Sobre todo, porque los ciclos de vida de los productos tienden a reducirse y dado el incremento de la obsolescencia de los conocimientos, la rapidez y precisión en la comunicación interna se hacen imprescindibles.

Y llegamos al capítulo más importante en la **cadena de valor** de una empresa: Los **Recursos Humanos**. El conocimiento de las organizaciones reside en ellos. Con su “saber hacer” son quienes rigen los procesos, los sistemas de información y los sistemas informáticos. Constituyen su **“activo intangible”**. La formación y capacitación de dicho personal es otro de los pilares del éxito.

El **“know-how”** es uno de los activos que mejor definen el capital intelectual (conocimiento y actualización de los recursos de la empresa). Pese a que en el Plan General de Contabilidad Español pocos son los **activos inmateriales** susceptibles de contabilización, las patentes y el software son los más conocidos, el éxito o fracaso en las compañías del nuevo milenio dependerá del activo más intangible que existe: el **intelectual**. No debe permitirse su pérdida ya sea por la marcha del empleado o por la incapacidad de transmitir sus conocimientos. Sin embargo, pocas son las empresas que han dispuesto medidas para detectar, asimilar e integrar en la cultura corporativa el acervo de conocimientos que se utiliza cada día en su seno. La pérdida (o el no aprovechamiento) de los profesionales que poseen saberes de ese tipo provoca un doble efecto: en primer lugar, su descapitalización (está perdiendo el nervio, una parte del engranaje que la hace funcionar) y también en riesgo de la posible adquisición de ese know-how por la competencia, ávida de poseerlo.

Manuel Manzano González

Director de Enfermería del Hospital General

ENTREVISTA

El cura Ángel celebra sus bodas de oro

"El Hospital no son las paredes, sino el estilo de trabajo, la amistad, el grupo humano"

"He pasado, en tantos años, las más increíbles situaciones"

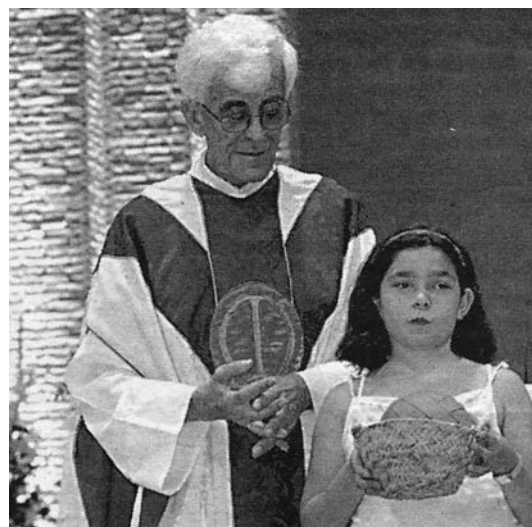
Julián de Veracruz

¿Quién no conoce, en el Hospital, al cura Ángel? Lleva un montón de años en esta institución, en la que se ha pasado buena parte de su vida. Ni siquiera la jubilación interrumpió su presencia entre nosotros. Realiza una especie de "voluntariado pastoral" que le mantiene en contacto con sus innumerables amigos sanitarios y con el mundo de los enfermos. Él sigue aquí.

Es que el Hospital es mi casa. Aunque haya desaparecido el viejo edificio, para mí sigue existiendo el Hospital General, que no son las paredes, los pasillos y las puertas, sino el grupo humano, el estilo de vida, las costumbres, las formas de trabajar, el contacto personal de amistad...

Cura, ¿qué te trajo al Hospital?

Una orden del obispo. Un buen día, un buenísimo día, recibí el nombramiento de capellán del Hospital General Universitario, y, la verdad, es que me alegré mucho.



¿Por qué?

Pues porque el cargo me gustó. Yo había sido capellán en el Hospital Santa Rosa de Lima, en Lorca, y allí se afianzó en mí lo que puedo llamar mi vocación hospitalaria. Hace muchos, muchos años, opté por esta profesión que, desde la fe en Jesucristo, me obliga a servir a los demás. Aunque sea manifiestamente mejorable, pero he querido que mi vida sea un servicio, con la determinación de que ese servicio tenga una dirección preferencial: el mundo de los enfermos. El Hospital, evidentemente, es el cauce más claro para realizar esta opción. Por eso vine aquí. Y por eso estoy aquí. Feliz y contento. Con buen humor y, ojalá, con buen amor. Miro hacia atrás y pienso que me he entregado a lo que he creído que era mi misión con gusto, incluso con entusiasmo ilusionado.

¿Y cuál es tu misión, Ángel?

El cura que tengo enfrente dibuja una sonrisa tenue, le da una chupada honda al cigarro negro que se está fumando, sorbe, sin prisa, el cortado descafeinado que ha pedido y me mira suave y directamente a los ojos...

Esa pregunta no me la esperaba. ¡Mi misión! Brevemente: proclamar que yo he encontrado en Jesucristo la respuesta a mis preguntas más acuciantes. Que creer en Él me ha ayudado a ser feliz. Que la fe en Él me obliga a respetar a la gente, a querer a la gente, a vivir con la gente, a servir a la gente, a trabajar por un mundo más humano, a ser amigo de todos, absolutamente de todos, a solidarizarme con el dolor ajeno, a hacer que nazca una

sociedad alternativa, solidaria, cargada de amor y apertura, libre de autoritarismo, respetuosa con las diferencias... Como ves... tarea no me falta.

Ahora entiendo que, después de la jubilación, te hayas quedado en el Hospital, en ese tu singular voluntariado. Una vida es corta para un programa tan amplio. ¿No?

Exactamente. Siempre falta tiempo. Sobre todo sabiendo que al final de la vida nos examinarán del amor. Eso dice San Juan de la Cruz. Y eso lo dice, sobre todo, el capítulo 25 del evangelio de San Mateo.

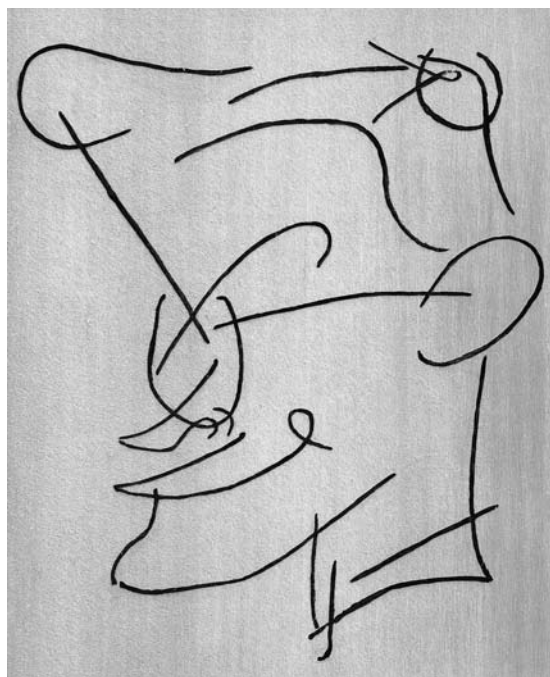
Con tantos años en el Hospital tendrás para contar infinidad de anécdotas.

Claro. En todos estos años he visto y he vivido de todo. He conocido toda clase de personas. He pasado por las más increíbles situaciones.

Deberías escribir un libro.

¿Debería? No tengo ganas ni soy escritor. Pero si te animas, yo te cuento las cosas y tú lo escribes. Hasta puede que fuera interesante. ¡Anda, ánimo!

Hablar con el cura Ángel es tan agradable como enriquecedor. Para cada frase que me dice tiene un brochazo de ese impagable buen humor tan suyo. Me cuenta, durante la charla, tres o cuatro chistes, y me explica que durante varios años había sólo dos capellanes. Con lo que, al ser obligatoria la presencia física a tiempo completo, se pasaba literalmente media vida encerrado en el Hospital. Así como suena. Nada. Lo dicho, que hace falta un libro para dejar cancha al cura y que cuente todo lo que lleva dentro. Lamentablemente, mientras eso llega hay que poner fin a esta charla.



Ángel Mari Valero, nacido en San Pedro del Pinatar, estudió en el Seminario de San Fulgencio de Murcia.

Ha sido párroco de Casillas, Cobatillas, Puebla de Mula, Santiago de Lorca, coadjutor en Jumilla y misionero en Ecuador.

Además, San Benito de Murcia y el Hospital. Una hoja de ruta impresionante a la que, en estos días, ha puesto el broche de oro de sus cincuenta años de cura.

¡Felicidades, nuestro cura!



La cena homenaje

Un numeroso grupo de amigos se reunió en el Casino de Murcia para celebrar una cena homenaje en honor del cura Ángel, con motivo de sus bodas de oro sacerdotales. El menú, muy bueno. El ambiente, espléndido. La animación, inmejorable. Los discursos, breves, que son los mejores. Y Ángel, feliz, emocionado, con alguna lagrimilla furtiva y con la inmensa satisfacción de sentirse tan enormemente rico en amigos. ¡Qué envidia!

UN ADMINISTRATIVO EN EL TEMPLO DE ASCLEPIO

M^a del Mar Sánchez Álvarez-Castellanos
Auxiliar Especialista de Admisión
HGUM

El personal administrativo, implicado de lleno en el ámbito sanitario, muestra una relación directa con la probabilidad de éxito o fracaso en la consecución de los objetivos marcados por las Administraciones que nos rigen



Los documentos históricos nos enseñan que ya los templos de Esculapio (Asclepio), el dios griego de la Medicina, fueron utilizados como casa de refugio para los enfermos e inválidos y como escuelas de aprendizaje para los médicos.

Durante los primeros siglos de la Era cristiana, el número de hospitales creció. Y durante las Cruzadas, la misión principal de las órdenes religiosas era cuidar de los enfermos, creándose un gran número de hospitales, que continuaron creciendo durante toda la Edad Media, el Renacimiento e incluso después.

Es en el siglo XVIII cuando aparecen los primeros hospitales municipales dirigidos por autoridades civiles. Y poco después, hacia 1850, en casi todos los países se empleaba la anestesia quirúrgica, provocando el crecimiento masivo de hospitales con quirófano.

Paralelamente al desarrollo y al progreso, que han ido incrementando la demanda de hospitales, se produce otro cambio importante: la reforma y modernización de las Administraciones Públicas, que en el siglo XX, y progresivamente, se convierten en prestadoras de servicios, incluyendo ámbitos como Educación, Sanidad, etc., obligando a las Administraciones a afrontar un gran número de necesidades sociales pendientes, que constituyeron el llamado Estado de Bienestar, y que tuvieron como consecuencia un aumento de la presión fiscal y del endeudamiento.

En el ámbito hospitalario son varios los factores que han propiciado el exagerado aumento actual de los costes: el crecimiento en la demanda de servicios hospitalarios con la cobertura sanitaria universal, los modernos y caros equipos de

diagnóstico junto a sofisticados aparatos para muchos tratamientos y gastos no menos importantes imputables al gran número de personal que necesita un hospital para funcionar.

Todo este exagerado crecimiento de los gastos ha conducido a que diversos países con un sistema sanitario público busquen fórmulas para aumentar la competitividad y eficacia de sus centros, incluyendo, entre otras, medidas que traten de conseguir eficacia administrativa a través de una gestión eficiente, reduciendo costes y reordenando el gasto público.

Como un elemento más en la consecución de los objetivos marcados por las Administraciones Públicas, surgen, a partir de los años ochenta, los Servicios de Admisión Hospitalaria (unidades sanitario-administrativas), determinados por la necesidad que expresan las nuevas gerencias de los hospitales de contar con dispositivos a los que encargarles ciertas tareas básicas de información sobre la actividad del hospital, así como la ayuda necesaria para resolver determinadas carencias en su organización.

Aun siendo cercana en el tiempo la creación de estas unidades, donde el personal administrativo aparece implicado de lleno, en los últimos años ha sido espectacular su desarrollo, convirtiéndose el factor humano en el pilar fundamental de toda la actividad, y el personal administrativo que trabaja en la gestión de pacientes debe reunir amplios conocimientos sobre estructura del sistema sanitario, estructura del mundo hospitalario y estructura y funcionamiento de su propio hospital.

Con todo ello, el personal administrativo somos parte integrante de una orga-

nización, que muestra una relación directa con la probabilidad de éxito o fracaso en la consecución de los objetivos marcados por las Administraciones que nos rigen.

Si bien el proceso de cambio ha sido tan acelerado que aún lo estamos asimilando, es claro que hoy día no se nos considera extras; se reconoce y valora nuestro protagonismo y ningún estamento de nuestra organización cuestiona la presencia de personal administrativo implicado tan de lleno en el ámbito sanitario.

Pero si algún despistado en este proceso de modernización queda suelto debe saber que del mismo modo que Asclepio fue castigado siendo niño por Apolo y entregado al centauro Quirón, de quien aprendió todo sobre el arte de la Medicina, convirtiéndose en un gran físico, el personal administrativo de los hospitales fuimos castigados al ámbito de la Administración para el que no estábamos preparados, pero donde estamos aprendiendo todo sobre las artes de ser versátil, de la precisión y la confianza, de saber trabajar bajo presión, de ser tolerante y amable, de estar dispuesto a continuas innovaciones, de tener iniciativa y ganas de perfeccionamiento, de aprender mucha terminología médica, etc., que, sin duda, nos llevará a ser buenos profesionales; pero, sobre todo, estamos aprendiendo el arte de amar nuestro trabajo y, en definitiva, de ser mejores cada día.

Creo que, con todo, nos hemos ganado un pequeño lugar en alguno de los numerosos templos construidos en honor de Asclepio, aunque nuestra presunción quede dentro del ámbito de la mitología griega.

en marcha

Situación actual y ritmo de las obras del NHGU

A fecha actual se ha ejecutado la estructura de todo el edificio. Se han finalizado los servicios ambulatorios: consultas externas, hospital de día, rehabilitación y están próximas a su finalización las zonas de quirófanos, UCI y urgencias.

Simultáneamente se están preparando los pliegos para el equipamiento de todo el centro.

Un equipo de arquitectos y diseñadores se encuentra trabajando en el proyecto de interiorismo, basado en una serie de criterios que como principio general tendrán en cuenta la exigencia de dar respuesta a las necesidades del usuario interno (profesionales) y externo (pacientes y acompañantes), facilitar

la relación del usuario con el hospital y de integrar el diseño en el entorno teniendo en cuenta las características sociales, culturales y medio-ambientales. Se trata de conseguir buena accesibilidad interna y externa, exenta de riesgos para el usuario; privacidad e intimidad; utilidad y comodidad, junto a durabilidad, facilidad de mantenimiento y economía.

Pedro Parra Hidalgo
Director del proyecto NHGU
Jefe de Servicio de Planificación
y Financiación Sanitaria



Vista general desde el margen derecho del río. Estructura completamente finalizada del edificio. Delante, parte del barrio de Vistabella



Vista del edificio de servicios ambulatorios con la entrada a la zona de rehabilitación, desde Ronda de Garay



Pasillo de consultas externas en planta baja



Vista general desde el margen derecho del río. Estructura completamente finalizada del edificio. Delante, parte del barrio de Vistabella

Unidad de Hospitalización Domiciliaria

Una alternativa al ingreso hospitalario

“Ventajas: mayor comodidad para el paciente, aprovechamiento de recursos sanitarios y fomento de la educación sanitaria”

La Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD) es un servicio de reciente creación dentro del HGU. Está formada por una plantilla de internistas y de enfermeros, con un coordinador de la unidad y una supervisora.

El horario de asistencia es de 8 a 21 horas, todos los días de la semana. A partir de las 21 horas, las posibles urgencias las atenderá el 061 en el domicilio del enfermo. Las visitas conjuntas médico-enfermera se realizan por la mañana, de lunes a sábado. Por las tardes se realizan nuevos ingresos y se visita a los pacientes que precisan o cuando el tratamiento lo requiere.

Procedencia de los pacientes que ingresan en la UHD

- Habitualmente son pacientes procedentes de la Puerta de Urgencias, una vez estabilizados y con un tratamiento susceptible de poder seguirse en domicilio.
- Pacientes hospitalizados que por su patología requieren cuidados especializados, pero no el soporte físico del Hospital.
- Pacientes procedentes de Consultas Externas.

Requisitos indispensables de inclusión en UHD

Voluntariedad. A los pacientes se les ofrece la posibilidad de continuar el tratamiento en su domicilio de forma voluntaria. Se les informa de las ventajas e inconvenientes de esta modalidad de hospitalización frente a la convencional y se les advierte de que siguen estando en régimen de hospitalización, aunque sea su domicilio.

Pertenencia al Área de Salud que cubre el HGU, quedando excluidas de momento, por lejanía, las áreas 7, 11 y 37, correspondientes a los municipios de Alquerías, Beniel y Santomera, respectivamente.

Valoración médica y de enfermería. El enfermo debe encontrarse en una situación que requiera asistencia continuada y frecuente, tanto médica como de enfermería, pero estable clínicamente. El proceso a tratar debe ser transitorio y los tratamientos deben poder ser administrados dentro del horario asistencial establecido.

Valoración social. Tienen que existir unas condiciones adecuadas en cuanto a su entorno físico (domicilio) y de apoyo familiar (cuidador principal). Es importantísima la figura del cuidador principal, ya que éste se responsabiliza de los cuidados y atenciones del paciente en su domicilio (aseo, administración de medicación oral, observaciones, etc.) y quien avisa a la Unidad en caso de dudas o problemas.

Teléfono. Es imprescindible que el paciente tenga teléfono en su domicilio, para poder contactar con la Unidad.

Objetivos

Con la creación de la UHD se pretende:

- Prestar los servicios en el “mejor lugar terapéutico” con una mayor comodidad para el paciente y la familia favoreciendo

un trato más humano y una atención más personalizada.

- Mejorar el aprovechamiento de los recursos sanitarios, acortando las estancias, liberando camas para otros pacientes agudos y reduciendo costes.
- Fomentar la educación sanitaria en su propio entorno, que tanto el paciente como la familia están más receptivos al aprendizaje de temas relacionados con la salud.

Conclusión

Una vez superadas las dificultades propias de la puesta en marcha de un nuevo servicio, el agradecimiento de los pacientes y familiares y la satisfacción personal han reforzado la ilusión por este nuevo tipo de asistencia.

Desde estas líneas queremos agradecer la colaboración prestada por todos los servicios del Centro que colaboran con nosotros.

**Ascensión López Cutillas
y Ana Berenguer Pajares**

Enfermeras de la Unidad *Caridad Gutiérrez García*. Supervisora de la Unidad





Mediación intercultural: Elemento clave en el proceso asistencial.

Mediando entre personas y culturas diferentes, facilitando las relaciones, orientando, fomentando la comunicación y promoviendo la incorporación multicultural

El objeto de este artículo es realizar un pequeño análisis, desde la experiencia personal, acerca de la labor del mediador intercultural en el Hospital General Universitario de Murcia.

De todos es conocido que estamos ante una nueva realidad social, donde la diversidad cultural es cada vez mayor, debido al progresivo aumento del flujo migratorio. En el intento de la Administración Sanitaria por adecuar sus recursos a esta nueva situación, se impone una figura que resulta clave en el proceso asistencial: el mediador intercultural.

EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE MURCIA, EN SU EMPEÑO POR OFERTAR UNA ASISTENCIA ADECUADA Y DE CALIDAD AL USUARIO, DECIDIÓ INICIARSE EN ESTA NUEVA ANDADURA

Y es aquí donde comienza mi labor: a finales del año 2001 empecé a trabajar en este Centro, con unas funciones no muy específicas que se basaban fundamentalmente en la traducción en cuatro lenguas de una Guía de Atención al Usuario Extranjero y en labores de interpretación lingüística con la población inmigrante.

Pronto me di cuenta que mi papel en el Hospital no era tan sencillo, y parecía necesario que consistiera en algo más que simples labores de traducción. No fueron pocos los problemas que dificultaron mi labor: por un lado, encontré dificultades relacionadas con la propia comunidad migratoria, como son falta de recursos personales y grupales para adaptarse a una situación que no es comprendida y con la cual no se encuentran identificados, y el desconocimiento y la ausencia de adaptación a los mecanismos del sistema sanita-

rio. Por otra parte, también tropecé con una serie de dificultades no menos importantes relacionadas con la rigidez de los servicios sanitarios y problemas burocráticos, tales como insuficiencia en recursos y en formación de profesionales; falta de proyectos y programas integrales y viables; dificultades en la comprensión de valores y filosofías de vida, y la ausencia de un diálogo intercultural.

Ante todas estas carencias y problemas que fueron surgiendo tras el contacto diario con usuarios y personal del Centro, comprendí la necesidad de actuar como figura que medie e intervenga entre personas y culturas diferentes, facilitando las relaciones, orientando, fomentando la comunicación y promoviendo la incorporación multicultural.

Pero para llevar a cabo estos objetivos se requería la colaboración de todo el personal del Hospital: Unidad de Trabajo Social, médicos, psicólogos, personal administrativo y de Enfermería, así como el constante apoyo de la Dirección del Centro.

UNA COLABORACIÓN BASADA NO SÓLO EN LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL, SINO TAMBIÉN, Y FUNDAMENTALMENTE, EN EL ENTENDIMIENTO Y RESPETO MUTUO ENTRE TODAS LAS PARTES IMPLICADAS

Y es por ello que, cuando verdaderamente instituciones y usuarios hemos comprendido el auténtico papel del mediador intercultural, me puedo considerar un recurso valorado por todos.

En la actualidad vengo desempeñando una serie de funciones que creo pueden servir de orientación a otros centros sanitarios de la Región donde sea necesaria la

figura del mediador intercultural. Éstas son principalmente: primera acogida, acompañamiento y sensibilización de las partes implicadas; labores de traducción e interpretación lingüística; interpretación de los códigos socioculturales; apoyo personal a los usuarios y a los profesionales del servicio; fomento de la cohesión social entre usuarios del Centro, a través del impulso hacia la difusión mutua de valores y ayuda a resolución de conflictos; promover la autonomía e inserción social de los inmigrantes, mediante el fomento de la autoestima y la participación, el impulso a la organización social de los inmigrantes, adiestramiento en el desenvolvimiento de la sociedad receptora, información y promoción de la defensa de derechos y deberes y fomento de la ayuda mutua entre individuos y grupos.

No quiero concluir sin reconocer que esta experiencia ha sido y está siendo muy positiva para mi formación, pues, desde mis responsabilidades, me está ayudando a entender tanto el sufrimiento de los inmigrantes como las dificultades en el entendimiento de la población receptora, que encuentra sus principales obstáculos en la falta de comunicación y en el desconocimiento de otras realidades socioculturales. Soy consciente que aún queda mucho por hacer, pero estoy convencido que la insistencia y creencia en este proyecto por parte de todos han hecho del papel del mediador intercultural del Hospital General Universitario de Murcia un elemento clave, desde el principio hasta el final, en un proceso asistencial adecuado y de calidad.

Cada vez está más cercana la fecha de apertura del edificio que albergará a nuestro Hospital. Son momentos de zozobra, inquietud, esperanza y, también, de agradecimiento

“Al hombre se le puede adiestrar, amaestrar, instruir mecánicamente o realmente ilustrarlo. Se adiestra a los caballos, a los perros, y también se puede adiestrar a los hombres.

Sin embargo, no basta con el adiestramiento; lo que importa, sobre todo, es que el niño aprenda a pensar.”

I. Kant, “Pedagogía”

Cada vez está más cercana la fecha de apertura del edificio que albergará a nuestro Hospital. Son momentos de zozobra, inquietud, esperanza y, también, de agradecimiento.

Todos los días no se construye un edificio para un hospital. Han quedado disipadas todas las dudas y ya han comenzado los trabajos para informar de los equipamientos humanos y materiales.

Expectativas, trabajos, informes, negociaciones... Es mucho lo que hay por hacer. Y decía Antonio Machado: "El hacer las cosas bien / importa más que el hacerlo". Una oportunidad así nos permite reflexionar acerca del futuro, un futuro que será tan maravilloso como seamos capaces de construirlo.

Un hospital, como una escuela, como una casa, es más que un inmueble o un equipamiento. Son sus profesionales fundamentalmente, su historia, esa historia cuya conciencia enorgullece y nos proyecta al futuro. Quienes nos han precedido y quienes nos sucederán. Reconocer a quienes nos han precedido, agradecerles su esfuerzo, su entrega, bien merece un acto capaz de trasladar a la persona que se jubila el reconocimiento de sus años de trabajo. En varias ocasiones he sugerido la idea de que se podría institucionalizar una cena al año, por el mes de noviembre, que podría unirnos a todos con las personas que se jubilan a lo largo del año.

También se podría tener con las trabajadoras que son madres, enviarles un ramo de flores o cualquier detalle.

Con los trabajadores que fallecen, con los profesionales que son galardonados...

En los grupos humanos, los aspectos de la comunicación son fundamentales en las relaciones. Muchos de los problemas que existen, especialmente en los hospitales, se deben a una comunicación ineficaz. La encuesta de satisfacción realizada demuestra que el mayor nivel de insatisfacción de nuestros clien-

tes está en la información: su falta, su inadecuación, su incomprensión, en definitiva su ineficacia.

Las relaciones se vician, aparece la desconsideración, el acoso laboral. Iñaki Piñuel, profesor de Psicología del Trabajo de la Universidad de Alcalá de Henares, que trabaja anualmente en la elaboración del “Barómetro Cisneros”, un estudio que analiza las cifras de la violencia laboral, ofrece unos datos preocupantes al situar lo que se viene conociendo como “mobbing” en un 15 % en el año 2002. La proyección de estas cifras en la población activa nos habla de que en España cerca de dos millones trescientas mil personas sufren acoso psicológico en su trabajo. Las mujeres superan en 8 puntos a los hombres y el 5% de las víctimas piensa a diario en el suicidio como vía para salir de esta situación.

Estamos ante una oportunidad enorme para satisfacer las expectativas de todos: clientes, familiares y personal. Aprovechémosla prestando especial interés a los aspectos realmente importantes.



El sol y nuestra piel

Dra. Carmen Brufau Redondo

*Jefa de Sección de Dermatología
HGUM*

El sol es imprescindible para la vida. Es fuente de luz y calor y necesario para que las plantas realicen la fotosíntesis y por tanto contribuye a nuestra alimentación. Además, tiene múltiples efectos beneficiosos para el ser humano: en condiciones normales hace que nuestra piel sintetice la vitamina D, necesaria para la formación correcta de nuestros huesos, previniendo el raquitismo y la osteoporosis; también tiene un cierto efecto antidepressivo. En condiciones patológicas, el sol también tiene múltiples ventajas. El efecto terapéutico del sol es bien conocido: la "helioterapia" se ha utilizado desde épocas antiguas para tratar diferentes enfermedades, desde la tuberculosis a enfermedades cutáneas como el acné y el psoriasis, entre otras muchas.

EL SOL ES IMPRESCINDIBLE PARA LA VIDA. SIN EMBARGO, LA EXPOSICIÓN EXCESIVA Y SIN CONTROL AL SOL ES UNA SERIA AGRESIÓN PARA NUESTRA PIEL

El sol emite radiaciones electromagnéticas con diferentes longitudes de onda: infrarrojos, visibles y ultravioleta. Estos últimos son los responsables de la mayor parte de los efectos indeseables, que pueden producirse inmediatamente después de la exposición al sol y también muchos años después.

Los efectos nocivos del sol **a corto plazo** son el enrojecimiento y el dolor (quemadura solar) y **a largo plazo**, el fotoenvejecimiento y la aparición de cánceres cutáneos.

La **quemadura solar** se produce cuando nos exponemos al sol más tiempo del que nuestra piel puede tolerar. Este tiempo es distinto para cada persona, dependiendo del color natural de su piel. Los fototipos más claros requieren mayor protección solar y menor tiempo de exposición que las personas con fototipos más oscuros.

LA PIGMENTACIÓN ADICIONAL QUE OBTENEMOS TRAS LA EXPOSICIÓN AL SOL TAMBIÉN NOS PROTEGE DE LOS EFECTOS SOLARES NOCIVOS

Además de las quemaduras hay otras enfermedades producidas directamente por los

rayos solares que aparecen **a corto y medio plazo**: unas muy frecuentes como el melasma, esas manchas que aparecen en la cara, y otras menos frecuentes que están producidas por fotosensibilidad, llamadas fotodermatitis (urticaria solar, erupción polimorfa lumínica y otras cuya reacción anormal a la luz puede estar provocada por medicamentos, deficiencias nutricionales o condicionadas genéticamente).

LA LISTA DE ENFERMEDADES QUE EMPEORAN CON EL SOL ES CASI INTERMINABLE

El **fotoenvejecimiento** es consecuencia de los efectos dañinos de los rayos ultravioleta que recibimos a lo largo de toda la vida, día tras día desde que nacemos, seamos conscientes de ello o no. Esto se hace evidente después de los 35 años aproximadamente; por eso a veces es difícil convencer a los jóvenes para que protejan su piel del sol.

La piel fotoenvejecida se hace amarillenta, áspera, sin brillo, aparecen arrugas, pierde elasticidad y aparecen lentigos solares o manchas más o menos oscuras, que se entremezclan con frecuencia con otras manchas claras. Eso ocurre fundamentalmente en las zonas más expuestas al sol: cara, escote y manos. Una de las consecuencias del fotoenvejecimiento es el cáncer de piel.

LA MAYORÍA DE CÁNCERES DE PIEL APARECEN A PARTIR DE LOS 50 AÑOS, PERO CADA VEZ SE VEN EN PERSONAS MÁS JÓVENES DEBIDO AL HÁBITO DE TOMAR EL SOL

El cáncer de piel es el más frecuente de todos los cánceres que pueden desarrollarse en nuestro organismo. La mayoría de ellos son curables si se diagnostican a tiempo. Algunos surgen sobre otras lesiones que llamamos precancerosas, como las queratosis actínicas y algunos lunares. Estas lesiones nos avisan de que en esa zona puede desarrollarse un cáncer de piel pasado un cierto tiempo y es necesario tratarlas para que esa cancerización no ocurra.

Existen factores de riesgo para desarrollar el precáncer y el cáncer cutáneo, que de-

ben ser tenidos en cuenta: personas con piel blanca, pelo rubio o pelirrojo y ojos claros, con poca capacidad para broncearse (fototipos claros); exposiciones prolongadas al sol; gran cantidad de lunares en todo el cuerpo; antecedentes familiares de lunares "malignos" o melanomas; quemaduras solares en la infancia y adolescencia.

SE CALCULA QUE EL 80% DEL SOL QUE TOMAMOS EN NUESTRA VIDA LO HACEMOS ANTES DE LOS 20 AÑOS

Ahora que sabemos que la radiación ultravioleta es causante directa no sólo de enfermedades agudas y crónicas, sino también es la causa más importante del cáncer de piel, también debemos tener presente que la protección de esta radiación puede evitar muchas de ellas. También debemos saber que las camas solares o cámaras de bronceado producen los mismos efectos nocivos que el sol, por mucho que la propaganda defienda lo contrario.

CÓMO EVITAR LOS DAÑOS POR RADIACIÓN

- Evitar la exposición solar en las horas de máxima irradiación, cuando los rayos del sol inciden de forma perpendicular sobre la Tierra, es decir, entre las 11 y 14 horas.
- La mejor fotoprotección nos la proporciona la ropa (pero si es transparente permite el paso de un alto porcentaje de radiación) y un sombrero de ala ancha.
- Uso permanente de protector solar, con factor de protección mínimo de 15. El uso de protector debe ser diario, pues en nuestro medio el sol está presente todos los días y lo tomamos en la calle, aunque el día esté nublado, e incluso cuando estamos en una habitación donde entra sol o mucha luz por la ventana.

Sólo conociendo y teniendo en cuenta esto podremos evitar que el día de mañana nosotros o nuestros hijos seamos víctimas de enfermedades causadas por la radiación ultravioleta.

El derecho a la intimidad

Un bien jurídico que nos obliga a todos los que prestamos servicio en las instituciones sanitarias



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

El artículo 18.1 de la Constitución Española establece que la intimidad es uno de los Derechos Fundamentales, garantizando su protección. Del mismo modo, la Ley General de Sanidad contempla la intimidad de los pacientes, en su artículo 10.1: “Derecho de todos al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad...”. Estamos, por tanto, ante un bien jurídico muy importante, que nos obliga, especialmente, a todos los que prestamos servicio en las instituciones sanitarias de carácter público.

LA PROPIA NATURALEZA DE LOS ACTOS MÉDICOS NOS SITÚA, CON FRECUENCIA, EN UN ÁMBITO FRONTERIZO ENTRE EL ACCESO A LO MÁS ÍNTIMO DE NUESTROS ENFERMOS, SU PROPIO CUERPO, Y EL IMPRESCINDIBLE RESPETO A SU DIGNIDAD Y A SU MÁS ABSOLUTA PRIVACIDAD

La sociedad ha concedido al personal sanitario una serie de prerrogativas, en aras de su cometido específico y como medio para la consecución del objetivo fundamental de nuestra profesión: el alivio y la curación de las enfermedades. Hasta tal punto esas licencias tienen una clara y exclusiva finalidad, que quien actúa como médico, no siéndolo, es considerado y perseguido como intruso.

Pues bien, debemos ser muy conscientes del “poder” que se nos ha delegado y de la forma más adecuada de administrarlo. Y es un hecho que, a veces, no somos todo lo delicados y escrupulosos que deberíamos. Siendo cierto que la cotidianidad y la rutina de la práctica diaria pueden favorecer que nos mostremos algo descuidados, no debemos bajar la guardia, porque estamos ante un derecho fundamental de nuestros pacientes.

LO QUE PARA NOSOTROS ES ALGO HABITUAL, PARA NUESTROS PACIENTES PUEDE SER UNA SITUACIÓN EXCEPCIONAL Y COMPROMETIDA

El pudor es un concepto tremendamente arraigado en nuestra cultura. Cualquiera que haya observado a los enfermos inconscientes habrá podido percatarse de que cuando empiezan a recobrar el sensorio, lo primero que hacen es intentar ocultar su desnudez. Y esa conducta es constante en nuestro medio, sin grandes diferencias de sexo, edad o nivel social. Hemos de ser respetuosos con sus valores y sus costumbres, incluso con sus temores y sus prejuicios.

Lo anterior no justificaría de ningún modo la absurda actitud de no desnudar a un politraumatizado, por respeto a su “ver-

güenza”; esa conducta sería incorrecta y hasta negligente. Por lo tanto, debemos ponderar y armonizar en todo momento la correcta praxis médico-sanitaria, con el imprescindible respeto a la dignidad, a las características psicológicas y al bagaje sociológico de nuestros enfermos.

No es admisible la generalización del tuteo, al menos antes de que haya sido el paciente quien lo ha solicitado, tras la creación de un clima de mutuo acercamiento y confianza. También es deseable un mayor cuidado a la hora de las exploraciones; no siempre es necesaria la presencia de demasiado personal sanitario alrededor; esa situación cohíbe y amedrenta a muchos enfermos, y no es excepcional en los servicios de urgencias que soportan gran presión asistencial.

Igual comentario merece la docencia en nuestros centros: es necesaria, pero siempre con el convencimiento de que lo más importante son las personas y hemos de transmitir y exigir a los alumnos el mayor respeto a su dignidad. El aprendizaje tiene mucho de imitación; seamos coherentes entre nuestro discurso y nuestra práctica. Al enfermo ingresado se le debe procurar un cierto grado de privacidad; no se le puede obligar a compartir con su compañero de habitación absolutamente todos y cada uno de sus actos más íntimos y personales. Lograr esto es difícil en las actuales condiciones.

DEBEMOS PERSEGUIR QUE TODOS LOS PACIENTES PUEDAN DISPONER DE HABITACIONES INDIVIDUALES, AL MENOS, COMO OBJETIVO A MEDIO PLAZO

Estando sanos y teniendo que pernoctar en un hotel, ¿toleraríamos compartir habitación con un desconocido? Pues nos vemos obligados a hacerlo en las condiciones de deterioro propias de la enfermedad.

Hay que avanzar en la consecución de las máximas garantías de respeto a lo más sensible de cuanto poseemos, nuestra estricta intimidad. Son necesarios para ello: convencimiento y delicadeza, además de mayor disponibilidad de recursos económicos por parte de quienes diseñan y gestionan nuestros hospitales.

Finalmente, enfatizar en el hecho de que hemos de ser capaces de observar, explorar y analizar a los pacientes con la única finalidad de su curación y la exclusiva mirada del científico y el humanista.

Reghaia

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

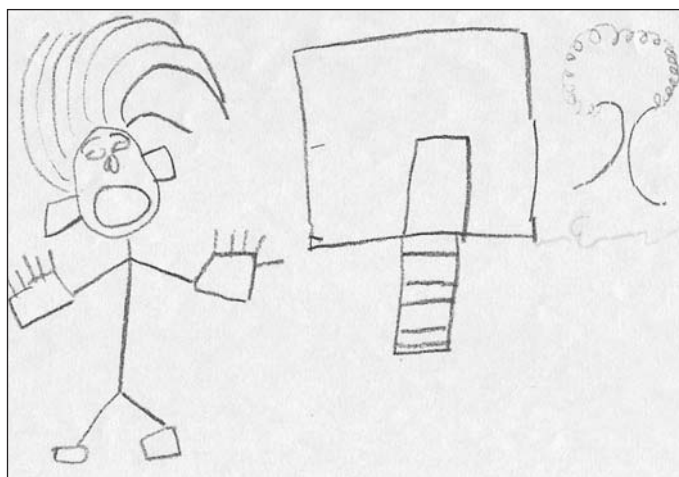


Levanté los ojos y los dejé pasear por las filas de medicamentos que Rimun había dispuesto con tanto interés en la estantería frente a mi mesa. Era uno de esos momentos en que, aunque se seguían escuchando los ya familiares sonidos habituales de la clínica, pareció hacerse el silencio a mi alrededor y la mente se deslizó hacia atrás, al comienzo de aquella aventura...

Llevábamos ya más de quince días en el patio de aquel colegio de Reghaia, a poco más de 25 km. al este de Argel, donde, después de sostenidas conversaciones con las autoridades argelinas, se había decidido hacer el montaje de nuestra Unidad de Cuidados Básicos de Salud (UCBS), que, bajo el mandato de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y Media Luna Roja, había desplegado Cruz Roja Española, para atender a la población damnificada por el terremoto.

Todo había sido muy rápido. Seis días más tarde de aquel fatídico 21 de mayo que, según estimaciones del gobierno argelino, provocó más de 2.270 muertos y 10.000 heridos, con un incontable número de damnificados y gente viviendo a la intemperie, coincidíamos en el patio de aquel colegio un grupo de personas que parecía representar a nuestra amplia geografía española: Canarias, Castilla-La Mancha, Madrid, C. Valenciana, Navarra y, por supuesto, Murcia, aportando al equipo distintos conocimientos necesarios para el normal desarrollo de la misión. Además del grupo sanitario habían compañeros expertos en agua y saneamiento, telecomunicaciones, logistas; algunos de ellos con amplia experiencia previa en desastres, como el terremoto de la India o de Turquía. A saber las dificultades que cada uno de ellos tuvo que resolver en origen, en sus respectivos trabajos, cuando fueron activados para, en 48 horas, estar aterrizando en Argel. En mi caso, distintos compañeros se apresuraron a facilitarme las cosas en mi servicio y el director de mi Hospital me brindó todo su apoyo esforzándose para conseguir que en muy pocas horas estuviera viajando hacia Argelia. Desde aquí mi consideración y agradecimiento para ellos.

Aquella tarde, a la llegada, comenzamos a descargar todo el material que compone la ERU de Salud (Unidad de Respuesta ante Emergencias) y que incluye tiendas, equipamiento médico y general, fármacos (los célebres kit médicos de la OMS recomendados para situaciones de desastres), amueblamiento, aparatos de comunicación, alimentos de larga duración, etc., que nos permitiría ser autosuficientes desde nuestra llegada y había transportado un avión Hércules del ejército español desde Madrid. En 24 horas ya estábamos preparados para empezar a prestar asistencia.



Visión del terremoto de Narmine (7 años)

Empezábamos en la segunda etapa de los grandes desastres, cuando es la población general la que está desatendida como consecuencia de la desaparición de los sistemas autóctonos de atención sanitaria. Los centros de salud destruidos, la cadena de distribución de fármacos rota, gran precariedad de la asistencia médica, gran cantidad de personas viviendo a la intemperie, en improvisados campamentos o tiendas, con el consiguiente deterioro de los sistemas de higiene, incremento de problemas sanitarios e, incluso, el riesgo de aparición de brotes infecciosos. En total se desplegaron más de 250 m² de tiendas de campaña ensambladas para su utilización como clínica, sin contar con las tiendas destinadas a almacén ni con las utilizadas como “área de vida” del equipo.

La afluencia de pacientes fue intensa ya desde el principio, superando las 300 consultas al segundo día de la apertura. Media Luna Roja nos aportó tres médicos generalistas y varios voluntarios más. También en los primeros días se unieron a nuestro equipo una psicóloga y dos médicos pediatras argelinos, cuyas clínicas habían quedado destruidas y vinieron a ofrecer su trabajo de forma completamente altruista. Teníamos la clínica compartimentada en zonas y despachos, fundamentalmente pediatría, curas y cuidados de enfermería, adultos, psicología, farmacia/dispensación y un área de observación para casos más severos, con una ambulancia permanentemente con nosotros para cuando era preciso evacuar algún enfermo a algún hospital más



Tengo que renunciar, por espacio, a decir tantas cosas de los compañeros... Sin embargo, no puedo terminar sin resaltar el impacto de tantas personas locales, que a pesar de vivir situaciones personales y familiares duras, supieron y quisieron estar con nosotros, en el trabajo del día a día. ¿Cómo no nombrar a Nadia y Rosa, profesoras de bachillerato, que con sus centros cerrados trabajaron con nosotros, organizando con paciencia y eficacia la admisión y orientación inicial de los pacientes; o a Linda, Anissa y Amina, estudiantes de español, que con tanta gracia y efectividad se hicieron con el área de dispensación de fármacos? Mi amigo Sofiane, o Fateh, que, desde Onteniente y Galicia, respectivamente, habían venido apresuradamente para ver a sus familiares, dejando sus trabajos en España, y pasaron su tiempo en Argelia dedicados a ayudarnos. Tantos... Samir el gran cocodrilo, Mokhtar, Sohad, Selma, Naser, mi amigo Jojo... la doctora Nadjat Ariouat o Alí Touazi, incansable, gran profesional y magnífica persona; Hakim el enfermero, responsable de 12 hermanos menores...

Un pueblo que tiene unos hijos tan generosos, se merece mucha mejor suerte que la que hasta ahora ha tenido Argelia.

Que así sea.
In chaa Allah.



lejano de la zona de Argel, con el que, previamente, ya habíamos estado en contacto. Los pacientes vistos en la clínica, al salir, pasaban por dispensación de fármacos, donde se les daba la medicación que se les hubiera prescrito, con las dosis ajustadas en cantidad y días de tratamiento.

Y así, poco a poco, iban pasando los días. Aunque cada mañana nos ofrecía situaciones o problemas nuevos, la manera de enfrentarlos era cada vez más serena, con la sensación de tener “controlados” todos los asuntos. El equipo humano era cada vez más compacto, estaba más unido, y cuando iniciamos la cuarta semana de trabajo, ya sabíamos que nuestra estancia estaba llegando a su fin. Las autoridades argelinas empezaron a poner en funcionamiento nuevos centros de salud, con lo que progresivamente iban retomando sus trabajos y responsabilidades. Fue un mes de trabajo duro y mantenido, pero también fue un mes de solidaridad y apoyo, de compañerismo.





Diabetes tipo 2: la epidemia que viene

Dr. José Soriano Palao. Jefe de Servicio de Medicina Interna. HGUM

La diabetes tipo 2 es la principal causa de insuficiencia renal crónica, amputaciones no traumáticas de miembros y ceguera en adultos, y es uno de los principales factores de riesgo para la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular.

La Organización Mundial de la Salud informa de que en la actualidad hay 140 millones de diabéticos en el mundo y, para el año 2025, se espera que la cifra se eleve a alrededor de 300 millones, lo que supone un aumento del 50 % en los países desarrollados y del 170 % en los países en vías de desarrollo. En lo que se refiere a España, en la actualidad la cifra de diabéticos se eleva a 1.400.000. Recientes estudios epidemiológicos publicados muestran la existencia de un importante porcentaje de pacientes diabéticos no diagnosticados, en torno al 40 %, por lo que la cifra global de pacientes (conocidos más ignorados) está en la actualidad en torno a los 2.500.000 personas. Las previsiones para el año 2025 estiman en 3.200.000 el número de diabéticos.

FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE DIABETES TIPO 2

Historia familiar
Obesidad
Sedentarismo
Intolerancia a la glucosa
Glucemia en ayunas alterada
Hipertensión arterial
Colesterol de HDL < 35 mg/dl
Diabetes gestacional previa
Ovario poliquístico

Los Servicios de Salud de los países occidentales se enfrentan a un reto sin precedentes debido a los altísimos costes que se generarán para el cuidado de las complicaciones vasculares que aparecerán en estos tremendos porcentajes poblacionales. En España, según la Fundación para la Diabetes (www.fundaciondiabetes.org), el coste medio por paciente y año es de 217.000 pesetas, lo que supone el 4,4 % del gasto sanitario total. Ni que decir tiene que si las previ-

siones de la OMS se cumplen, los costes sanitarios de la diabetes en los próximos años se pueden duplicar, a lo que hay que añadir los denominados costes indirectos o sociales (muertes prematuras e incapacidades laborales), todo lo cual supondrá una carga poco menos que insostenible para el sistema.

¿Qué podemos hacer?: la prevención y el diagnóstico precoz de la enfermedad parecen la única solución efectiva para tan enorme problema de salud pública que se nos avecina.

El diagnóstico precoz es siempre conveniente y más cuando hablamos de enfermedades crónicas o degenerativas. La cuestión actualmente reside en a quién, a qué edades y con qué frecuencia realizar los test diagnósticos. En primer lugar, para establecer la rentabilidad de los programas y en segundo lugar, porque hemos de asegurarnos de que el diagnóstico precoz vaya seguido, en todos los casos, de una intervención oportuna y continuada por parte del Sistema de Salud del importante número de nuevos pacientes diagnosticados.

En la actualidad parece existir un amplio consenso sobre la conveniencia de examinar a los individuos de alto riesgo, a intervalos de 3 años desde los 45 años de edad. Se incluye en los grupos de alto riesgo a individuos con uno o más de los factores incluidos en la tabla.

En cuanto al tipo de test parece que la glucosa plasmática en ayunas es el test de elección en la mayoría de los casos. Un valor igual o superior a 126 mg/dl en dos días distintos es diagnóstico de diabetes y el paciente debe ser incluido en el correspondiente programa de tratamiento. Si el resultado es inferior a 126, pero existe una fuerte sospecha de diabetes, se puede realizar un test de sobrecarga oral con 75 gr de glucosa. Los valores de glucemia superiores a 200 mg/dl a las dos horas son diagnósticos, aunque se debe repetir el test un segundo día para confirmación.

Existe un grupo de individuos con glucosa en ayunas entre 110 y 126 o con glucosa tras la sobrecarga entre 140 y 200, que no

son considerados diabéticos, pero sí que presentan alteración de la glucemia en ayunas o alteración de la tolerancia a la glucosa, respectivamente. Esta situación, además de ser considerada como un factor de riesgo para desarrollar diabetes, supone por sí misma un mayor riesgo de presentar enfermedad cardiovascular, por lo que estos pacientes deben ser considerados como tales y deben ser incluidos en programas adecuados de control y tratamiento.

La prevención es el método más eficaz para luchar contra cualquier enfermedad, y la diabetes no es una excepción. Desgraciadamente, en el pasado no hemos dispuesto de evidencias científicas que nos autorizaran a aplicar medidas preventivas en amplios sectores de población. La reciente publicación de un estudio propiciado por el Programa de Investigación de Prevención de la Diabetes en Estados Unidos¹ supone un cambio de rumbo radical en esta cuestión.

En dicho estudio se demuestra claramente que en grupos de individuos con alto riesgo de desarrollar diabetes, si se interviene mediante un programa de modificación de su estilo de vida con el objetivo de perder al menos un 7 % de su peso y realizar al menos 150 minutos de actividad física a la semana, se consigue reducir la incidencia de diabetes en 11 casos por cada cien personas y año.

Según los expertos, este estudio y algunos otros de menor entidad realizados en China y en Finlandia suponen un gran avance hacia el objetivo de retrasar y prevenir el desarrollo de la diabetes y sus complicaciones, disminuyendo sustancialmente las consecuencias individuales y sociales de la enfermedad. Esperemos que los Sistemas de Salud y la sociedad en su conjunto asuman la responsabilidad de atajar este importante problema de salud pública.

¹ Diabetes Prevention Program Research Group "Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin" *N Eng J Med*, Vol 346, No 6. February 7, 2002

el rincón del LECTOR

El Servicio de Mantenimiento: un elemento más en la cadena de calidad hospitalaria



En el Hospital General Universitario, como en tantos otros, el mantenimiento ha experimentado una gran evolución en cuanto a gestión, planificación, detección de averías y los nuevos mantenimientos predictivos y preventivos, ya que son la base fundamental para la adaptación a los avances técnicos de las instalaciones y nuevos equipos electromédicos. Como profesional no puedo mencionar el cambio que el Centro ha sufrido en sus instalaciones, pero, hablando con mis compañeros más antiguos, se refieren muchas

veces a las antiguas instalaciones eléctricas, en donde los componentes eran conductores de cobre y algodón, mecanismos de porcelana e, incluso, las medidas de protección se componían de unos fusibles hechos de pelo de cobre y las instalaciones de fontanería eran a base de plomo. El agua caliente la producía una caldera, cuando había, que era de carbón. El mantenimiento hospitalario exige, hoy día, una gran formación, basada no sólo en lo específico de cada especialidad, sino en temas de Seguridad Laboral, Planes de Emergencia, Informática, etc. Cuando el conjunto de estos fenómenos funciona, la eficacia aumenta y repercute en la calidad del trabajo, al tiempo que da confort al paciente, familiares y al propio personal del hospital. Para ello se estudia la implantación de la Norma ISO 9000, consiguiendo así mejores objetivos en base a la gestión, funcionamiento y aprovechamiento de medios.

El servicio lo constituyen personas y, de ellas, quiero destacar no sólo a las que hoy lo componemos, sino también a aquellas que por situaciones de enfermedad, jubilación o fallecimiento dejaron de ser personal activo de esta plantilla. Por esta última causa quiero hacer memoria del más reciente fallecimiento, nuestro compañero Mauricio Sánchez García, que era la persona dedicada al mantenimiento de las calderas en el antiguo Hospital.

José Luis García Martínez
Electricista del HGUM

Crónica deportiva

Los tíos 10 del Hospital siguen apostando por el deporte: han jugado cuatro amistosos; dos contra el Morales Meseguer (quedando ganador el Hospital General), uno contra Los Arcos (con motivo de la celebración de su 20 aniversario) y otro contra La Arrixa, actual subcampeón de Europa de fútbol 7, donde se empató. Todos los partidos se jugaron con agradable ambiente amistoso.

Por otra parte, el pasado 26 de junio se celebró un triangular, empezando a las seis de la tarde el Hospital General contra la Fundación de Cieza, y perdiendo el Hospital General por 2-1. A las siete de la tarde comenzaba el segundo partido, Hospital General contra Morales Meseguer, quedando nuestro equipo ganador por 4-0. Eran las ocho cuando se iniciaba el tercer partido, en esta ocasión Fundación de Cieza contra Morales Meseguer, ganando el Hospital de Cieza. Se proclamó campeón el hospital Fundación de Cieza, segundo el Hospital General y en tercer lugar el Hospital Morales Meseguer. A las nueve y cuarto se realizó la entrega de trofeos, antes del final de esta jornada deportiva que terminó con una gran cena.

