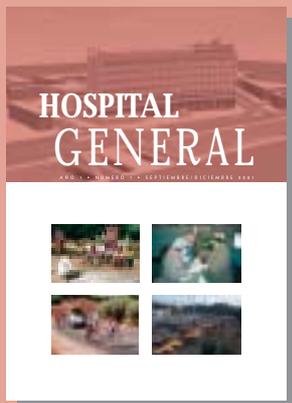


HOSPITAL GENERAL

AÑO 1 • NÚMERO 1 • SEPTIEMBRE/DICIEMBRE 2001





Órganos de Dirección

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

Comité Editorial

Directora

Dra. Dña. Inmaculada Gallo Sallent

Coordinadora

Dña. M^a del Mar Sánchez Álvarez-Castellanos

Colaboradores

D^a Pilar Belda Plans
D. Pedro Parra Hidalgo
Dr. D. José M^a García Basterrechea
Prof. Dr. D. Fernando Sánchez Gascón
D. José Antonio Domené Martínez
D^a Carmen Arellano Morata
D^a M^a del Mar Hernández Ruipérez
(en representación de todos los coordinadores
del Manual de Procedimientos de Enfermería)
Dr. D. Rafael Pacheco Guevara
Dr. D. Jacinto Fernández Pardo
D^a María López Sánchez
Dr. D. Andrés Sempere Gutiérrez
Dra. D^a Carmen Sánchez Cañizares
D. José María Pérez Belmonte
D^a Raquel López Martínez
Dr. D. José M^a Alonso Herreros

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
R
I
A
M
U
S

Un hospital de calidad

En el sector sanitario cada vez hay mayor grado de competitividad, si bien, a diferencia de las empresas de otros sectores de producción, los hospitales no trabajan en un entorno de mercado libre y abierto, sino planificado, cumpliendo el principio de universalidad, equidad, accesibilidad y solidaridad.

Después de más de 20 años de ejercicio profesional sanitario, uno percibe cierta insatisfacción en el usuario y en el profesional. Parece oportuno la conveniencia de una "reforma", en donde dicho cambio cultural pase de una estructura organizativa basada en la jerarquía actual y división de funciones a una estructura participativa con alto nivel de autonomía de los profesionales.

Es el paso de una estructura vertical de servicios a un modelo de organización horizontal o transversal, con una atención integral del paciente y descentralizada, en donde éste es el eje de la atención y el clínico es el actor. Es el cambio a la "gestión clínica", que permite flexibilidad y adaptabilidad, en donde es imposible la gestión sin contar con los responsables clínicos para la toma de decisiones, significando que no es trabajar más, sino de otra manera; es una nueva organización, en donde se comparten objetivos, se establece consenso y se participa activamente.

La herramienta de este modelo organizativo se basa en la gestión por procesos. El proceso es un elemento de funcionamiento, un sistema de tareas y actividades, que utiliza recursos para transformar entradas en salidas. Los requisitos básicos que definen un proceso son: clara definición de objetivos y alcance, establecimiento de un responsable total del mismo, un proveedor en la entrada de cada uno de los pasos que forman el proceso y un cliente en la salida, con puntos de control para medir los defectos e indicadores de calidad. Todo ello con un "sistema de información" que nos permita medir los indicadores y establecer el "cuadro de mando" en este modelo estratégico de organización centrada en el paciente.

Dejar paso a este modelo de gestión clínica con transferencia de responsabilidad y de riesgos al gestor del proceso y por ende a los profesionales que participan en su desarrollo, desplazan la jerarquía y autoridad al seno del proceso como célula organizativa, a través del consenso técnico y de gestión, soportado con evidencias científicas y en la evaluación continua de la bondad del resultado obtenido.

Por ello, la definición de una atención sanitaria de calidad, de acuerdo con los principios de la mejora continua, abarca diferentes aspectos de la asistencia sanitaria, que precisa cambiar la cultura de toda la organización para conseguir los niveles más altos de calidad con los recursos disponibles, consiguiendo que los cuidados se presten de la forma más eficiente posible, basándose en las perspectivas de los clientes internos y externos para satisfacer respectivamente las necesidades científico-técnicas y las percibidas.

La Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) ofrece un modelo de excelencia en la gestión, basado en los principios de la gestión de la calidad total (GCT), que permite llevar a cabo un ejercicio de autoevaluación en cualquier tipo de organización, entre ellas, las relacionadas con el sector sanitario. El objetivo de la EFQM es doble: difundir la cultura de la GCT en el ámbito de las empresas europeas y facilitar una herramienta para la autoevaluación de las empresas que analice cómo contemplan y cumplen los criterios de calidad. El modelo europeo ha tenido una enorme difusión y la cultura que lo sustenta requiere un gran esfuerzo de aprendizaje a todos los niveles de la organización, ya que no se trata de un modelo sencillo de aplicar.

Dejar paso a una nueva cultura organizativa basada en unidades multidisciplinarias que apuntan a profesionales, que comparten grupos de pacientes homogéneos, sin perjuicio de que se mantenga una adecuada estructura de Hospital General que recepciona, clasifica y atiende a los pacientes en determinados momentos de la asistencia. Y más aún, la asistencia integrada de enfermos requiere, en sus últimas consecuencias, actuar en todos los niveles asistenciales (Atención Primaria, Especializada y Sociosanitaria).

En realidad estamos ante fórmulas de cooperación entre proveedores. La agrupación de servicios y profesionales es una estructura facilitadora de la lógica de la gestión clínica que en la metodología referida nos conduce al modelo de la gestión de calidad total.

La Comisión de Dirección del Hospital General de Murcia, basada en un criterio de responsabilidad estratégica y aprovechando la oportunidad de la construcción del nuevo HGUM, previo Plan Funcional del mismo, ha diseñado un Plan de Calidad que ha sido presentado en abril de este año a la Junta Facultativa, nombrando un equipo promotor para impulsar la formación con la colaboración de una empresa externa con experiencia sanitaria. Es nuestro proyecto y deseo poder ilusionar a todos los profesionales en este esfuerzo de participación, ya que, como sujetos de las actividades diarias que desarrollamos en nuestro Hospital, podemos optimizar unos recursos actuales y futuros, que nos conduzcan a una gestión de la calidad, en excelencia, acreditación y satisfacción.

Dr. José Andrés Muñoz Sánchez
Director Médico

ENTREVISTA

Francisco Marqués

Consejero de Sanidad y Consumo



Inmaculada Gallo Sallent

A este vallisoletano, casado y padre de familia numerosa, Consejero de Sanidad y Política Social de nuestra Comunidad Autónoma con el gobierno del Partido Popular desde 1995 y posteriormente Consejero de Sanidad y Consumo, desde 1999 le ha tocado vivir numerosas aventuras en su mandato. Pero va a ser a partir del 1 de enero de 2002 cuando se va a enfrentar con uno de los mayores retos de su gestión política: las transferencias sanitarias.

A partir de esa fecha desaparece el Insalud y sus seis hospitales, setenta y dos equipos de Atención Primaria y los más de doscientos consultorios periféricos repartidos por toda la Región van a cambiar de mano; será la Consejería de Sanidad quien gestione esos recursos, haciéndose cargo del escalofriante gasto sanitario de alrededor de ciento sesenta mil millones de pesetas y del pago de las nóminas de catorce mil funcionarios.

Señor Marqués, al contrario que en otras comunidades autónomas, aquí sí podemos decir que el pez chico se come al grande. ¿Cómo van a satisfacer las transferencias las expectativas de los profesionales sanitarios (clientes internos), pacientes (clientes externos) y de todos los ciudadanos en general?

En un principio, el traspaso no va a suponer ninguna innovación inmediata de lo que es la asistencia sanitaria. La gestión la llevará la Consejería de Sanidad y no va a suponer ninguna novedad en cuanto a vinculación del personal ni ninguna innovación tecnológica ni de infraestructura que no esté ya contemplada o en marcha. Va a incrementarse el gasto de financiación y esto nos va a beneficiar, pues supone más dinero, aunque ello no quiera decir que haya que gastarlo enseguida, sino que va a servir para gestionar numerosos asuntos, entre ellos la negociación con los servicios de obras para mejorar la asistencia primaria y especializada. El SMS es un ente público con un sistema de financiación y contabilidad más moderno que el Insalud, ajustado a lo que son las empresas y, por ello, tenemos un conocimiento más real y puntual para poder intervenir con mayor agilidad.

Dentro del mapa organizativo sanitario, ¿qué lugar ocupa la Comunidad Autónoma de Murcia?

Murcia está en la periferia de España. Nuestro país es como una rueda de bicicleta que tiene muchos vacíos en el centro y una parte periférica muy importante, donde la población crece, y los servicios que se dan a las empresas y a las personas son mayores que en las comunidades del centro. Esto es una ventaja porque la financiación es capitativa por persona. Nuestra comunidad autónoma es la que más kilómetros de autovía posee por mil habitantes, la que tiene un mayor número de teléfonos móviles y la que, después de las Islas Baleares y Canarias, más coches posee. Situada en el arco mediterráneo es una Región con muchas posibilidades. Sanitariamente, hoy en día es una de las que soporta un mayor número pesado de GRDs y pocos ciudadanos son los que por necesidad tienen que salir fuera de la Región. Obviamente hay deficiencias estructurales que hay que conseguir suprimir, pero pienso que en el plazo de dos o tres años nos vamos a poner a la cabeza de todas las demás.

¿Qué ilusión tiene puesta la Consejería de Sanidad de cara al nuevo Hospital o qué innovaciones tecnológicas, de servicios o de personal tiene previstas?

El nuevo Hospital General lo hemos acometido con mucha ilusión, aunque al principio encontramos resistencias por parte de algunos sectores, que a raíz de la caída del Hospital de Valdecillas, se le dio la razón al gobierno. Hoy vemos que se van cumpliendo los plazos y que se va apuntando lo que va a ser un gran Hospital. Aparte de diseñar los servicios generales y espacios más amplios con mayor comodidad y toda la tecnología más puntera en cuanto a información se refiere, hay que empezar a dimensionar a primeros de año las necesidades reales de la población para que este Hospital tenga la totalidad de las prestaciones que requiere ésta en su cartera de servicios. En estos dos años, las cuestiones sanitarias van a estar en continua innovación y tenemos que estar preparados y contar con los equipos de planificación.

Se le conoce políticamente como una persona de talante democrático y emprendedor, trabajador infatigable, inasequible al desaliento..., vamos, que cuesta seguirle el ritmo. ¿Cómo es su jornada diaria de trabajo?

Madrugo, me levanto a las seis de la mañana y me voy a andar, que es mi deporte favorito. Luego vengo a mi despacho y salgo, en ocasiones, alrededor de las doce de la noche. Lo que no hago nunca es llevarme trabajo a casa.

Hemos oído que tiene unas preferencias musicales muy modernas...

La música me gusta toda, aunque no soy un experto. Me gusta el bacalao; sin embargo, tengo una hija adolescente a la que le gusta la música clásica.

¿Cuál es el último título literario que ha leído?

Disfruto con la lectura; el último libro ha sido una biografía de Hernán Cortés, de Miralles.

¿Echa de menos su tierra?

Soy vallisoletano, y mi mujer aragonesa, pero mi tierra es España. Las pocas cosas que tengo las tengo aquí en Murcia y mis hijos son murcianos. Uno no es de donde nace, sino de donde muere, y yo me moriré en Murcia... aunque espero que sea muy tarde.

¿Cómo van a ser sus Navidades?

Este año, llenas de trabajo, porque hay que ajustar los flujos de manera que el 1 de enero se pueda funcionar con normalidad.

Por último, nos gustaría un deseo para el próximo año.

Que las cosas sigan como están. Que todos tengamos salud, que nos preocupemos de nuestra familia, de nuestros amigos, etc., porque en el momento que nos preocupen estas cosas será señal de que los servicios generales, y en particular los sanitarios, funcionan un poco mejor y, sin grandes pretensiones, vamos a ver si procuramos cumplir nuestra obligación entre todos.

Valladolid

Casado, tres hijos

Doctor en Veterinaria. Zaragoza

Especialista en Producción Animal

Especialista en Higiene de los Alimentos

Especialista en Industrias Cárnicas. Escuela Técnica

Superior de Ingenieros Agrónomos. Valencia

Funcionario oposición Ministerio de Sanidad y Consumo

Funcionario oposición Ministerio de Agricultura

Funcionario Cuerpo Superior Facultativo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Diversos cargos en la empresa privada

Consejero de Sanidad y Política Social 1995-1999

Consejero de Sanidad y Consumo desde el año 1999



¿Cuesta mucho ser feliz?



Pilar Belda Plans

Se aproximan unas fechas en las que todos nos planteamos el sentido de nuestra vida, si somos o no felices o si nos encontramos frustrados por los acontecimientos: guerras, enfermedad, dolor, in-comunicación, fracasos....

Me gusta mirar por la calle a la gente que pasa y me rodea. Y recuerdo la frase de Albert Camus: "Sólo sé una cosa: que los hombres mueren y no son felices". Y no dejo de preguntarme: ¿Por qué? ¿Tan-to cuesta ser feliz? ¿Acaso es una utopía que no alcanzaremos nunca los humanos?

No lo sé, pero pienso que quizá no lo tenemos claro, que lo buscamos por otros derroteros que no son los adecuados y que vamos perdidos en el bosque o en la gran ciudad.

Quizás nos falta contemplar más la

realidad que nos rodea: saber que cada día que transcurre es un regalo, un tesoro que hemos de invertir para que nuestros ins-tantes se llenen de sentido. O a lo mejor tenemos que mirarnos más en nuestro espejo interior y tratar de conocernos más a fondo y valorarnos con toda nuestra carga positiva y mejorable (no negativa), y ver los acontecimientos de nuestra vida con una mirada amplia, que va más allá, y dar-nos cuenta que todo es remediable si adoptamos una actitud positiva y luchado-ra ante lo que no va bien.

Nuestros ojos y nuestro corazón deben estar abiertos a la esperanza, virtud del cam-inante, que espera alcanzar una meta. Y eso somos todos: gente que camina y que a veces se cansa y "tira la toalla". La gen-te corre mucho, va, a mi parecer, dema-

siado deprisa. "¿Dónde vas?", pregunto muchas veces. Pero no se fijan en mí, sólo corren, corren, corren. No hablan. Lue-go a muchos los veo destrozados en la cuneta.

Para tener esperanza necesitamos po-nernos unas metas que no nos dejen tira-dos, que no nos lesionen: déjame que oferte algunas: la alegría en lo pequeño de cada día; una sonrisa, una palabra amable, un trato cariñoso...

Pienso sinceramente que hemos de abandonar nuestro "refugio antiaéreo" y salir a la calle a ver a la gente y a relacio-narnos con ella. Nos encontraremos con muchas sorpresas. Quizás la primera sea que nos esperan, que nos necesitan y que nuestra vida es útil para muchos. Pero eso será si nosotros queremos orientarla así.

Sé que lo que digo puede resultar utó-pico, pero merece la pena que lo intentemos poner en práctica. Todos necesitamos aportar y que nos aporten una actitud asertiva: de amabilidad, de personalidad, de enriquecimiento propio y de los demás. Nos hace falta ejercitar la comunicación con los demás. Conocer y confiar. Que los problemas de los demás los incorporemos a nuestra propia existencia y ayudemos a que la carga sea menor. No nos quedemos sol@s pensando que lo nuestro siempre es lo peor. Hay gente que sufre mucho más y que le encuentra un sentido a esto. ¿Ma-socas? Quizá no: puede que hayan descu-bierto la clave interpretativa del universo: la aceptación de uno mismo y sus cir-cunstancias y la apertura hacia el otro.

La felicidad implica compromiso, apostar fuerte por la vida, lanzarnos: "**Lo que hace falta para ser feliz no es una vi-da cómoda, sino un corazón enamorado**".



en marcha

Situación actual y ritmo de las obras del NHGU

Una vez ejecutada la cimentación, la obra del NHGU ha visto acelerado su ritmo de forma importante. A efectos organizativos, la obra se ha subdividido en 4, una por cada edificio: a) Hospitalización, b) Consultas Externas, c) Urgencias, Quirófanos y Laboratorios y d) Instalaciones. Salvo en el caso del edificio de instalaciones, se han alcanzado en todos ellos la cota cero (nivel de calle), y en el caso del edificio de Consultas Externas, se ha llegado hasta la

primera planta. No obstante, como se observa en las fotos adjuntas, coexisten diversos niveles de ejecución de obra desde el sótano -3 hasta la planta primera, que siguen dificultando los trabajos, por lo que en el momento en que todos los edificios alcancen el nivel de la calle, la obra sufrirá un nuevo impulso.

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



Perspectiva desde la C/ Ronda de Garay a la altura del Centro de Hemodonación. Se observa la estructura hasta la planta primera del edificio de Consultas. El hueco junto a Hemodonación es el lugar previsto para rampa de acceso a suministros y a parking de personal. En primer término, tras la grúa, aparece el vaso de la piscina de Rehabilitación.



Perspectiva general desde la esquina de Ronda de Garay con Teniente Flomesta. La parte más alta corresponde al edificio B (Consultas Externas principalmente). Las dos grúas están situadas en una de las rampas de acceso al parking que separan el edificio A (Hospitalización) del edificio B.



Con la perspectiva desde General Yagüe esquina se pueden observar todas las fases de la obra. En primer plano, los tres sótanos del edificio C (Urgencias, Quirófanos y Laboratorios), parte de la cual se está ejecutando el sótano -1 y parte aún está pendiente de todos los sótanos. A la izquierda, el edificio B también en diferentes fases desde sótano -3 a planta 1.



Una vista general del sótano -2.

Unidad de Desintoxicación Hospitalaria:



Dr. D. José María García Basterrechea.
Jefe de Sección de Drogodependencias HGM

Una salida a la soledad

El aumento de la incidencia de las drogodependencias, en particular de la adicción a la heroína, fue la causa de que en 1985 se crearan, entre otros dispositivos asistenciales, las Unidades de Desintoxicación Hospitalarias (UDH). Ese mismo año, en la Región de Murcia, se habilitaron 2 camas, en la planta de Psiquiatría, como UDH de referencia regional. Consiguiéndose a finales de 1997 la creación de una nueva UDH autónoma, con personal propio, con 6 camas y con capacidad docente e investigadora. En 1998, el primero y casi único año de su existencia, *por el derribo del Hospital General Universitario*, se desintoxicaron 183 pacientes, realizándose además, entre otras actividades, prácticas clínicas y clases para alumnos de Medicina, Psicología, Odontología y Enfermería, así como formación para Residentes de Medicina Interna, Psiquiatría y Psicología.

Las UDH están concebidas para el tratamiento de aquellos pacientes drogodependientes que, por múltiples razones, precisan una asistencia que no se puede realizar ambulatoriamente. Contribuyendo, por otra parte, a la normalización de la atención sanitaria a unos enfermos acostumbrados al desengaño y al escep-

ticismo, y que presentan una elevada dificultad de "manejo", tanto por su propia personalidad y frecuente actitud manipuladora, como por el rechazo de bastantes profesionales sanitarios y también por la necesaria especialización asistencial que este tipo de pacientes precisan, dada la complejidad de esta patología.

En cualquier caso, no hay que olvidar que la desintoxicación sólo es un primer paso para el abandono de la conducta adictiva, y considerar que desintoxicar es equivalente a curación, además de erróneo, conduce a frustraciones y al desencanto tanto de los propios pacientes como de sus familiares, sanitarios y de la sociedad en general, dificultando así la conceptualización de los drogodependientes como enfermos. Por ello es conveniente recordar que la dependencia a drogas es una enfermedad crónica, con la misma categoría de otros procesos que, como la hipertensión arterial, la diabetes o el asma, tienen en su etiopatogenia una confluencia similar de factores genéticos, biológicos, conductuales y ambientales (entre otros) y que requieren tratamiento a largo plazo o durante toda la vida.

En la situación de transición actual, se utilizan 2 camas de Medicina Interna, que

permiten garantizar unos mínimos asistenciales y mantener la oferta de un dispositivo imprescindible en el desarrollo del Plan Regional de Drogas. La nueva UDH, en el futuro Hospital General, generará grandes ilusiones y expectativas en estos enfermos y permitirá recuperar en nuestra Región el nivel asistencial, docente e investigador en drogodependencias.

Las UDH están concebidas para el tratamiento de aquellos pacientes drogodependientes que, por múltiples razones, precisan una asistencia que no se puede realizar ambulatoriamente. Contribuyendo, por otra parte, a la normalización de la atención sanitaria a unos enfermos acostumbrados al desengaño y al escepticismo, y que presentan una elevada dificultad de "manejo".



Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño:

Despertando hacia la calidad de vida

El SAOS constituye un auténtico problema de salud pública, sobre todo por dos razones: su elevada frecuencia y las repercusiones clínicas que presenta.

El citado síndrome consiste en interrupciones, a veces muy prolongadas, de la respiración durante el sueño, debido al cierre de la vía aérea superior, lo que da lugar a una serie de trastornos muy importantes.

Es una entidad muy frecuente, con una prevalencia en los adultos del 5% en los hombres y del 2% en las mujeres.

Los síntomas más significativos que produce el colapso de la vía aérea superior (paredes faríngeas) son: ronquidos, a veces muy estruendosos; despertares bruscos con sensación de asfixia, sueño muy inquieto y pausas de falta de respiración, que son continuas durante la noche. Todo ello lleva al paciente a una fragmentación del sueño y falta de descanso, lo que provoca una serie de alteraciones muy llamativas, entre las que destacan una tendencia al sueño (hipersomnolencia) durante el día, haciendo que el paciente se quede dormido en diversas circunstancias y actividades, por ejemplo, leyendo, viendo la televisión y, lo que es más grave, conduciendo. De tal forma, **que está demostrado que de cada tres accidentes de tráfico por fallo humano, uno es debido a esta enfermedad; con frecuencia leemos en la prensa noticias de conductores que se quedaron dormidos al volante.**

Los pacientes de SAOS presentan además otra serie de complicaciones, algunas ciertamente severas, como son: hipertensión arterial, cefaleas, poliglobulia secundaria, hipertensión pulmonar, cardiopatía isquémica, arritmias cardíacas e incluso



alguno de ellos fallece por muerte súbita.

Son también notorios otros síntomas relacionados con alteraciones del carácter, pérdida de memoria y en otras ocasiones tienen problemas de impotencia sexual.

Por todo lo referido, **resulta incuestionable lo decisivo de establecer un correcto diagnóstico y tratamiento adecuado, que permita recuperar al enfermo mediante un sueño reparador y el manejo de las complicaciones.**

Para estos objetivos contamos en el Hospital General de Murcia con la UTRS (Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño). Esta Unidad comenzó su andadura en 1997, hasta el cierre del Hospital, y la ha reiniciado durante el presente año 2001. Tanto los médicos como la "Técnico del Sueño" se han formado en los ser-

vicios de Neumología más prestigiosos del país.

En el momento actual son ya 500 los pacientes que han sido tratados por padecer SAOS. La actividad de la Unidad consiste en tres estudios a la semana, una Consulta Externa a pleno rendimiento y desde el punto de vista de la investigación se están elaborando varias tesis doctorales.

La UTRS del Hospital General de Murcia se halla en un proceso de mejora, que, sustentado en una excelente relación Medicina de Atención Primaria-Medicina Especializada, podrá ir consiguiendo los objetivos de diagnosticar y tratar un cuadro clínico tan preocupante como es el SAOS, mejorando así la calidad de vida de un gran número de pacientes respiratorios de nuestra Región.

Acto de presentación del

“Manual de Procedimientos de Enfermería”

En el Salón de Actos de la Consejería de Sanidad y Consumo, con una gran asistencia de invitados, fue presentado el pasado día 13 de septiembre el “Manual de Procedimientos de Enfermería” de nuestro Hospital. El acto estuvo presidido por el Consejero de Sanidad y Consumo, D. Francisco Marqués, y el Rector Magnífico de la Universidad de Murcia, D. José Ballesta. Tras las palabras de bienvenida intervino doña M^a del Mar Hernández Ruipérez, como representante del grupo coordinador, que expuso cómo se ha llevado a buen puerto un trabajo tan importante para la organización, contando con la colaboración de ciento diecinueve profesionales enfermeros y auxiliares, que han participado de manera directa, y el resto de compañeros que han asumido el esfuerzo y que, siguiendo una metodología de trabajo recomendada por el grupo EMCA, han elaborado este Manual sobre 160 procedimientos de Enfermería.

Destacó lo ingente de la obra por el número de procedimientos, por el de autores, por el trabajo que ha supuesto y por el momento en el que se ha llevado adelante con el cierre, traslado y derribo del edificio del Hospital y que representa un pri-

mer eslabón de un proceso que esperamos ver culminado con la apertura del nuevo.

A continuación intervino doña M^a José López Montesinos, profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Murcia, enfermera muy ligada a nuestro Hospital, donde trabajó durante años y que ha prestado su inestimable colaboración y asesoramiento para guiar en los aspectos teóricos y metodológicos, realizando una exposición de los objetivos, tanto de los dirigidos al cliente como de los dirigidos a los profesionales, así como del formato y del modelo para la elaboración de los protocolos.

El Rector Magnífico de la Universidad, D. José Ballesta, hizo uso de la palabra para felicitar a los autores por el esfuerzo que han realizado y por ese primer fruto que es esta publicación, que tan buena acogida ha tenido por parte del Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.

Clausuró el acto el Consejero de Sanidad, que expuso la sintonía existente con la Universidad de Murcia y la Consejería de Sanidad, y tuvo unas palabras de felicitación para el Director de Enfermería como impulsor del proyecto, para los coordinadores del trabajo, para los autores y para todo el personal de enfermería.



Premiados en el XXXIV Congreso Nacional SEPAR

El trabajo presentado por Carmen Arellano Morata, enfermera de nuestro Hospital, al XXXIV Congreso Nacional de la SEPAR, ha sido distinguido con el premio a la mejor comunicación. El estudio, que lleva por título “Valoración de la Necesidad de la Medición del Flujo Inspiratorio en una Consulta de Neumología” y que además de Carmen Arellano firman C. Abellán Martínez, P. Méndez Martínez, R. Bernabeu Mora, D. Malia Alvarado, T. Silvente Zamora y F. Sánchez Gascón, tiene como objetivo el valorar la necesidad de determinar de forma ordinaria el FI en una consulta de Neumología, teniendo en cuenta que uno de los factores de la efectividad del

tratamiento con fármacos con vía inhalatoria es el flujo inspiratorio.

En el estudio se incluyen 56 pacientes consecutivos que acudieron a la consulta de Neumología entre junio y septiembre del año 2000, a los que se les había prescrito terapia por vía inhalatoria. Las conclusiones ponen de manifiesto que es adecuado la medición del FI en pacientes previo a la prescripción de terapia por vía inhalada, al poder ayudar a decidir el sistema inhalador más adecuado, pudiendo realizarse la determinación por la enfermera a la vez que se explica el manejo del inhalador, aumentando así la eficacia del tratamiento.

Continúan los trabajos del proyecto **N.I.P.E.**

El equipo murciano del proyecto NIPE (Normalización de las Intervenciones de la Práctica Enfermera) que coordina Carmen Arellano Morata continúa con el desarrollo de su trabajo de cara a establecer un lenguaje y una metodología común de la práctica enfermera.

El grupo murciano, compuesto, además de Carmen como coordinadora, por M^a José López, Aurora Sánchez, Maravillas Giménez, Concha Fernández, M^a del Mar Hernández y Pilar Mena, ha realizado el desarrollo de las intervenciones enfermeras en cinco GRD (Grupos de Diagnóstico Relacionados):

GRD 121 Trast. Con IAM y compl. Cardiovasc. Alta con vida.

GRD 122 Trast. Con IAM sin compl. Cardiovasc. Alta con vida.

GRD 138 Arritmias cardíacas y trast. De conducción con complicaciones.

GRD 181 Obstrucción intestinal.

GRD 629 Neonato, peso al nacer > 2500 gr. Sin procedimiento quirúrgico. Diagnóstico neonato sano.

La metodología empleada consiste en:

Definir la situación clínica, apoyado en la definición del GRD concreto.

Realizar valoración de Enfermería según los Patrones Funcionales de Gordon

Identificar los diagnósticos de Enfermería según taxonomía NANDA.

Seleccionar las intervenciones de Enfermería, según la clasificación CIE, indicadas para los diagnósticos de Enfermería, la realización de técnicas, los tratamientos médicos y las derivadas de las pruebas diagnósticas.

En estos momentos se continúa trabajando en nuevos GRDs, pero se va a comenzar con una nueva fase del proyecto que consiste en la revisión de los GRDs ya comparados y evaluados por el Comité de Expertos para conseguir el consenso de todos los grupos. Pero aun así, los GRDs no se darán por definitivos hasta que se consiga la evaluación de todos los profesionales a través de la web.



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



El secreto médico: Compromiso antiguo en plena vigencia

Estamos ante un concepto contemplado ya en el Código de Hammurabi (2.500 aC) y que se establece con claridad en el Juramento Hipocrático (400 aC): “Guardaré silencio sobre todo lo que en mi profesión o fuera de ella oiga o vea en la vida de los hombres, que no deba ser público, manteniendo estas cosas de forma que no pueda hablarse de ellas”.

Merece la pena reflexionar sobre el hecho de que *hablamos de un precepto más antiguo que el Derecho Romano y que el propio Cristianismo*.

El médico ha sido siempre un “confidente necesario” del paciente. Por su naturaleza, el acto médico ha de desarrollarse en la esfera de la confianza y con la garantía de la confidencialidad. Sin ellas, no surgirá la necesaria complicidad en la búsqueda de la curación.

Es preciso establecer cuanto antes que el valor que analizamos se refiere al secreto de la Medicina y no exclusivamente al secreto de los médicos. *Es un deber ético, deontológico y legal de todos los que intervenimos de una forma directa o indirecta en la asistencia sanitaria*.

Por ello, la existencia del llamado secreto médico compartido, que afecta a los sanitarios sin excepción, y del secreto médico derivado, que obliga a cualquiera que, aun no siendo profesional de la salud en sentido estricto, participe o intervenga de cualquier modo en la prestación del servicio y, por tanto, pueda conocer los datos clínicos o cualquier otra circunstancia de los enfermos (personal de Administración, Informática, Mantenimiento, etc.).

La Constitución Española establece el Derecho a la Intimidad como uno de los derechos fundamentales, la Ley General de Sanidad contempla la confidencialidad como un derecho específico de los pacientes y el Código Penal castiga la revelación del secreto profesional, tipificándola como un delito. Asimismo, se establece en la totalidad de los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias.

A pesar del tremendo arraigo que tiene en nuestra cultura, el secreto médico no está exento de amenazas. Sólo hay que pensar en el desarrollo de la biotecnología, que está permitiendo entrar en la intimidad de los códigos genéticos, con el riesgo evidente de una utilización no escrupulosa de ese conocimiento; de otro lado, la telemedicina plantea un horizonte complicado para el tratamiento confidencial de los millones de datos que

pueden circular por las redes informáticas. Quienes se dedican a la Infoética están elaborando códigos éticos específicos para los webs sanitarios.

Contamos además con leyes que pretenden garantizar el correcto uso de la información sensible, entre ellas la Ley Orgánica de Regulación del Tratamiento Automatizado de Datos Personales (LORTAD) y la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (LOPD). También se ocupan de este tema varias directivas del Consejo y el Parlamento europeos. Sin olvidar la vigencia del Convenio de Oviedo, relativo a los Derechos Humanos y la Bioética, que le dedica un capítulo.

Asumido todo lo anterior es preciso aclarar que no existen derechos absolutos en las sociedades democráticas y en consecuencia, cuando surge un conflicto entre el interés individual y el general, debe prevalecer este último. En esos casos muy concretos decae la obligación del secreto a ultranza, pudiendo ser revelado por imperativo legal: Enfermedades de Declaración Obligatoria (Infecto-contagiosas); lesiones de probable origen criminal; estado de necesidad, para evitar un mal mayor; certificación de nacimientos y defunciones; actuación como testigo-perito ante los Tribunales de Justicia.

Únicamente el paciente tiene derecho a conocer su historial clínico y es él el receptor de la información sobre su situación; el resto de familiares y cercanos podrán saber sólo si cuentan con la autorización del enfermo, siempre que sea mayor de edad y esté en situación normal de conciencia.

Como es lógico, la Ley permite el acceso a la Historia Clínica a los facultativos implicados en su asistencia y a los efectos estadísticos, de inspección sanitaria y de investigación, pero en este último supuesto será necesario el consentimiento del interesado.

Como norma general, se deben preservar al máximo los datos de filiación y otros que pudieran identificarle fácilmente ante terceros.

En definitiva, *sólo el propio enfermo es el depositario de sus derechos, los profesionales accedemos a su intimidad, persiguiendo su beneficio y bajo el estricto compromiso de la confidencialidad*.

La garantía del silencio siempre existió y así debe seguir ocurriendo, a pesar de la medicina colectiva y del desarrollo científico y tecnológico.

Hipertensión arterial: Un "asesino" silencioso



Dr. D. Jacinto Fernández Pardo
Servicio de Medicina Interna
Unidad de Hipertensión y Lípidos

¿Qué es la tensión arterial?

La tensión arterial, o presión arterial, como preferimos llamarla, es la fuerza que la sangre ejerce sobre las paredes de nuestras arterias y con la que circula por el interior de nuestro cuerpo. Cuando el corazón se contrae (sístole), la sangre es impulsada al árbol arterial y en este momento la tensión es máxima, y cuando se relaja (diástole), la presión es mínima. Por eso, la presión arterial se expresa normalmente con dos valores.

¿Qué es la hipertensión arterial?

La presión arterial no es siempre la misma. A lo largo del día se van produciendo aumentos y descensos normales, dependiendo de la actividad que se realice o del estado afectivo en que nos encontremos. En algunas personas esa presión arterial se encuentra aumentada de forma crónica y decimos entonces que hay hipertensión arterial. En términos generales, los valores límites hoy aceptados como normales son 140 mmHg (milímetros de mercurio) para la presión arterial sistólica y 90 mmHg para la diastólica (popularmente 14 y 9).

¿Cuáles son sus causas?

La hipertensión arterial es muy frecuente, afecta a 1 de cada 4 personas adultas en nuestra población. Se desconoce el mecanismo de la hipertensión arterial más frecuente (95% de todos los casos), denominada "hipertensión esencial" o "primaria", aunque se ha relacionado con una serie de factores: herencia, sexo, edad, obesidad, sedentarismo, ingesta elevada de sal, consumo excesivo de alcohol, etc.

Existen otros tipos de hipertensión más

raros, en los que se puede identificar claramente su causa desencadenante y reciben el nombre de hipertensiones secundarias. Por ejemplo, algunas enfermedades renales, el exceso de función de algunas glándulas endocrinas, el consumo de determinadas sustancias o medicamentos y muchas otras causas aún más raras pueden originar elevación de la tensión arterial.

¿Por qué es peligrosa la hipertensión?

Cuando la presión arterial se mantiene alta, el corazón tiene que trabajar más fuerte de lo necesario, aumenta de tamaño y puede llegar a entrar en insuficiencia cardíaca. En las arterias del cerebro se pueden producir trombos o rupturas arteriales, dando lugar a hemorragias, parálisis, etc. El riñón también sufre las consecuencias de la hipertensión arterial, conduciendo a una insuficiencia renal. Los pequeños vasos de la retina también se ven amenazados por la hipertensión, que puede ser causa de pérdida de la visión. Otro riesgo importante es el de infarto de miocardio. Un hipertenso no tratado tiene, como media, 10 veces más riesgo de morir de infarto que un individuo con tensión normal. En resumen, la hipertensión constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de la arteriosclerosis y para muchas enfermedades cardiovasculares.

¿Qué se puede hacer ante la hipertensión?

La hipertensión no puede curarse en la mayoría de los casos, pero puede controlarse, y las pastillas son sólo parte del tratamiento. Hay un conjunto de medidas no farmacológicas que pueden ayudar a disminuir la presión arterial: mantener un peso normal, realizar una adecuada actividad física, reducir el consumo de sal y de alcohol,

pueden contribuir a controlar la hipertensión en muchas personas. Si esto no es suficiente, existe un gran arsenal de medicamentos para suplementar estas medidas.

¿Cómo se trata la hipertensión?

El médico le prescribirá generalmente el único medicamento para comenzar. Si, al cabo de algunas semanas, su tensión arterial no ha descendido bastante, su médico le propondrá sin duda aumentar la dosis del medicamento elegido o cambiar el tipo de medicamento. Si la tensión no mejora, otro u otros medicamentos vendrán a completar el efecto del primero. No obstante, no debe olvidar que el hecho de tomar "pastillas" para su hipertensión no implica que usted pueda dejar de hacer la dieta y el ejercicio que le han recomendado. Si su presión arterial no se controla con tres o más medicamentos, seguramente su médico solicitará exámenes más profundos o consultará a un especialista.

¿Y si no me cuido la hipertensión?

Generalmente, el tratamiento debe hacerse de por vida y la medicación no debe abandonarse cuando se haya conseguido normalizar la presión arterial, pues de lo contrario ésta volverá a elevarse de manera insidiosa y la hipertensión seguirá entonces su evolución inexorablemente. Esto sucederá sin síntomas, sin que usted lo perciba. Será años después cuando aparecerán las consecuencias de la enfermedad y se afectarán los riñones, el corazón, los ojos, el cerebro y todo el árbol arterial. A la hipertensión se la conoce como el "asesino silencioso".

Más información en
<http://www.seh-lelha.org/informpa.htm>

Musicoterapia:

“Un medicamento no químico”

Con frecuencia mayor de lo deseable ocurre que nos confundimos en la identificación de los sentimientos y creemos que seriedad es tristeza, y convertimos a nuestros hospitales en lugares tristes en los que en cambio no se respeta la tranquilidad y el confort de los enfermos. En ese “maremagnun” identificamos la ausencia de música con un mayor respeto hacia las personas allí ingresadas, aunque luego hablemos en tono a veces excesivamente alto o el volumen de la televisión moleste al enfermo del otro lado del pasillo.

El neurólogo Oliver Sacks afirma que: “La música es el medicamento no químico más profundo y poderoso”. La música es portadora de unos valores que la definen: ritmo, armonía, melodía, tono, que afectan a todo el medio en el que se produce. Un tono agudo provoca tensión, una armonía menor lleva a la tristeza, un ritmo lento ralentiza la actividad fisiológica.

La psicología clásica utiliza la palabra como herramienta para ayudar a la persona, la música entra por todos los poros y por ello tiene un gran poder. **Escuchar, bailar, crear melodías, ritmos producen múltiples respuestas físicas y mentales (conscientes e inconscientes), que podemos utilizar con fines terapéuticos y educativos.**

La musicoterapia produce efectos sobre la comunicación, facilitando la verbalización de problemas e inquietudes; sobre la afectividad, propiciando el desarrollo emocional y afectivo; sobre la sensibilidad, agudizando la percepción auditiva, táctil y propioceptiva; sobre el movimiento, mejorando la coordinación motriz y predisponiendo para la actividad; sobre la sociabilidad, favoreciendo las relaciones humanas mejorando la confortabilidad en las habitaciones, pasillos, salas de espera, y sobre la fisiología, produciendo cambios en el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la tensión muscular y el tamaño de la pupila.



Por lo tanto, la terapia musical puede ser aplicada en la educación en la que favorece el desarrollo personal, facilita el aprendizaje, especialmente en las situaciones de discapacidad. Propicia la autoexpresión, hace posible elevar la autoestima, sentirse necesario para los otros y elevar la estima de los demás.

También tiene aplicaciones en psicoterapia al ayudar a resolver problemas psicológicos y favorecer el cambio de conductas.

Las aplicaciones médicas pueden ser: transmisión de sensaciones a enfermos en coma, apoyo psicológico a enfermos que se enfrentan a situaciones difíciles: cirugía, enfermos en procesos de muerte, cuidados intensivos, accidentes cerebrovasculares, psiquiátricos..., y mejorar el estado emocional y físico al reducir el dolor.

En geriatría puede promover la sociabilidad, el mantenimiento de la memoria, la actividad física y la orientación en la realidad de las personas mayores.

La rehabilitación social puede verse favorecida en los procesos de desintoxicación de drogodependencias.

“El niño, lentamente, pero en forma bastante visible, aprende el ritmo de vida. Con cada amanecer y puesta de sol se adapta más íntimamente a los duros y cambiantes aspectos de su medio. Mientras las estaciones se suceden, él comienza la búsqueda perpetua de su identidad...” (De la introducción de *Voices in Time* de J.T. Frazer). **Las palabras en esta comprensiva afirmación son “aprender y adaptarse”. Estas son palabras claves en la mayoría de los problemas clínicos.**

Pero hay que advertir que no existe una farmacia musical, sino que el musicoterapeuta combina múltiples factores para diseñar la sesión de musicoterapia adecuada; que no se trata de oír música sin más por el hecho de que me guste una música determinada. No es lo mismo tratar con niños que con personas mayores, con adultos que buscan relajarse que con enfermos mentales o pacientes con dolor crónico. Cada persona es un mundo, al igual que cada sesión, incluso con la misma persona, eligiendo las melodías, actividades y tratamiento según el caso y el momento. No se puede prescribir un tipo de música para un padecimiento determinado.

Dr. D. Andrés Sempere Gutiérrez
Servicio de Urología HGM
Delegado en Murcia de la ONG
Consejo Interhospitalario de Cooperación

Mozambique, una experiencia personal en cooperación

A petición del Consejo Interhospitalario de Cooperación (CIC), ONG española que trabaja en diversos proyectos en Mozambique desde hace ya 12 años y a la que me une una gran amistad con sus miembros, me desplazé a Maputo con la idea de formar en cistoscopia y en técnicas urológicas básicas a todos los cirujanos generales existentes en el país. Esta iniciativa estaba enmarcada dentro del proyecto "Mejora de la calidad en la asistencia quirúrgica en los hospitales provinciales de Mozambique" cuya financiación fue realizada por la Agencia Española de Cooperación Internacional. Los cursos se desarrollaron en los tres hospitales centrales con una duración de dos semanas por curso. A estos hospitales se desplazaron los cirujanos generales de las distintas provincias y a cada uno, además de impartirles el curso, se les hizo entrega en mano de un equipo completo de cistoscopia acompañado de pinzas de biopsia y varios electrodos para realizar pequeña cirugía endovesical, así como un juego de

dilatadores para estenosis de uretra. En este presente curso he ido de nuevo a realizar una auditoría a nivel local de lo que se hizo el año anterior, así como una nueva formación en Urología.

Para que os hagáis una idea os daré unas pinceladas de esta zona de África. Mozambique es una república presidencial con un gobierno salido de las urnas el mes de diciembre de 1999. Tiene una población de 18 millones de habitantes distribuidos en 10 provincias con una extensión de 750.000 kilómetros cuadrados (vez y media España). El 30% de la población vive en edificios como los que estamos acostumbrados a ver en España (más o menos cuidados) y el resto vive en chabolas de barro y caña o de hojalata. Aun dentro de las ciudades, no todo el mundo tiene agua corriente en las casas y la luz eléctrica va y viene con bastante frecuencia. La población rural, que vive en chabolas, no tiene agua corriente ni luz ni desagües. El analfabetismo es altísimo, así como la mortalidad de la población,

tanto adulta como infantil. Todavía mucha gente se MUERE DE HAMBRE. Está considerado como un país políticamente estable, desde el final de la guerra civil en 1992. Como consecuencia de esta estabilidad fue el país con el crecimiento mayor de todo el mundo en el año 1999. El sistema sanitario está estructurado de la siguiente forma:

- **Hospitales centrales:** existen tres en el país situados uno en el Sur (Maputo) con 1.500 camas, centro (Beira) con 800 camas y norte (Nampula) con 600 camas. Son el último peldaño en la escala sanitaria. Lo que no se puede resolver en los hospitales centrales del norte y centro se deriva al hospital central de Maputo.
- **Hospitales provinciales:** existe uno por cada provincia, excepto en aquellas que tienen hospital central. Cuentan como mínimo con un traumatólogo, un ginecólogo, un cirujano general, un pediatra, un internista y un anestesiista. Además cuentan, para la asistencia médica, con técnicos en medicina, en anestesia y en cirugía general. La figura del técnico se encuadra entre el médico y el diplomado en Enfermería.
- **Hospital rural:** distribuidos en algunas provincias en número de 1 a 2 por provincia. No cuenta con especialistas. Suelen tener entre 100-150 camas.
- **Centro de salud:** de distinta categoría según tengan o no maternidad.
- **Puesto de salud:** donde se encuentra un auxiliar que trata fundamentalmente diarreas y malaria.

El país dispone de un total de 700 médicos (médicos generales y especialistas). En cuanto a la Urología existe un solo servicio en el hospital central de Maputo formado por un urólogo cubano y dos cirujanos mozambiqueños que se están especializando en Urología. La patología urológica más frecuente son las fístulas vesico-vaginales o vagino-recta-



les como consecuencia de partos prolongados (yo he visto auténticas cloacas en las que ha desaparecido la vagina, cara posterior de vejiga y anterior de recto); carcinoma vesical de estirpe escamosa en un 95% como consecuencia de la esquistosomiasis; las alteraciones a nivel genitourinario de la tuberculosis y la esquistosomiasis; estenosis de uretra; patología prostática (aunque sea difícil de creer, también hay ancianos); patología inguino-escrotal.

Unos días previos a mi primera llegada, que fue el 12 de febrero de 2000, había comenzado una catástrofe natural en la zona centro y sur del país de dimensiones impensables en sus comienzos. Mozambique estaba sufriendo las lluvias más intensas de los últimos 35 años. Maputo, la capital, se encontraba aislada por vía terrestre del resto del país y las comunicaciones con Sudáfrica y Suazilandia, sus fronteras más próximas, estaban también cortadas. A esto se añadió el ciclón *Eline*, que afectó a la zona centro provocando también inundaciones en esta región. Las lluvias habían terminado, pero curiosamente el cauce de los ríos continuaba aumentando. La gran catástrofe estaba por llegar.

A la vez que llovía en Mozambique lo hacía en Sudáfrica, país vecino y rico con buenas infraestructuras. La mayor parte de los productos consumidos en Mozambique provienen de Sudáfrica. En sus embalses el agua estaba a punto de desbordarse. Durante la noche del sábado 26 de febrero se consumió la destrucción. El gobierno de Sudáfrica decidió abrir las compuertas de las presas del río Limpopo, cuyas aguas corren por Mozambique para desembocar en el Océano Índico. ***Una gran ola de agua se precipitó en el valle del Limpopo anegando por completo tres ciudades hasta su práctica desaparición.*** La población se desplazaba hacia los barrios altos para dormir en la calle y comer lo proveniente de la ayuda internacional. Los muertos y desaparecidos se contaban por millares. No había luz eléctrica ni agua y la comida era escasa. Comenzó el pillaje y la policía no tenía capacidad ninguna para controlar la situación. ***La ayuda internacional había llegado tarde, cuando ya políticamente era inhumano no tender la mano a esta pobre gente. Todo lo que se había progresado en varios años quedó destruido en pocos días.***



Cientos de kilómetros que carretera desaparecieron con el agua, así como cosechas, ganado y todas las pertenencias más básicas de la población. En la ayuda internacional se mandaban platos, sartenes, mantas, ropa, etc. Todo había desaparecido con las lluvias. Después hubo que hacer frente a las epidemias de malaria y diarrea (la gente bebía agua de los charcos). Mozambique volvió a estar en la primera página de los periódicos.

A pesar de esta catástrofe, los cursos se llevaron a cabo de forma satisfactoria, realizando todo lo programado. Algunos cirujanos se incorporaron uno o dos días tarde debido a que se tuvieron que desplazar en avioneta, ya que las carreteras estaban cortadas en su mayoría. El rendimiento fue bastante alto y el interés suscitado, muy bueno (donde hay tanta escasez cualquier granito de arena supone una montaña).

Cuando volví a España dejé un país sumido en la catástrofe con una población que estaba intentando volver a ponerse en marcha y recuperar lo poco que tenían. Un país con los ojos puestos en el cielo y en Sudáfrica, con la esperanza de que no se repitan las lluvias y asumiendo, como siempre, esta nueva desgracia con inmensas ganas de vivir.

Como la vida, a pesar de todo, continúa, en el desplazamiento realizado este año también hubo inundaciones. La población afectada fue en menor número porque la gente puso mayor atención a los

avisos hechos por el gobierno. También hubo muertos y la gente ya no cabía en los centros de acogida. Por las condiciones climatológicas y la situación de los caminos y carreteras existieron grandes dificultades para llevar utensilios básicos y alimentos a estos centros.

Visité zonas inundadas el año anterior y aún queda agua. Pero ***como si surgieran de la nada, nuevas ciudades habían aparecido en zonas más altas sustituyendo a las antiguas que se habían abandonado. Es increíble el poder de adaptación de estos pueblos.***

El trabajo de este año también se ha realizado en su integridad. En definitiva, el resultado global de esta cooperación, que sólo acaba de comenzar, es bastante satisfactorio. Ha sido posible llevar a una población desamparada unas pequeñas ayudas que siempre se pueden enriquecer con la participación de todos aquellos de vosotros que quisieran y pudieran participar. Queda tanto por hacer que cualquier ayuda es muy bien recibida.

Como consecuencia última de esta cooperación, el Consejo Interhospitalario de Cooperación tiene sede en Murcia y yo soy su delegado provincial. Para todos los que tengáis cualquier tipo de interés será muy satisfactorio que nos pongamos en contacto. Por último, quiero dar las gracias a todos los compañeros que han estado a mi lado en todo momento para que esta iniciativa, que tanto ha marcado mi vida, haya sido posible.

Bioterrorismo: La amenaza del siglo XXI

Tras los hechos acontecidos el pasado 11 de septiembre y los posteriores casos de ántrax aparecidos en Estados Unidos, la “amenaza bioterrorista”, por el uso de cualquier agente infeccioso o tóxico como arma, ha despertado el temor de las sociedades occidentales. Según la Centres for Disease Control and Preventio –CDC–, los posibles agentes infecciosos utilizados para el bioterrorismo son el ántrax, el botulismo, la peste, la viruela y la fiebre hemorrágica viral –ébola–. Si hasta el momento el único virus que se ha utilizado con estos fines ha sido el ántrax, parece que también la viruela y el botulismo tienen probabilidad de ser usados:

El ántrax, en el hombre se contagia por vía cutánea o aérea, aunque no de persona a persona. La forma pulmonar es la más peligrosa y sus síntomas son: fiebre, fatiga, tos y molestias en el tórax, seguidos de una grave dificultad respiratoria. Si se diagnostica precozmente puede tener buen pronóstico. Se trata con Ciprofloxacino o Doxiciclina, durante ocho semanas. En **el botulismo**, el mecanismo de transmisión puede ser por inhalación o por ingestión de alimentos contaminados y puede manifestarse hasta una semana después de la contaminación. No se contagia de persona a persona. Sus síntomas son: ausencia de fiebre, trastornos visuales, fatiga, debilidad muscular y dificultad respiratoria. Puede ser muy grave y el tratamiento consiste en soporte ventilatorio y antitoxina botulínica. Y en cuanto a **la viruela**, aunque oficialmente está erradicada, puede ser una eficaz arma bacteriológica y se contagia muy rápidamente. Se puede contagiar por inhalación y por contacto de secreciones de enfermos. Se caracteriza por fiebre alta, cansancio, dolores de cabeza y espalda. Comienza unos doce días después de la exposición y en dos, tres días aparece un salpullido, lesiones en la cara, brazos y piernas. No hay un tratamiento eficaz para la viruela, pero existe una vacuna para la prevención, aunque no da inmunidad de por vida. Está indicada en los tres primeros días post-exposición.

Ante hechos de esta envergadura, la Organización Mundial de la Salud recomienda a los gobiernos que desarrollen una infraestructura de sanidad pública capaz de atajar un ataque de estas características. Es claro que la vigilancia y una respuesta coordinada

son vitales para evitar que el uso de agentes como el ántrax o la viruela infecten a un gran número de personas, pues sólo la rapidez de reacción y la coordinación de instituciones sanitarias harán posible que no cunda el pánico y no se colapse el sistema sanitario y asistencial.

Pero **los planes de prevención y defensa ante una “amenaza bioterrorista” van más allá del ámbito meramente sanitario, porque no se trata sólo de saber cómo actuar en caso de infección; es fundamental saber qué agentes pueden ser usados como “arma”,** pues nadie dispone de información verídica y completa sobre qué virus y bacterias han sido desarrolladas en el mundo. En este sentido, tanto la UE como la OTAN han puesto en marcha planes de acción frente al bioterrorismo, exigiendo a los gobiernos la identificación de agentes infecciosos y tóxicos. Es aquí donde la OTAN cobra un mayor protagonismo, sobre todo porque los agentes más peligrosos y letales se han usado durante décadas como “armas de guerra” y, por tanto, su existencia y efectos son considerados todavía “secretos de Estado”. La OTAN anunció un gran “Plan Civil de Emergencia frente al terrorismo”, cuyo principal fin consiste en recoger toda la información sobre sustancias, virus, antídotos, investigaciones, almacenes, exportaciones, localización de especialistas de la exURSS (ahora en Oriente Próximo o en Asia), etc., como primer paso para saber de dónde puede venir el principal riesgo y cómo hacerle frente.

En España se han activado diferentes mecanismos en esta dirección: el Ministerio de Sanidad ha elaborado un “Plan Gubernamental” para coordinar la actuación en casos de ataques con agentes biológicos, donde expertos en la materia (químicos, biólogos, médicos...) han formado un “Comité asesor” de carácter multidisciplinar para establecer las pautas de actuación propias en estos casos. Por su parte, Medio Ambiente también ha puesto en marcha un plan de control de pantanos y embalses para garantizar la seguridad del agua. Y, finalmente, las autoridades sanitarias se han asegurado de que nuestro país tenga una reserva suficiente de antibióticos frente a infecciones como las que causa el ántrax.

Lógicamente, todas las comunidades autónomas han recibido instrucciones de ex-

temar la vigilancia epidemiológica; en Murcia cundió la “alarma social” el pasado 17 de octubre, tras recibir en cuatro consejerías ciertos sobres que contenían unos polvos de color amarillento y un folio con un sello en árabe. **Aunque todo parecía indicar que se trataba de una “broma de mal gusto”, la recepción de estos sobres disparó el protocolo de actuación redactado por el Gobierno de la nación.** En nuestro Hospital, además de tomar las medidas de seguridad recibidas por la Consejería de Sanidad sobre el manejo de sobres o paquetes sospechosos, se puso en marcha un protocolo de actuación ante pacientes que consultasen por posible contacto con ántrax. Por suerte para todos, se trataba de una “falsa alarma” y todas las muestras de los pacientes que acudieron a los distintos hospitales de la Región dieron negativo, así como los análisis de los sobres que fueron enviados a Madrid.

Llegado a este punto nos preguntamos: ¿Estamos protegidos frente a un ataque bioterrorista? Como mensaje tranquilizador, algunos expertos consideran que los agentes bacteriológicos no son tan fáciles de manejar y usar como “arma de destrucción masiva”. Este tipo de agentes necesitan técnicas muy sofisticadas y, además, para el profesor Miguel Vicente, “un arma biológica idónea sería la que, además de provocar una enfermedad grave, fuese muy contagiosa, y por fortuna estas dos características generalmente no van unidas y cuando se intentan juntar, el microbio no suele ser viable”.

En cualquier caso, **los planes de actuación elaborados por los gobiernos están concebidos para atajar un ataque de estas características y las instituciones sanitarias están preparadas para responder rápida y coordinadamente.** Si hay detección precoz, el problema puede tener buena solución y las técnicas de laboratorio actuales permiten realizar diagnósticos certeros en muy pocas horas, lo que agiliza enormemente la cadena de actuaciones.



Dra. Carmen Sánchez Canizares
Subdirectora médica HGM

Sor Palazón; amor entre pucheros

Sor Encarna Palazón, sor Palazón, como la llamamos cariñosamente todos, ha sido y es para el personal de servicios, médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, personal administrativo y sobre todo para sus enfermos, el “alma mater” del Hospital; la persona que, como una buena madre de familia, ha sabido estar en todo momento al lado del que más lo necesita, en un hacer y desaparecer silencioso y eficaz.

Y es entre bastidores, en un trabajo que en apariencia ni se ve ni se oye, donde se puede estar cuidando al enfermo, doblando primorosamente las sábanas, planchando con delicado hacer batas y ropa de quirófano y preparando humeantes ollas y pucheros, que hasta unas patatas hervidas presentadas con cariño y esmero pueden hacer que el enfermo se sienta como en su casa por unos días.

Nacida en la pedanía murciana de Casillas, en el seno de una familia cristiana, como a ella le gusta decir, su vocación religiosa le vino del contacto que empezó a tener siendo casi una niña con los enfermos del Hospital en una sala de cirugía, a las órdenes de sor Josefa, quien despertó en ella una santa envidia por la dulzura y paz que irradiaba.

Tanto cariño y acercamiento al enfermo puso aquella adolescente en el cuida-

do y trato de los más necesitados que se contagió de una grave enfermedad que la mantuvo cuatro años convaleciente y fue la Virgen de la Milagrosa, su “fiel compañera del alma compañera”, la que le devolvió la salud perdida y de la que nunca más se volvió a separar, siendo su más ardiente abanderada desde ese momento.

Una vez terminado el seminario de las Hermanas de la Caridad, su primer destino fue Murcia, en su querido Hospital, en el que estuvo 42 años, jubilándose en mayo de 1997.

Todos los trabajadores la recordamos llegando bien temprano por las mañanas a su lugar de trabajo. Su primera visita al Cristo de Zalamea –negro de humo y de caricias blanco–, y a la Virgen de la Milagrosa, donde sor Palazón recargaba pilas y pedía lo humano y lo divino para sus más preciados clientes, los más necesitados: los solitarios, tristes, cansados y agobiados, con los que derrochaba cariño por los anchos pasillos y habitaciones, escuchando pacientemente quejas y desasosiegos, hasta conseguir alivio en la fatiga y paz en el desconsuelo.

Acto seguido, la veíamos, delantal en mano, en un continuo bullir del ropero al planchero y de éste a la cocina, pues también entre pucheros anda Dios, como decía Santa Teresa.

Y es entre bastidores, en un trabajo que en apariencia ni se ve ni se oye, donde se puede estar cuidando al enfermo, doblando primorosamente las sábanas, planchando con delicado hacer batas y ropa de quirófano y preparando humeantes ollas y pucheros, que hasta unas patatas hervidas presentadas con cariño y esmero pueden hacer que el enfermo se sienta como en su casa por unos días.

No se ha jubilado sor Palazón, pues sigue yendo todas las tardes a atender la Pastoral de enfermos y sigue teniendo aún la bonita costumbre de poner en la muñeca de los pacientes una medalla de la Virgen de la Milagrosa.

Gracias, sor Palazón, por lo mucho que hemos aprendido los que hemos tenido la suerte de compartir con usted tantos y tantos momentos amargos y dulces, cortos y largos.

Nos volveremos a ver en el nuevo Hospital y volveremos a ver en el guiño de su pillá mirada la mirada de la hermana-madre-confidente-amiga que tanto echamos de menos estos años.



VI Marcha Cicloturista Hospital General de Murcia

El pasado domingo 16 de septiembre se celebró en Murcia una nueva edición de la Marcha Cicloturista Hospital General Universitario, y es ya la sexta, lo cual no sorprende a los que conocemos a José María Pérez Belmonte, y sabemos el empeño y entusiasmo que pone en ella cada año, y lo más importante, que contagia de este entusiasmo tanto a sus familiares y amigos como a los miembros del Club Ciclista Moto 5, al cual pertenece.

Las previsiones de la organización en cuanto a cantidad de participantes se vieron desbordadas, puesto que el número de inscritos estuvo cerca de los 200, lo cual ocasionó que algunos aspectos, como el de los avituallamientos y entrega de trofeos, no transcurrieran como hubiera deseado la organización, la cual me consta que ha tomado nota de ellos para que en ediciones sucesivas no vuelvan a producirse.

En lo deportivo, la marcha partió con un tiempo espléndido, el cual hacía presagiar una magnífica jornada de ciclismo, desde las consultas externas del Hospital, sobre las nueve de la mañana. Desde el primer momento, el coche de la organización que abría la marcha impuso un ritmo asequible a la mayoría de los participantes para que todos pudiéramos realizar juntos el recorrido.

La marcha se dirigió por la carretera de Alcantarilla y posteriormente por la vía de servicio de la autovía del Mediterráneo

hacia la localidad de Librilla. Continuamos dirección a Fuente Librilla y después hacia El Berro.

Una parada de 30 minutos para reponer fuerzas en la que también se aprovecha para saludar y charlar con los amigos y donde se puede comprobar el verdadero espíritu de estas pruebas, cual es el de practicar deporte, pero en un ambiente de compañerismo y amistad.

Después la bajada hacia Alhama de Murcia por las Cuestas del Marqués y la vuelta hacia Murcia por la carretera MU-602 que une ésta con Mazarrón, pasando por Los Ventorrillos, El Cañarico, Sangonera la Verde y El Palmar. Todo este trayecto se realizó a un ritmo de 30 a 35 Km/h, lo que permitió a todo el pelotón rodar en grupo sin que se produjera ningún incidente y hacer su entrada en Murcia a la hora prevista, habiendo disfrutado de una excelente jornada de ciclismo.

En la llegada, la organización ofreció a todos los participantes y acompañantes un aperitivo y se procedió a la entrega de trofeos, diplomas y camisetas conmemorativas de la prueba, así como al sorteo de diferentes regalos donados por algunos de los sponsors.

Felicidades a todos los miembros de la organización y nos vemos el año próximo.

José Sánchez Nicolás
Presidente del CC Moto 5



Llegó la Navidad

*Navidades puras
Navidades blancas
Con copos de nieve
Con hielos y escarchas,
Con lunas redondas
Como un pan de plata
En las negras noches
Y en las noches diáfanas.*

*Navidades puras:
¡Gozo de campanas!
Habla el viento fuera
Dialogando el alma
De los caminantes
Por sendas lejanas,
De los que están lejos
Con sólo esperanzas...
De los pobrecitos
Que no tienen nada,
De los que murieron
Al salir el alba
Y no pueden vivirlas
(tanto es la distancia).*

*Pero hay en el cielo
Una senda clara
Para los sueños...
Para la esperanza...
Hecha con estrellas
Y en ellas bordadas
Las letras de un nombre:
¡Navidades Blancas!
Y eran las estrellas
Estrellas de nácar.
Nácar era el Niño,
Y la Virgen nácar
Y nácar la Estrella
De Oriente ¡tan clara!
Y nácar el río
Y nácar los Reyes.
Y todo lo mismo
Navidad que nácar.*

*Navidades puras,
Navidades blancas
Que nunca comienzan
Y que nunca acaban
Siempre Navidad,
Navidades Blancas.*

Raquel López
Telefonista Hospital General

