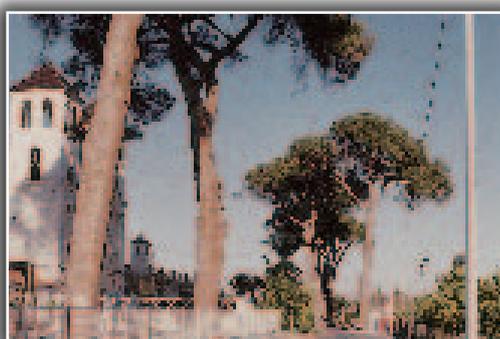
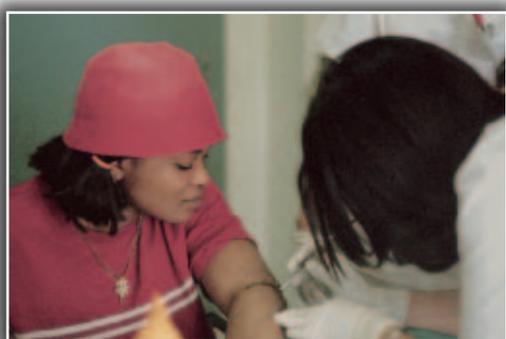
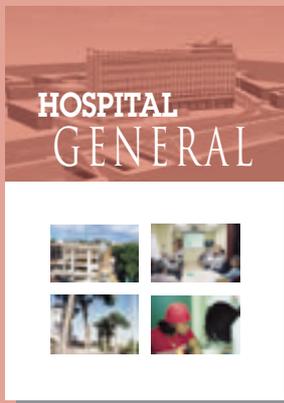


HOSPITAL GENERAL

AÑO 2 • NÚMERO 2 • ENERO / ABRIL 2002





Órganos de Dirección

- 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**
Dr. D. Vicente García Medina
D. Temístocles Sánchez Moñino
Dr. D. Pedro Parra Hidalgo
D. José Antonio Domené Martínez
D^a. M^a Carmen Pardo Jiménez
Dr. D. Rafael Pacheco Guevara
D. José Muñoz Franco
D^a. Isabel Sánchez Álvarez-Castellanos
D. Victoriano Simón Peñafiel
Dr. D. Tomás Vicente Vera
Dra. D^a. Carmen Sánchez Álvarez
D. Joaquín González Caballero

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: 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

Una nueva forma de trabajar para un nuevo Hospital



El actual contexto de la Sanidad española, en el que la cobertura sanitaria es universal y el grado de solvencia técnica y profesional constituye una referencia en el panorama internacional, hacen que se traslade el foco de atención a la forma de gestionar, de manera que se obtenga la máxima eficacia con el mayor grado de eficiencia.

Una vez demostrada la excelencia desde la perspectiva técnico-sanitaria, las mejoras hay que abordarlas desde otra óptica diferente. Por ello, cada vez es más frecuente encontrar en el sector sanitario la aplicación de soluciones provenientes del mundo de la empresa: proyectos de diagnóstico y mejora, sistemas de gestión, certificaciones, acreditaciones, etc.

Como ejemplo más difundido de estándar de gestión podríamos destacar el basado en la norma ISO 9000, que articula una serie de requisitos que han de ser observados para garantizar una gestión de calidad. Estos requisitos se estructuran alrededor de una perspectiva de procesos y una sistemática de mejora continua basada en la revisión de los objetivos e indicadores por la Dirección, en las auditorías y en la utilización de una herramienta denominada "no conformidad".

Un Sistema de Gestión de la Calidad basado en la norma ISO 9000 es un sistema documentado; es decir, todo lo relativo a la gestión debe quedar reflejado en una documentación constituida por un manual de procedimientos de gestión y documentos más específicos denominados instrucciones técnicas o protocolos.

Pero hay otros modelos y otras formas de abordar la calidad. Un siguiente paso lo constituyen los modelos de máximos como la EFQM. En un sistema de mínimos como la ISO 9000 se establecen unos requisitos que deben rebasarse (en cualquier medida), mientras que en los modelos de máximos se establecen criterios o aspectos a ser evaluados, buscando para cada uno de ellos obtener la máxima puntuación.

Cada método tiene su momento. No se puede pretender perseguir directamente la excelencia, sino que parece más prudente y coherente ir paso a paso y cubrir en una primera etapa los requisitos de un sistema de mínimos.

En cualquier caso, lo importante, por encima de certificados, sellos, acreditaciones o cualquier reconocimiento externo, es la participación, involucración y compromiso de todo el personal con la calidad, y perseguir la mejora por sí misma, independientemente de la herramienta o metodología que se utilice para ello.

En la actualidad, el Hospital General Universitario de Murcia se encuentra trabajando en dos proyectos de este tipo: uno de ISO 9000 para las áreas de Diagnóstico por Imagen, Laboratorio, Restauración y Mantenimiento, y otro proyecto para llegar al examen del Mapa de Procesos, con dos procesos piloto: Consultas Externas y Quirófano. Con posterioridad, dicho examen se va a llevar a todos los procesos que se han identificado en el Hospital. Ambos proyectos están en marcha para su desarrollo, evaluación y puesta a punto antes de abrir el Hospital Nuevo y poder implantarlo en su totalidad en él.

De los dos proyectos, el de procesos se trabaja tutelado por una empresa externa desde el mes de octubre de 2001. Ya se han identificado todos los procesos del Hospital: Procesos de Dirección, Procesos Operativos (prestación de servicios en Consultas Externas, Urgencias, Cirugía Mayor Ambulatoria, realización de pruebas complementarias, Hospitalización y Salida) y Procesos Soporte (Limpieza, Mantenimiento, Seguridad, Cocina, Compras, Almacenamiento, etc.). Por su parte, el proyecto ISO se ha iniciado en el mes de mayo.

En ambos participan diversos profesionales del Hospital, en su mayoría personal de base, y conforme se vaya profundizando en el proyecto se irá ampliando la participación hacia todo el personal, para que de esta forma nos involucremos todos en la organización futura del centro.

Rosario Soler García

*Directora de Gestión y SS. GG.
HGUM*

José López López

Director General de Aseguramiento y Calidad Asistencial

Inmaculada Gallo Sallent

Para José López López fue todo un reto cuando en la primavera de 1997 se hizo cargo de la singladura del llamado “Hospital buque insignia” de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, el Hospital General Universitario.

Nacido en Calasparra y con 42 años, este hombre hermético, austero y con una visión amplia del futuro de la sanidad regional, tomó el timón de dicho buque en época de cambios, estando al frente de la Dirección General Asistencial.

Supo, como muy bien dice él, hacerse con lo mejor que tenía dicho Hospital; un Hospital de puertas abiertas, de marcado carácter murciano, con una buena calidad sanitaria, impregnado de un bagaje histórico y cultural que data de las órdenes templarias del siglo XIII, para dotarlo metodológicamente con un nuevo proyecto de gestión. Se puso en marcha el sistema de codificación diagnóstica, el sistema de contabilidad analítica y se le añadió disciplina presupuestaria.

En la primavera del 97 tenía un déficit de 370.000.000 millones de pesetas y en el ejercicio del año 1999 dicho déficit se corrigió prácticamente, existiendo al cierre del Hospital General un balance positivo que fue suficiente para el inicio del derribo del edificio e incluso para preparar todos los proyectos de la nueva obra.

Recogió, en pocas palabras, un Hospital emblemático de la Comunidad de Murcia, complementándolo con criterios de gestión actualizada, para convertirlo en un Hospital de referencia.



¿Cómo ha cambiado la estructura del Servicio Murciano de Salud (SMS) después de las transferencias sanitarias?

Hay que hacer una diferenciación entre la planificación y la financiación y la entidad proveedora de servicios que es el SMS.

Existe en el SMS una herramienta de trabajo definida que es el Plan de Salud de la Región de Murcia en donde se marcan los objetivos que se pretenden alcanzar para garantizar la salud de todos los murcianos y a eso hay que añadir un presupuesto económico de financiación para ejecutar tanto a nivel de atención primaria como especializada todos los objetivos asistenciales que se pretenden.

En el SMS se mantiene la configuración que todos conocemos: lo que es el gerente del SMS, una Dirección General de Recursos que ya existía anteriormente, la Dirección General de Asistencia Sanitaria que es el macrogerente de todos los centros asistenciales dependientes del SMS y la Dirección General de Aseguramiento y Calidad Asistencial.

Tenemos que hacer una diferenciación entre la financiación y la provisión de servi-

cios y la compra de servicios, tanto los servicios de titularidad pública como de titularidad privada, que son concertados, y a su vez lleva a cabo la prestación farmacéutica, la ortopedia, el transporte sanitario o cualquier tipo de prestación que se pueda dar fuera de los límites de la Región de Murcia.

Es, asimismo, esta nueva Dirección General el centro directivo al que le corresponde el desarrollo de estrategias para la ejecución de los objetivos de salud fijados en el Plan de Salud de la Región de Murcia.

En materia de calidad vamos a elaborar un Plan de Calidad de todo el SMS como objetivo para 2002 que va a ser extensible tanto a centros de titularidad pública como centros de titularidad privada.

¿Se va a incluir alguna prestación nueva en el SMS?

Después de las transferencias en las que Murcia ha sido la única de las diez comunidades transferidas en la que no se ha adoptado un período de cogestión con el Insalud, sino que ha asumido el 100% de las mismas, se mantiene una coordinación con el Consejo Interterritorial, y es a partir de ahí donde se van a incorporar nuevas prestaciones, garantizando así la equidad a través de dicho Consejo estableciendo unos criterios uniformes.

¿Cómo va a ser el nuevo Hospital General Universitario de Murcia?

Va a ser un Hospital del siglo XXI, sin olvidarnos de su trayectoria histórica, al que se le van a incorporar desde el punto de vista arquitectónico las últimas innovaciones, desde el punto de vista tecnológico va a tener las inversiones punta y sobre todo desde el punto de vista de gestión va a haber una experiencia piloto que es la aplicación del modelo EFQM, que significa una puesta en marcha de la gestión por procesos y la orientación del Hospital hacia el cliente.

RECURSOS SANITARIOS DEPENDIENTES DEL SMS

CENTROS DE SALUD	74
→ Gerencia de Murcia	47
→ Gerencia de Cartagena	19
→ Gerencia de Lorca	8
HOSPITALES	9
GENERAL	8
MONOGRÁFICO	1
FUNDACIONES PÚBLICAS	1
C. SALUD MENTAL	14
C. PLANIFICACIÓN FAMILIAR	28
CONSULTORIOS PERIFÉRICOS	180
→ Gerencia de Murcia	98
→ Gerencia de Cartagena	55
→ Gerencia de Lorca	27
UNIDAD SALUD BUCO DENTAL	25
UNIDAD FISIOTERAPIA	25
UNIDAD PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA	71
UNIDAD SALUD MENTAL	6
UNIDAD DE ATENCIÓN A LA MUJER	3
UNIDAD ODONTOLOGÍA	4
EQUIPO DE SALUD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA	1
SERVICIO DE URGENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA	44
BASES 061	10

Se empezó a mediados de 2001, para que en los proyectos que están en curso converjan todas las líneas que se han puesto en marcha.

¿Cuáles son las iniciativas concretas que va a poner en marcha su Dirección General de cara al nuevo Hospital?

Las iniciativas van a ir encaminadas a impulsar desde el SMS el Modelo de Calidad Total, basado en la eficacia, la eficiencia, la accesibilidad, la equidad, la calidad científico-técnica y la adecuación.

Desde aquí deseamos a José López un buen éxito en su nueva gestión.



UN HOSPITAL ECOLÓGICO PARA EL FUTURO

Temístocles
Sánchez Moñino.
Delegado de SATSE. HGUM.

Una de las novedades que ha incorporado el Ministerio de Sanidad y Consumo en esta legislatura ha sido introducir la salud laboral en el área de trabajo de la sanidad ambiental, en consonancia con lo realizado en los países más desarrollados. Riesgos ambientales que van desde la calidad del aire, las radiaciones, el control de las aguas, la utilización de la energía solar, la recogida y eliminación de residuos y un largo etcétera de problemas que afectan a la salud no sólo en el ámbito laboral, sino en cualquier orden de la sanidad ambiental, atacando de lleno a la ecología.

Es la misma Florence Nightingale la primera en profundizar en el modelo ecológico. Desde la importancia del aire, se extiende hacia otros elementos naturales, cuya desconsideración puede constituirse en motivo de enfermedad: el aire puro, el agua pura, los desagües eficientes, la limpieza y la luz necesariamente deben controlarse para conseguir una buena salud ambiental. Nightingale pasa a intuir e introducir teorías actuales como la del ecosistema, y conjuga perfectamente la atención al paciente con la higiene y los elementos naturales: "...la limpieza y el aire fresco con la incesante atención al paciente son la única defensa que una enfermera pide o necesita".

NO CABE DUDA QUE EL AMBIENTE FÍSICO JUEGA UN ROL IMPORTANTE EN LAS ENFERMEDADES CONTEMPORÁNEAS, DE IGUAL MANERA QUE LOS CAMBIOS EN LAS CONDICIONES DEMOGRÁFICAS Y SOCIALES GENERAN NUEVOS PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA.

En este sentido, y con la vista puesta en la construcción del nuevo Centro Hospitalario de Vistabella, desde SATSE hemos impulsado esta idea. Para ello, nos hemos dirigido al director gerente del Servicio Murciano de Salud, remitiéndole un escrito de dieciséis páginas con lo que podrían ser las bases para el desarrollo de este proyecto no sólo en lo que se refiere a un programa de espacios constructivos, sino también de índole ecológica y de espacio de salud tanto para trabajadores como usuarios.

Aspectos que van desde la utilización de la energía solar, las gasolinas alternativas (biocarburantes), la gestión de residuos en el centro sanitario, la utilización de la informática a favor de un Hospital sin papeles, un Hospital exento de radiaciones electromagnéticas y emisiones radioeléctricas, con adecua-

dos sistemas de refrigeración que prevengan de epidemias, dotado de instalaciones seguras sin riesgo de accidentes, un Hospital con zonas verdes que respete el medio ambiente, y, en definitiva, la construcción de un edificio con todas las características necesarias y mecanismos que corrijan defectos constructivos y eviten el síndrome del edificio enfermo.

LOS PROFESIONALES DE LA SALUD HEMOS DE SER CONSCIENTES DE LAS NUEVAS FORMAS DE ENFERMAR Y PROCURAR QUE NO SE PRODUZCA UN DESEQUILIBRIO ENTRE EL PROPIO INDIVIDUO Y SU ENTORNO.

El sistema sanitario público debe tener como pilar básico el aseguramiento universal de las prestaciones sanitarias y la calidad de los servicios de salud, pero además debe procurar el menor deterioro del medio ambiente en el normal desarrollo de su actividad. En definitiva, se trata de obtener un producto hospitalario –la salud– a través de unos recursos no contaminantes, en un ambiente de trabajo saludable para todos.

en marcha

Situación actual y ritmo de las obras del NHGU

A fecha actual se ha ejecutado la estructura del edificio de Consultas Externas, la estructura de Urgencias está próxima a su finalización y se prevé el fin de la estructura de la zona de hospitalización en un plazo no superior a dos meses.

Es de destacar que para aprovechar las especiales condiciones climáticas de nuestra Región, se ha aprobado la sustitución de la central de cogeneración proyectada inicialmente por la colocación de paneles de energía solar que garantizarán, en todo momento, el suministro de agua caliente en todo el edificio. Es decir, se han proyectado instalaciones en donde se aúnan

durabilidad y facilidad de mantenimiento con el máximo aprovechamiento de los recursos energéticos y el respeto al medio ambiente.

Con el fin de disminuir los riesgos de transmisión de legionella, se han cambiado los grupos de frío de sistema agua/agua por otros aire/agua y se han instalado tuberías secas en la red de rociadores de los aparcamientos.

Pedro Parra Hidalgo
Director del proyecto NHGU
Consejería de Sanidad y Consumo



Vista general desde C/ Ronda de Garay. En primer término se aprecia el edificio de hospitalización, en concreto el área administrativa de los servicios. Se ha ejecutado ya, incluso, la estructura de la 3ª planta.



Estructura completamente finalizada del edificio correspondiente a los Servicios Ambulatorios (planta baja y tres alturas).



Sótano del edificio de instalaciones situado en la parcela del antiguo edificio del CEBAS.



Vista del edificio con Servicios Centrales (Laboratorio, Quirófanos) y Urgencias. Su estructura está finalizada en un 80%.

Comisiones Clínicas: "Empezar ya es la mitad"

A raíz de la constitución de la nueva Junta Facultativa en 2001 se abrió un plazo de presentación de candidaturas para la elección de nuevos miembros de las Comisiones Clínicas del Hospital General Universitario de Murcia.

Dentro del marco legal vigente establecido, con una finalidad y objetivos concretos, como es el ser asesorar de la Dirección, implicación de la incorporación de otros estamentos profesionales (enfermeros, profesionales de la División de Gestión, expertos de otras especialidades o incluso grupos de trabajo ad hoc), con unas características de funcionalidad (elección de cargos, periodicidad de reuniones, metodología de trabajo) y sometidas a evaluación de sus resultados, el número de comisiones formadas es de ocho, siendo su denominación y composición la siguiente:

COMISIÓN CENTRAL DE GARANTÍA DE CALIDAD

compuesta por:

- Dra. Inmaculada Gallo Sallent, como presidenta y coordinadora de Calidad del HGUM.
- D^a. M^a. del Mar Sánchez Álvarez-Castellanos, como secretaria.

y por los vocales:

- D^a. Carmen Cavas Martínez.
- Dra. Ana Martínez Marín.
- Dr. Marcelino Méndez Martínez.
- Dr. José Soriano Palao.
- Dr. Antonio Pardo González.
- Dra. Ana Luján Mercader.

COMISIÓN HOSPITALARIA DE TRANSFUSIÓN

formada por:

- Dra. María José Candela García, como presidenta.
- D. Andrés Rodríguez Murcia, como secretario.

y por los vocales:

- Dr. José Andrés Muñoz Sánchez.
- D. Juan Martínez López.
- Dra. Fuensanta Sánchez Rivas
- Dr. César Palazón Sánchez.
- Dr. Ramón de Prado Serrano.

COMISIÓN DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN CLÍNICA

formada por:

- Dra. Marina del Pozo Gadea, como presidenta.
- Dr. Juan Carlos Pardo Talavera, como secretario.

y por los vocales:

- Prof. Dr. Arturo José Brugger Aubán.
- Dr. José Soriano Palao.
- Dña. Mercedes Alarcón Blanco.
- Dr. Manuel Madrigal de Torres.
- D. Juan Idefonso Mercader Martínez.
- D. Victoriano Simón Peñafiel.

COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS, DOCUMENTACIÓN E INFORMATIZACIÓN

compuesta por:

- Dr. Fernando de San Eustaquio Tudanca, como presidente.
- D^a. Virginia Gómez Portela, como secretaria.

y por los vocales:

- Dra. M^a. Dolores Meseguer Frutos.
- Dr. Antonio Ballester Moreno.
- Dr. Jesús Blázquez Sequero.
- D^a. M^a. José Meroño Rojo.
- D. Carlos Verde Colinas.
- D^a. Guadalupe Gómez González.

COMISIÓN DE PROFILAXIS Y POLÍTICA ANTIBIÓTICA

compuesta por:

- Dr. Alfredo Cano Sánchez, como presidente.
- Dr. Javier Campayo Rojas, como secretario.

y por los vocales:

- Dr. Antonio Altuna Cuesta.
- Dr. Luis Ramón Meseguer Olmo.
- Dr. Agustín Martínez Sarabia.
- Dra. Marina del Pozo Gadea.
- Dr. Eugenio Palazón Sánchez.
- Dña. Ana Muñoz Navarrete.

COMISIÓN DE FARMACOTERAPIA

formada por:

- Dra. Carmen Sánchez Álvarez, como presidenta.
- Dr. José María Alonso Herreros, como secretario.

y por los vocales:

- Dr. Antonio Albarracín Marín-Blázquez.
- Dra. Isabel Zuazu Jausoro.
- Dra. Elena Manzano Saro.
- Dr. Miguel Ángel Sánchez Cañizares.
- Dr. Domingo Palazón Moñino.
- D^a. Mercedes Nicolás Hernández.

COMISIÓN ASISTENCIAL DE ÉTICA

compuesta por:

- Dr. Rafael Pacheco Guevara, como presidente.
- D^a. Consuelo Chicano Saura, como secretaria.

y por los vocales:

- Dra. Carmen Sánchez Cañizares.
- D. Ángel Mari Valero.
- Dr. Enrique Mira Sánchez.
- D. Victoriano Simón Peñafiel.
- D^a Carmen Cavas Martínez.
- Dr. Juan Manuel Prieto Sánchez.

COMISIÓN DE CUIDADOS: ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN

compuesta por:

- D^a. Dolores Lucas Munuera, como presidenta
- D. Juan Francisco Díaz Chicano, como secretario.

y por los vocales:

- Dr. Francisco Román López Andreu.
- Dr. Arturo Amores Lloret.
- D^a Carmen Hernández Castelló
- D^a M^a. del Mar Hernández Ruipérez.
- D^a. María Antonia Ros Pardo.
- D^a. Milagros Martínez Lajarín.
- D^a. Josefa Sánchez García.



La radiología del siglo XXI

“Algunos miran las cosas como son, y se preguntan por qué”.

Yo prefiero mirar las cosas como podrían ser, y preguntarme por qué no...”

Bernard Shaw

Si hace no más de cuarenta años usted hubiera entrado en un Servicio de Radiología, de Electrorradiología se llamaba entonces, habría notado un fuerte olor inconfundible a líquidos de revelar y de fijar. Era uno de esos olores hospitalarios que identifican el lugar en el que estamos.

Pero no sólo había olores. Había ruidos de maquinaria electromecánica que nos indicaban que las salas estaban funcionando. Como crujidos irrompibles, rebanaban la atmósfera hospitalaria cada vez que se hacía una radiografía o se realizaba un tratamiento con radiaciones.

Por los pasillos circulaba el personal con pesados y rígidos delantales de plomo. Sobre la cabeza, a veces, llevaban grandes gafas de cristales violeta o rojos, necesarias para las exploraciones en las oscuras salas de radioscopia, en donde no se veía a los pacientes; se intuían por sus movimientos y sus quejas.

Un ambiente con connotaciones sanatoriales casi decimonónicas que se extiende, por lo menos en España, hasta cerca de los años sesenta del siglo pasado.

Esta etapa de romanticismo radiológico estuvo llena de magníficos pioneros que crearon un cuerpo de doctrina que con el tiempo dio lugar a varias especialidades: el radiodiagnóstico, la radioterapia y la medicina nuclear. En los anaqueles de las bibliotecas médicas, aún puede encontrar bastantes libros encabezados por esas extrañas palabras de origen alemán, Roentgenterapia y roentgendiagnóstico, en recuerdo del físico de la Universidad de Wuzsburg Wilhem Conrad Roentgen, descubridor en 1895 de los rayos X y Premio Nobel por esta razón.

De la radioterapia, pero sobre todo del radiodiagnóstico, se han beneficiado, y de qué manera, prácticamente todas las especialidades médicas y quirúrgicas.

Y así conocemos en nuestros días el radiodiagnóstico o radiología o diagnóstico por la imagen (como quiera llamarla): una amplia especialidad clínica completada con áreas filquirúrgicas como la radiología y la

neurorradiología intervencionista.

Que todo ha cambiado mucho desde entonces, no hace falta ser un experto para darse cuenta. Se desarrollaron nuevas técnicas diagnósticas en donde no sólo los rayos X son los productores de la imagen. Los ultrasonidos y la resonancia magnética son ya una parte importante de la mayoría de los Servicios de Radiología. Pero vamos a más. Y vamos a tanto, que lo que hoy parece un almacén indestructible está a punto de desaparecer para convertirse en algo totalmente nuevo. Aunque parezca mentira.

EL DESARROLLO DE LA INFORMÁTICA, DE LA TECNOLOGÍA DE REDES ALÁMBRICAS Y DE LA DIGITALIZACIÓN DE LA IMAGEN ESTÁ CAMBIANDO PROFUNDAMENTE EL CONCEPTO DE LO QUE ES UN SERVICIO DE RADIOLOGÍA. NOSOTROS TENEMOS LA OPORTUNIDAD DE IMPLANTARLO AHORA CON LA APERTURA DEL NUEVO HOSPITAL. Y LO VAMOS A HACER.

La posibilidad de obtener imágenes digitales, almacenarlas y transmitir las, crea una estructura funcional nueva, distinta a la que conocemos. El nuevo Servicio de Radiología, el Hospital, su área y otros centros y áreas se articulan por cable (y probablemente en un futuro a medio plazo, ya con redes inalámbricas), creando un espacio común de textos e imágenes, puramente virtual, que permite una dialéctica entre profesionales que rompe la barrera de las distancias y, ¿por qué no?, de los desesperantes tiempos que ahora consumimos. **Y así serán dentro de poco los Departamentos de Radiología: reales y virtuales. Reales porque desde ellos, como desde una atalaya, se contemplará toda la actividad hospitalaria y extrahospitalaria, y se actuará sobre ella, participando, con una nueva organización, en el diagnóstico y en el tratamiento de los pacientes. Y será virtual porque su ámbito de actuación irá más allá de su centro originario. Su límite será el que imponga la red. Y la red se irá extendiendo poco a poco.**

El proyecto estratégico que hemos realizado para el nuevo servicio contempla, además, profundos cambios cualitativos e imprescindibles en la gestión y en la organización. Del modelo vertical, típico de las organizaciones burocráticas, vamos a pasar a un sistema de predominio horizontal engranado con las guías clínicas hospitalarias. Dirigido desde una dirección técnica, con una misión bien definida y centrada en el ciudadano, con unos valores asumidos por todos y con inteligencia para la adaptación rápida a los cambios del entorno. Vamos a precisar directores de área muy profesionalizados, totalmente comprometidos con el proyecto, con auténticos bagajes clínicos y con capacidades de trabajo, de pedagogía, de resolución, de gestionar el conocimiento y sobre todo de liderazgo para desarrollar, sin límites de ningún tipo, dichas áreas. Qué duda cabe que el compromiso será exigible a todo el personal.

EN RESUMEN, UN PARADIGMA DE LO QUE DEBE SER EL SECTOR SANITARIO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL SIGLO XXI: MODERNO Y CON VOLUNTAD DE EXPANSIÓN. ATREVIDO E INNOVADOR EN SU FUNCIONAMIENTO. EFECTIVO, EFICIENTE Y ENMARCADO EN EL CONCEPTO DE LA CALIDAD TOTAL. UN DEPARTAMENTO EN DONDE CADA UNO SABE LO QUE TIENE QUE HACER Y LO HACE. UN DEPARTAMENTO EN EL QUE NOS SENTAMOS ORGULLOSOS DE TRABAJAR.

Y lo mejor de este proyecto ya se está preparando para este futuro cercano, con todas las limitaciones que se puedan imaginar, con aparatos un poco anticuados, con falta de espacio, pero con gran esfuerzo, ilusión y profesionalidad, en los sótanos de un viejo Hospital.

Dr. Vicente García Medina
Servicio de Radiología del HGUM

X Congreso Nacional de la Federación Española de Asociaciones de Educadores en Diabetes

D. Pedro Cuadrado Ruiz participó en el X Congreso Nacional de la Federación Española de Asociaciones de Educadores en Diabetes, celebrado en Cádiz, del 27 de febrero al 2 de marzo, con un cartel titulado: "Curso de Formación para Niños Diabéticos".

XIX Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental

D^a. M^a. Asunción Ródenas López y D. Mariano Beltrán Monreal han participado en el XIX Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental, celebrado en Granada, del 21 al 23 de marzo, presentando un cartel titulado: "Estrés laboral o burnout en el personal de Enfermería de una unidad psiquiátrica hospitalaria cerrada".

Seminarios y talleres

Se está desarrollando un ciclo formativo destinado a los profesionales de Enfermería con el objeto de posibilitar la consecución de los objetivos diseñados para el año 2002. En talleres y seminarios guiados por D^a. Ángeles Rosario Sáez Soto y D^a. Carmen Arellano Morata, se está formando en las bases de la disciplina enfermera, en el modelo de Dorothea E. Orem, en la metodología enfermera con especial atención a la valoración inicial y formulación de diagnósticos y en la implantación del Manual de Procedimientos.

Los seminarios y talleres se están llevando a cabo a lo largo del mes de mayo, con diferentes horarios para facilitar la mayor participación posible de auxiliares de Enfermería y enfermeros dentro de sus turnos de trabajo.

Esta iniciativa se está desarrollando con una metodología eminentemente práctica, habiéndole entregado a los participantes una documentación básica con los conceptos teóricos y casos prácticos que les permitan ver las dificultades que se puedan presentar en el quehacer diario. Igualmente, se continuará con reuniones periódicas en las diferentes unidades y tutorizaciones.

IV Jornadas Regionales de UCI

D^a. María Ramón Carbonell y D. Ángel López Amorós participaron en las IV Jornadas Regionales de UCI, celebradas en Lorca, del 7 al 8 de marzo, participando con una comunicación titulada: "Incidencias detectadas, tras el ingreso, en un grupo de pacientes críticos con alteración cardíaca".

D^a. Ángeles Mateo Albaladejo participó en estas mismas Jornadas con la comunicación: "Estudio comparativo de dos métodos de lectura de temperatura central: termómetro timpánico y catéter de arteria pulmonar".



Platos populares murcianos adaptados a la obesidad

La obesidad es uno de los problemas de salud en las sociedades desarrolladas. España y más la Región de Murcia sufrimos el problema del sobrepeso y de la obesidad gran parte de la población (20,5% de obesos y 40,5% con sobrepeso). La base fundamental del tratamiento dietético es la Educación Nutricional, sin dietas repetitivas ni estrictas de alimentos. Dependiendo de la energía que se necesite, se debe hacer una dieta personalizada.

Se recogieron las recetas de 121 platos significativos de la cocina murciana y se modificaron para ser adaptados a dietas hipocalóricas de 1.200 y 1.500 kcal/día, abarcando: ensaladas, cremas y sopas, arroces, pastas, verduras, guisos y legumbres, huevos, pescados, carnes, postres y bebidas, otros.

CON ESTA ADAPTACIÓN SE PRETENDÍA:

Poder crear la adhesión del paciente a la dieta; la motivación en la pérdida de peso; modificar el hábito alimentario; cubrir el aspecto emocional del paciente; intentar que la dieta sea compatible con el menú familiar; evitar que la dieta fomente el aislamiento y la sensación de diferencia respecto a los demás.

EL FUNDAMENTO DE LAS MODIFICACIONES SE HA BASADO:

Disminución de energía; reducción de lípidos; utilización de edulcorantes; incorporación de caldos de pescado o de pollo caseros sin grasa; incrementar los condimentos permitidos a la receta.

CONCLUSIONES:

En la dieta de 1.200 kcal/día se ha utilizado:

- 50 gr de arroz, legumbres o pasta.
- 10 gr de aceite o el equivalente de una cucharada sopera máximo por receta.
- 100 gr de carne (pollo, ternera, pavo) si va acompañada de guarnición de verdura.
- 200-300 gr de verdura cocida o a la plancha.
- Huevos, utilizando un solo huevo entero y una clara.
- Postres, utilizando leche descremada, edulcorantes, margarina baja en calorías.

En la dieta de 1.500 kcal/día:

- 70 gr de arroz, legumbres o pasta.
- 15 gr de aceite de oliva.

- Pudiendo consumir dos huevos.
- El resto de ingredientes como carne, pescado y verdura se incrementan en pequeña cantidad en relación a la modificación anterior, para ser posible su adaptación y corresponder al 35% de la distribución calórica adecuada a la comida.

Resultados:

De las 121 recetas elaboradas ha sido posible la adaptación de: 101 platos para dietas de 1.200 kcal/día - 109 platos para dietas de 1.500 kcal/día.

M^a. Carmen Pardo Jiménez

Nutrición Humana y Dietética

Hospital General Universitario de Murcia



El consentimiento informado

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



Puede considerarse uno de los “caballos de batalla” en las organizaciones sanitarias. Y eso es así porque su aceptación e instauración significan un profundo cambio de actitudes con respecto al ejercicio de la Medicina que se practicó nada menos que desde los tiempos de Hipócrates hasta hace no mucho más de 25 años. El consentimiento informado es fundamentalmente la objetivación del principio bioético de la autonomía, esto es, la concreción del plano de los hechos cotidianos, del derecho que asiste a los pacientes a saber sobre su proceso, valorar sobre las posibles soluciones, ponderar con respecto a los riesgos y con todo ese caudal de conocimiento e información decidir sobre si otorgan o no su autorización para cualquier tipo de intervención médica, de naturaleza diagnóstica o terapéutica, que se vaya a practicar sobre su persona.

Hasta hace pocos años ejercíamos una Medicina que se basaba única y exclusivamente en el principio bioético de la beneficencia, todo en beneficio de nuestros pacientes, pero sin contar con su criterio. Profesábamos una sanidad excesivamente “paternalista”; casi sin darnos cuenta considerábamos a nuestros enfermos como “menores de edad”. La madurez social y el avance que supuso la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que tiene ya más de 50 años, fueron haciendo inasumible ese tipo de Medicina.

Hoy no parece lógico admitir que un enfermo ingresado en un hospital tenga capacidad legal para ejecutar cualquier tipo de actividad o contrato: hacer una compra-venta, manejar su cartera de valores, redactar un testamento y hasta contraer matrimonio... y en cambio no tenga nada que opinar y decidir sobre algo tan inherente a su personalidad y a su intimidad como es su salud y los procedimientos a los que se le va a someter, en la búsqueda de su mejoría o curación. Este concepto comenzó siendo de naturaleza fundamentalmente deontológica para terminar como un precepto legal obligatorio. De nuevo la ley como ética de mínimos.

Es muy conveniente aclarar que no acaba el tema con la elaboración de un documento que firma el paciente y que se incluye en su historia clínica; es bastante más que eso. Estamos ante una nueva filosofía, una nueva cultura sanitaria, que considera al individuo enfermo como el principal protagonista de todo el proceso asistencial. Es él quien decide, y para que su decisión

sea la más adecuada a sus intereses, ha de ser informado previamente con claridad, veracidad y lealtad. Los profesionales debemos mentalizarnos sobre la conveniencia de este nuevo marco de relaciones con nuestros pacientes; entre otras razones, porque cuando deciden, se están haciendo co-responsables de los resultados y eso ayuda al médico a soportar la presión que se deriva de la constante toma de decisiones, respecto de la salud, la enfermedad y, en definitiva, la vida de sus enfermos.

Es preciso contar con “documentos de consentimiento informado”, elaborados de forma inteligible, entregados al enfermo con suficiente tiempo para su reflexión y en los que se le informa adecuadamente sobre la naturaleza de su problema patológico, la conveniencia de una determinada prueba diagnóstica o de una intervención quirúrgica y los riesgos inherentes a esa actividad terapéutica, su existencia y su casuística, a la vez que se le pone al tanto sobre las ventajas esperadas y las complicaciones que pueden aparecer en el caso de su no realización, así como de las posibles alternativas, si no se otorga el consentimiento.

ES, EN DEFINITIVA, UN EFICAZ MEDIO DE COMUNICACIÓN Y DE COMPLICIDAD, QUE APORTA CONFIANZA Y SEGURIDAD A LA ASISTENCIA SANITARIA, UN INSTRUMENTO DE RESPETO MUTUO.

En el entorno del código de los valores, éste es sin duda alguna un valor en alza, que beneficia a todos los actuantes en la prestación del servicio sanitario y un derecho reconocido a los pacientes, al que no podemos ni debemos resistirnos, más bien tenemos que valorarlo y reconocer el grado de madurez que incorpora a nuestra actividad profesional y el gradiente de seguridad jurídica que añade a nuestra praxis cotidiana. No obstante, como todo lo que es novedoso y requiere un cambio en las actitudes, precisa de un período más o menos prolongado para su total aceptación, con naturalidad y convencimiento.

En sucesivos artículos abordaremos temática muy relacionada con el consentimiento y su validez: urgencias vitales, menores de edad, incapaces, demenciados, consumidores de drogas de abuso, sometidos a tutela, enfermos mentales, pacientes que se niegan a recibir determinados tratamientos, huelgas de hambre, situaciones terminales, peticiones de eutanasia y otras.

Un paseo por la huerta

José Muñoz Franco. Biólogo y maestro
M^a Isabel Sánchez Álvarez-Castellanos. Bióloga



Muchas veces, cuando vamos de paseo por los caminos y carriles de la huerta, lo hacemos para andar; bien porque el médico nos lo ha recomendado para bajar los niveles de colesterol y triglicéridos, bien porque es bueno para la circulación de la sangre y para el corazón o, simplemente, porque nos gusta hacer ejercicio. Y lo que ocurre es que nos juntamos varias personas (amigos, familiares...) y, hablando y hablando, nos dedicamos a hacer nuestro ejercicio diario; unos por la huerta y otros por la ciudad. Sin embargo, cuando nuestros hijos, amigos o compañeros nos preguntan: “¿por dónde vas a hacer ejercicio?, ¿qué has visto?”... nos quedamos pensativos, pues realmente no sabemos qué contestar. A veces se nos ocurre algo como “hemos paseado por la huerta y hemos visto limoneros, ¿qué se puede ver en la huerta, si no?”.

Buscando en el diccionario de la RAE encontramos el término andar, con el significado de “ir de un lado a otro dando pasos”, y el de pasear, con el de “ir andando por distracción o por ejercicio”. Al profundizar sobre el significado de estos tér-

minos descubrimos que lo que realmente hacemos es andar, y en algunos casos quizás, pasear.

Nosotros lo que proponemos a través de este artículo es un pequeño paseo (unos dos kilómetros) por un “trocico” de huerta próxima a la ciudad de Murcia y a su vez descubrir sus elementos paisajísticos, botánicos, culturales, etc. que le otorgan singularidad.

Nuestro paseo o recorrido tiene como punto de partida la iglesia de Churra, lugar de fácil acceso, bien indicado y donde podemos aparcar el vehículo. Junto a la iglesia se encuentra un edificio centenario, la Torre Arcayna, una casa-torre que servía de punto de encuentro para muchos huertanos de la época, cita de labriegos y forasteros en sus festejos, o cuando en el siglo XVIII se reunían en la Torre Arcayna los dueños y amigos para confirmar los tratos y otros aspectos (“Pedanías murcianas de huerta y campo. Tradición y futuro”. F. Saura, Ed. KR, 1998). Próximos a la iglesia podemos admirar uno de los símbolos más representativos de esta pedanía murciana; nos referimos a los pinos piñoneros (*Pinus pinea*) que allí fueron plantados hace más de 200 años y que son referencia paisajística de muchos vecinos y visitantes (punto 1 del croquis). Estos pinos también aparecen en el escudo heráldico de Churra que puede contemplarse en la fachada principal de la iglesia. Desgraciadamente, algunos de estos ejemplares se han secado de manera repentina, probablemente debido a las obras de encauzamiento de la acequia que circula próxima a los pinos (acequia de Churra la Vieja). Por último, merece la pena mencionar que este paisaje está considerado, por medicinas alternativas (“Los centros geoenergéticos”. Diario “La Verdad”, 29 de abril de 1995), como lugar geoenergético, es decir, que acumula energía positiva.

Continuando nuestro paseo y siguiendo el croquis del recorrido podemos observar a la izquierda del camino (punto 2 del croquis) unos pocos ejemplares de manzano (*Malus domestica*), nogal (*Juglans regia*), cinamono (*Melia azedarach*) y olmo (*Ulmus minor*). Según bibliografía sobre ciertos usos tradicionales y medicinales de las plantas, las hojas de nogal son hipoglucemiantes y las toman los diabéticos en forma de infusión, y en Medicina se considera un excelente vermífugo, empleándose para expulsar la solitaria o tenia. Si miramos hacia la derecha podemos citar la presencia de membrilleros (*Cydonia oblonga*) y cañas (*Arundo donax*). Siguiendo con literatura acerca de ciertos usos tradicionales y medicinales, parece necesario destacar que el conocido dulce de membrillo ya gustaba a griegos y romanos. En forma de jarabe se ha empleado en medicina popular para detener la diarrea. Y el mucílago obtenido poniendo en remojo las semillas es usado para suavizar y ablandar las asperezas de la piel. En cuanto a la caña podemos destacar que es una planta natural del sur de Asia que fue cultivada y asilvestrada en nuestra Región.

Durante todo este tramo del trayecto aparecen numerosos limoneros (algunos en claro abandono) que durante la época de floración proporcionan un intenso aroma a azahar a nuestro paseo. Entre las especies de plantas herbáceas que encontramos citaremos las más representativas: el vinagrillo (*Oxalis pes-caprae*), la oruga (*Diplotaxis sp.*), el cerrajón (*Sonchus sp.*) y la zarza (*Rubus sp.*).

Un poquito más adelante, cuando el camino se curva (punto 3 del croquis), hay una parada obligatoria, pues en este punto tenemos dos panorámicas que bien merece la pena pararse a contemplar. Por un lado, surgen, entre los bancales descritos anteriormente y entremezclados con

los limoneros, dos majestuosos árboles, uno de ellos que parece que hubiera crecido formando pisos, la araucaria (*Araucaria araucana*) y el otro como protegiendo al anterior, el ciprés (*Cupressus sempervirens*). La araucaria puede medir hasta 50 metros de altura y habita, de forma natural, el este de Australia. El nombre de araucaria viene de los indios araucanos, de Arauco (Chile), donde también habita este árbol que les servía de alimento, ya que sus semillas son comestibles. El ciprés crece de forma natural en el Próximo Oriente y puede vivir más de 500 años. Su madera es muy resistente y fácil de trabajar. Dicen que con ella se fabricó el Arca de Noé. En medicina popular, en algunos lugares dicen que llevar siete “bolas” de ciprés en el bolsillo sirve para curar el dolor de cabeza. También recomiendan colocar siete frutos debajo de la almohada para curar el dolor de cabeza y las preocupaciones (Obón et al, 1991). Acompañando a esta estampa, y en segundo plano, se divisa el pequeño cabezo de la pedanía murciana de El Puntal, dando al conjunto de la escena una imagen realmente bonita y reconfortante, sobre todo si este paseo lo realizamos al atardecer. Por otro lado, si giramos la mirada, el paisaje se hace más abierto y podemos contemplar desde la Sierra de Columbares (Costera Sur) hasta la Sierra de Carrascoy, pasando por la cima de la Cresta del Gallo y el Pico de Relojero. Incluso, en los días de buena visibilidad, podemos observar la Catedral.

Continuando el camino desembocamos al carril del Molino de Alfatego. El recorrido marcado en el croquis nos conducirá a la derecha, pero si el caminante prefiere girar a la izquierda acabaría en la Senda de Granada y pasaría por la puerta de un vivero de plantas ornamentales, así como por el molino (actualmente en franco deterioro) que da nombre al camino; nuestra propuesta es girar a la derecha. Pasaremos por un pequeño tramo algo más ruidoso, que nos recuerda al “barullo” de la ciudad, aunque aún podemos apreciar el uso que se daba a muchas plantas para delimitar los lindes de los bancales; prueba de ello es la hilera de moreras y otros árboles que aparecen en el borde del camino. Obligado es decir que la mo-

dera (*Morus alba*), cultivada en las huertas, tiene un fruto de sabor dulce, aunque algo insípido, y sus hojas son alimento del gusano de seda, que para este fin fueron cultivadas en la huerta de Murcia.

Continuamos y de nuevo aparece frente a nosotros la pedanía de El Puntal. Nos adentramos por un estrecho camino, el carril de Huerto Quintano, rodeado de limoneros y naranjos a ambos lados. Si nos fijamos en el borde, también podemos contemplar multitud de plantas que suelen denominarse malas hierbas, pero que sus flores poseen una gran variedad de formas y colores: perejilera (*Fumaria ps.*), vinagrillos (*Oxalis pes-caprae*), malvas (*Malva sp.*) y cardos. Atravesaremos una casa, podría parecerse a una granja, con patos, cerdos, borregos, caballos, pony, etc; en cuya puerta se encuentra un gran olivo que llama la atención. De nuevo pasamos por delante del ciprés y la araucaria, junto a una casa tradicional de la huerta murciana, decorada su fachada con los colores usuales de la zona; el azulete. Al final llegamos al carril de los Herreras y Moreras (punto 4 del croquis). En este mismo cruce se encuentra un tramo de acequia mayor conocida como Churra la Nueva. Nuestra propuesta de recorrido ahora es girar a la derecha para poder contemplar otra perspectiva de la iglesia y los pinos.

Además, unos metros más abajo a la izquierda hay un huerto (punto 5 del croquis) que aún se cultiva, pudiendo ver alfalfa, tomates, judías y flores ornamentales. Gran parte de la actividad agrícola que aún se conserva en este rincón de la huerta se debe a la existencia de un pozo que da riego a muchos cultivos de la zona.

Finalmente, volvemos a nuestro punto de partida y con ello al término de este paseo, que nos ha recordado muchas de las tradiciones vividas por nuestros padres y abuelos.

Bibliografía:

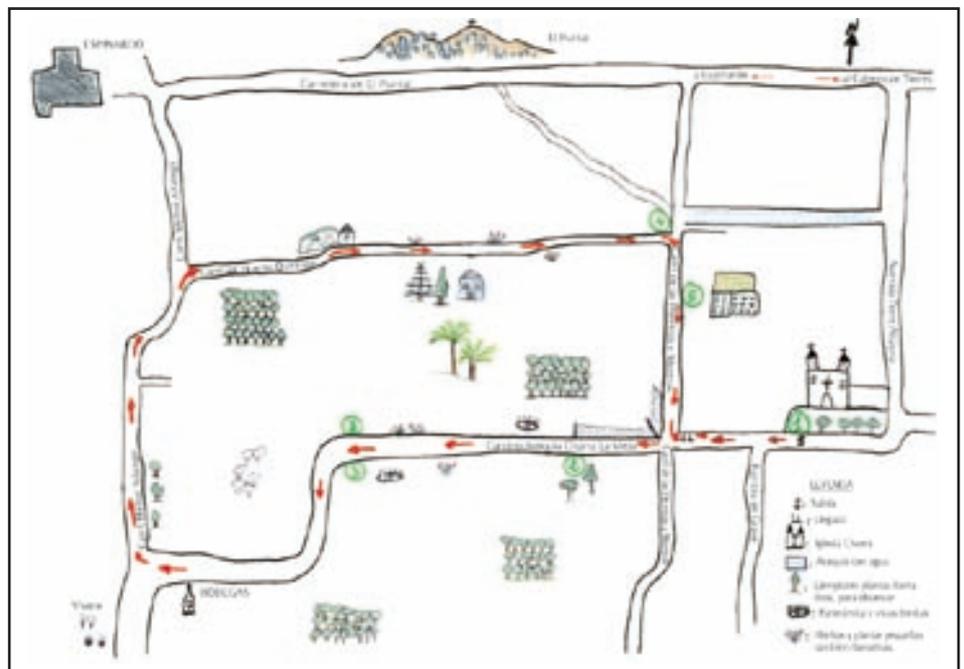
López González, G. 1982. *La guía de Incafo de los árboles y arbustos de la Península Ibérica y Baleares*. Ed. Incafo. Madrid.

Obón de Castro, C. Rivera, D. 1991. *Las plantas medicinales de la Región de Murcia*. Ed. Agencia Regional para el Medio Ambiente y la Naturaleza (ARMAN) y Editora Regional de Murcia. Murcia 1991.

Rivera, D. Obón de Castro, C. 1991. *La guía de Incafo de las plantas útiles y venenosas de la Península Ibérica y Baleares (excluidas medicinales)*. Ed. Incafo. Madrid. 1991.

Alcaraz, F. et al 1997. *Flora básica de la Región de Murcia*. Ed. Sociedad Cooperativa Severo Ochoa. Murcia 1997.

Gómez Sánchez, P. et al. 1996. *Flora de Murcia. Clave de identificación de plantas vasculares*. Ed. Diego Marín editores. Murcia. 1996.



Programas de atención al colectivo de inmigrantes extranjeros

Victoriano Simón Peñafiel. Trabajador Social del HGUM



Los sistemas sanitarios, y en este caso los de la Región de Murcia, se encuentran en un proceso de adaptación a las necesidades sanitarias de los inmigrantes. En su mayoría, dichos sistemas responden exclusivamente a la cultura dominante y, por ello, no están dotados para satisfacer las necesidades de unas sociedades cada vez más diversas lingüística y culturalmente. Existe una gran necesidad de facilitar mecanismos y servicios de salud dirigidos de forma específica a los diferentes grupos o subculturas étnicas. Al no existir una orientación multicultural en la provisión de estos servicios, los miembros de grupos étnicos no nativos, con frecuencia, encuentran grandes dificultades en su interacción y utilización de unos servicios socio-sanitarios diseñados para otra población.

Debemos de tener en cuenta que el progresivo aumento del colectivo de inmigrantes extranjeros en nuestra Región ha originado una serie de demandas socio-sanitarias por parte de éstos, con la

consiguiente necesidad de adecuar la Administración y los recursos disponibles para la resolución de dichas demandas, ofertando una asistencia adecuada y de calidad a este colectivo.

EN EL AÑO 2000 PASARON POR LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE MURCIA 240 EXTRANJEROS INMIGRANTES, EN SU MAYORÍA DE NACIONALIDAD ECUATORIANA, ARGELINA, UCRAINIANA Y MARROQUÍ.

Al carecer de Tarjeta Individual Sanitaria, el servicio más utilizado fue el de Urgencias, presentando problemas tanto de carencia de recursos económicos para costearse el tratamiento como para acceder a la Atención Especializada. Desde esta Unidad de Trabajo Social se derivaron unos 112 pacientes al Servicio de Consultas Externas, tras su paso por Ur-

gencias, siendo las más utilizadas las de Traumatología, Digestivo, Ginecología y Dermatología.

Todo ello ha tenido como consecuencia la toma de conciencia por parte del Hospital, iniciándose una serie de actuaciones, como son:

GUÍA DE ATENCIÓN AL USUARIO EXTRANJERO

Con el fin de tener en consideración los diversos universos culturales que rodean a los inmigrantes, el Hospital General Universitario va a editar muy pronto una Guía de Atención al Usuario Extranjero, donde aporta la información en cuatro idiomas: español, árabe, inglés y francés, para facilitar la comprensión y hacer más accesibles los servicios que oferta el Hospital. Asimismo, aporta información sobre la ubicación de las distintas instalaciones, acceso a los diferentes servicios, información sobre derecho a la asistencia sanitaria, así como otras direcciones de interés.

Con todo ello intentamos que esta Guía sea un instrumento de trabajo que facilite la labor del personal de este Hospital y repercuta en una mayor calidad en la atención a este colectivo.

MEDIADOR INTERCULTURAL

LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL SURGE COMO UNA NECESIDAD ANTE LA NUEVA REALIDAD DE NUESTRA SOCIEDAD, EN CUYO SENO SE DA, CON UNA INTENSIDAD CADA VEZ MAYOR, EL FENÓMENO DE PRESENCIA DE PERSONAS DE DIVERSAS CULTURAS Y PROCEDENCIAS.

Nos encontramos, entre otros, con los



siguientes problemas: dificultades de comunicación entre personas inmigrantes y autóctonas, conflictos en la convivencia, desconocimiento mutuo de los códigos de referencia, poco conocimiento por parte de la población inmigrada de los servicios personales de la sociedad receptora y de sus vías de acceso, falta de asesoramiento en temas de inmigración e interculturalidad por parte de los profesionales de servicios de atención directa a personas inmigradas, prejuicios, estereotipos y conflictos en las relaciones entre personas culturalmente diferentes.

La mediación intercultural es un recurso profesionalizado que pretende facilitar las relaciones, fomentar la comunicación y promover la integración entre personas o grupos, pertenecientes a una o varias culturas.

Desde el pasado mes de noviembre de 2001 contamos en nuestro Hospital con la figura de un mediador intercultural, que realiza las funciones de traductor de árabe, francés e inglés. Y desde el 19 de noviembre al 15 de febrero atendió a 244 usuarios, en su mayoría varones argelinos y marroquíes que acudían a la puerta de Urgencias.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PACIENTES INMIGRANTES USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

En los Servicios de Urgencias hospitalarios se hace necesario, para la mejora continua de la calidad, conocer qué opinan los clientes e incorporar esta visión a la evaluación de las tareas. Por otra parte, los hospitales de nuestra comunidad deben dar una respuesta sanitaria adecuada a la inmigración creciente que estamos teniendo, que conlleva la formación de amplias áreas multiétnicas y multiculturales, con una población de usuarios heterogénea y caracterizada por la multiplicidad de modelos concernientes a la salud. Den-

tro de los programas de evaluación y mejora continua de calidad asistencial, las encuestas a los pacientes permiten obtener información valiosa sobre qué aspectos precisan mejora y pueden servirnos como fuentes de conocimiento necesarias para individualizar la naturaleza y la consistencia de los prejuicios que están en la base de las dificultades y de las resistencias de los inmigrantes en su relación con los servicios sanitarios de urgencias.

SOBRE LA BASE DE ESTO, LOS OBJETIVOS DE ESTE PROYECTO SON:

1. Valorar la opinión y el grado de satisfacción de los pacientes inmigrantes magrebíes, ecuatorianos y de países de Este de Europa atendidos en el Servicio de Urgencias, utilizando una encuesta de satisfacción creada para ese fin.
2. Analizar los elementos más relevantes, en opinión de dichos usuarios, que están influyendo en el nivel de calidad de la Puerta de Urgencias del Hospital.
3. Introducir un ciclo de mejora: tras identificar problemas susceptibles de mejora, se priorizarán las oportunidades de mejora, se seleccionará el grupo de mejora, se centrará el proceso de mejorar (definiéndolo y encontrando el problema clave), se identificará y aislará la raíz del problema, se escogerán las acciones que neutralicen o solucionen dicho problema, se planificarán e implementarán las actividades de mejora y, por último, se monitorizarán las oportunidades seleccionadas (se seleccionarán indicadores).





Ecocardiografía de estrés

Dr. Tomás Vicente Vera. Jefe de sección de Cardiología Hospital General Univ. de Murcia

LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (CI) CONSTITUYE UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE

MUERTE EN LOS PAÍSES INDUSTRIALIZADOS, ORIGINANDO ENTRE UN TERCIO Y EL CINCUENTA POR CIENTO DE TODAS LAS MUERTES.

Lo anterior, a pesar de las importantes campañas de prevención cardiovascular emprendidas hace más de 25 años. Su incidencia en la población joven es cada vez más alta y en la actualidad es la cardiopatía más frecuente después de los cuarenta años de edad. Los datos mencionados enmarcan un problema de salud de enorme importancia, que alcanza proporciones epidémicas. La CI aparece con el fracaso de la función principal de la circulación coronaria, que es mantener un equilibrio entre el aporte y la demanda de O₂ por el miocardio. La isquemia ocurrirá en reposo, solamente cuando las lesiones son muy críticas y sólo durante el esfuerzo o estrés, en las lesiones mayores del 70%. El proceso isquémico llevará a una secuencia de sucesos conocida como cascada isquémica, que se produce de forma secuencial en el tiempo: en primer lugar existe una alteración metabólica, seguida de disfunción diastólica, disfunción sistólica regional, alteraciones en el electrocardiograma (ECG) y, finalmente, dolor.

EL DIAGNÓSTICO DE ISQUEMIA DURANTE EL PROCESO AGUDO SE BASA EN EL CUADRO CLÍNICO, EL ANÁLISIS DE LAS ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS Y EN LAS DETERMINACIONES BIOQUÍMICAS.

En el estudio de la CI también ha jugado un papel de forma clásica el análisis de los cambios ECG tras la realización de ejercicio físico protocolizado (en cinta sin fin o en bicicleta ergométrica). Estas técnicas, a pesar de su gran difusión y utilidad en el diagnóstico y pronóstico de la CI, presentan muchas limitaciones y su sensibilidad se sitúa entre un 50-65%, con una especificidad del 75%. Estos porcentajes son aún menores en determinados grupos de pacientes, como aquellos que tienen alteraciones electrocardiográficas de base, pacientes del sexo femenino

o en pacientes con enfermedad de un solo vaso. Estas limitaciones han hecho que sea necesario buscar nuevas pruebas diagnósticas que aumenten la fiabilidad de la prueba de esfuerzo convencional. Entre estos métodos se encuentran las pruebas nucleares para analizar la perfusión miocárdica. Sin embargo, tiene también sus limitaciones no sólo de especificidad, sino que es un método donde el equipamiento y las sustancias radioactivas tienen un alto costo.

La ecocardiografía de estrés consiste en la detección ecocardiográfica de las anomalías que se producen en la función y estructura del corazón cuando éste es sometido a un ejercicio o estrés farmacológico. Los equipos empleados en la actualidad permiten adquirir imágenes basales, con máximo ejercicio y postesfuerzo o con las distintas fases de administración de fármacos, de distintos cortes del corazón que se realizan de forma estandarizada. Es fundamental obtener una derivación electrocardiográfica de forma simultánea a la realización del estudio que permita obtener una onda R de alto voltaje y dispare de forma automática el mecanismo de captura digitalizada de ocho imágenes sistólicas en cada corte. Todas las imágenes se almacenan en un disco duro y se procesan para realizar posteriormente un análisis comparativo en cada corte, entre las de reposo y las de esfuerzo o estrés farmacológico. La posibilidad de detectar los cambios de la función contráctil regional, que como se mencionó y dentro del proceso isquémico preceden a las alteraciones electrocardiográficas, sitúa a la ecocardiografía de estrés en un primer plano de las exploraciones no invasivas en el estudio de CI.

LAS INDICACIONES DEL ECOCARDIOGRAMA DE ESTRÉS SON LAS SIGUIENTES: PRUEBAS DE SEGUIMIENTO DE LA ACTP (ANGIOPLASTIA) O CIRUGÍA CORONARIA, SEGUIMIENTO POST-INFARTO DE MIOCARDIO, SEXO FEMENINO, ALTERACIONES INESPECÍFICAS DE LA REPOLARIZACIÓN EN EL ELECTROCARDIOGRAMA BASAL, BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA, HIPERTROFIA VENTRICULAR, PROLAPSO MITRAL, VALORACIÓN PRONÓSTICA DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y DETECCIÓN DE MÚSCULO VIABLE.

Se puede establecer que en la actualidad, aunque la prueba de esfuerzo convencional sigue siendo el método más empleado para el estudio de la cardiopatía isquémica, la ecocardiografía de estrés es un método fiable y de mayor sensibilidad y especificidad que la prueba de esfuerzo estándar. Si se compara el eco de estrés con la información obtenida con las técnicas de perfusión nuclear, diversos estudios muestran que son prácticamente iguales. El uso de una u otra técnica va a venir condicionado no por criterios meramente científicos, sino por la disponibilidad de técnicas isotópicas en nuestro Hospital, experiencia de las mismas en valoración de CI, disponibilidad de técnica de eco de estrés o experiencia del laboratorio.

ES IMPORTANTE DESTACAR QUE EL ECOCARDIOGRAMA DE ESTRÉS ES REALIZADO POR EL CARDÍLOGO, EN EL DEPARTAMENTO DE ECOCARDIOGRAFÍA Y CON APARATAJE PROPIO DE LA ESPECIALIDAD. ES DECIR, ES UNA TÉCNICA PURAMENTE CARDIOLÓGICA, QUE NO DEPENDE DE OTRAS ESPECIALIDADES NI DE OTRAS ÁREAS DEL HOSPITAL, LO QUE IMPRIME UNA MAYOR OPERATIVIDAD Y EFICACIA PARA EL ESTUDIO DE LOS PACIENTES. ADEMÁS DE LO ANTERIOR, ES DE UN COSTE MUCHO MENOR AL DE LA MEDICINA NUCLEAR.

El Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario fue pionero en nuestra Región en la aplicación de esta técnica, comenzando los estudios de ecocardiografía de estrés en el año 90, utilizando un ordenador "Image One DCR Nova Microsinics". Por diversos motivos y fundamentalmente el cierre del Hospital, esta técnica fue interrumpida. Recientemente, el Servicio de Cardiología del HGUM cuenta con un equipo de última generación de ecocardiografía de estrés, con incorporación de los últimos avances tecnológicos aplicados a esta técnica, adquisición de imágenes, segundo armónico, doppler de energía e imagen intermitente, además de utilizar contraste en todos los estudios. La ecocardiografía de estrés ha sido incorporada nuevamente de forma rutinaria en el estudio de nuestros pacientes.

A nuestra querida abuela

Dedicado a Dña. Encarnación López, auxiliar de Clínica de la planta de Cirugía, con motivo de su jubilación.

Encarnación primorosa,
Dice una copla huertana
Primorosa es nuestra abuela,
La gran compañera Encarna.

Le gusta contar chistes
Más picantes que guindilla
Lo dice con tanta gracia
Que a todos da la risa.

¡Qué boca tan deslenguada!
Cuando el alma se le enfada
Da susto ponerse a tiro
Por si se escapa una daga.

Pero tiene esta muleña
Muchos valores sabidos,
Si no ¿por qué aquí estamos,
Hoy junto a ella reunidos?

Tiene un gran corazón
Que en él cabe todo el mundo,
Enfermos, sanos amigos,
Enemigos todos juntos.

Forman un gran batallón
Que ella siempre protestando
Entregándoles cariño
Toda su vida fue dando.

Porque si abuela es su nombre,
Tiene virtudes de abuela
Y no sólo de los suyos,
Más de los que le rodean.

Una abuela es doble madre
Una abuela es cariñosa,
La comprensión, la dulzura,
La sonrisa siempre hermosa.

Una abuela es la cocina,
Una abuela es picardía
La que comprende a los otros
Como si fuera una niña.

Y eres la querida abuela
Que a todos das alegría
Puesto que lo has demostrado
Trabajando día a día.

Nos has hecho de comer
¡Qué palomitas más ricas!
Nos has dado comprensión,
¡Quién a tu lado no ríe?

Nos has dado tu cariño,
A los que estamos aquí
En especial a tu nieto
¿Será Antonio Albarracín?

Por todas esas cosillas,
El Hospital todo en pleno
Despide hoy ¡no! celebra
El haber tenido el lujo

De poseer a una Encarna
Primorosa, deliciosa,
Honrada, limpia y hermosa.

(Dra. Carmen Sánchez Álvarez
Jefe Sección UCI del HGUM)



Gente "¿fea?"

A mis compañeros de Urgencias del Hospital General como cura de humildad y paciencia ante los casos difíciles

Pencho, tiempo hace ya sin saber de ti. Apenas ya una vaga imagen tuya nos queda en la memoria. No sabemos si sigues vagabundeando o pasaste a mejor vida. Aún así, no se cierran los capítulos de tu existencia, alimentada siempre por aquellos penchos que a menudo te suceden en la sala donde dormitabas; tantos y tantos penchos de largos abrigos ensudorados, olorosos y rígidos, curtidos por el duro castigo de habitar en las aceras.

Urgencias sigue siendo esa sala concurrida donde en las crudas noches del invierno navideño buscabas, a pesar del bullicio, protección y calor; intentando suplir los efectos del frío cuando se rompía tu coraza de vino.

Sigue pareciendo esa posada rutinaria, ese último recurso donde aliviabas frecuentemente tu deambular cansino, des-

tartalado y torpe por las calles y plazas de la ciudad.

Aquí dabas descanso a las roídas suelas de tus deformadas alpargatas y recuperando aliento desbordabas a menudo tus estados de embriaguez; que una vez tratados te abocaban irremediabilmente al más incierto compás de espera, en vías a una solución difícil y definitiva a tu desarraigada existencia.

En cualquier caso, desde aquí siempre se te intentaba tratar en consecuencia y así siempre tenías a bien reconocérnoslo con tus balbucientes palabras, emitiendo esas resignadas "gracias, perdonen las molestias" que te hacían un transeúnte inhabilitado por tus amortiguadas formas.

Quizás aquella torta de pascua que comiste en Nochebuena junto a nosotros te

supiera a gloria, quizás el último cartón de vino que subiera a tu aporreada cabeza lo tengas deseablemente ya más lejos de tus doloridos pies y el jabón que en su día te impregnaron los del Ayuntamiento (que en cierta ocasión te recogieron) huelga ya perenne en ti para larga temporada; pero sea como fuere, quisiera con este texto que siempre perdurara para los demás la etérea imagen del Pencho que, a pesar de su pesada cruz, paseaba dignamente en su solapa la bonanza del odio reprimido, ese resentimiento agresivo de otros que tú nunca volcaste sobre cuantos en un momento dado pudimos intentar ayudarte con un pequeño gesto de atención por mínimo que éste fuera.

Joaquín González Caballero
Celador de Urgencias.



El lunes 29 de abril se disputó un partido de fútbol entre los equipos del Hospital Morales Meseguer y del Hospital General Universitario. En el partido, que se jugó en el Polideportivo de El Palmar, se rindió homenaje a Juan Soler Gómez, auxiliar de Farmacia de nuestro Hospital, en el que ha trabaja-

do desde el 13 de agosto de 1975 hasta el 28 de abril de 2002, en que se jubiló.

En los prolegómenos, el homenajeado se fotografió con ambos equipos, se le hizo entrega de diferentes recuerdos y realizó el saque de honor.

Por lo demás, el partido se desarrolló dentro del tono que viene siendo habitual, aunque en esta ocasión, y por primera vez, finalizó con victoria 3 a 1 favorable a los nuestros y también por primera vez contamos con un nuevo fichaje internacional: Rachid Mohyi, nuestro mediador intercultural.



Región de Murcia
Consejería de Sanidad
y Consumo



Servicio
Murciano
de Salud