



El Cuidaenlace, la mejor alternativa al ingreso hospitalario



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



GENERALITAT
VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT



DIPUTACIÓ DE
VALENCIA

Ajuntament d'Ajuntaments



DITORIAL

En los próximos años, nuestro desarrollo profesional se va a configurar por el acuerdo de carrera profesional, suscrito acertadamente por los sindicatos (SATSE, CEMS, CCOO, UGT, SAE, CESIF, STEPV) y la Conselleria de Sanidad. Es en ese desarrollo donde vamos a ver satisfechas muchas de nuestras aspiraciones laborales y retributivas, pero esto también nos obliga a una corresponsabilidad con los profesionales del resto de hospitales y ante los propios sindicatos que firmaron el acuerdo. Los profesionales del hospital debemos hacer un ejercicio de responsabilidad en nuestras aspiraciones laborales si queremos equipararnos en lo bueno, mejorando en nuestra diferenciación competitiva.

Todos somos responsables de promover nuevas fórmulas que hagan que el hospital pueda mejorar su rendimiento y su rentabilidad social ante los ciudadanos, al tiempo que ello signifique unas mejoras retributivas. Somos una organización con autonomía, pero también responsable con el sistema sanitario al que prestamos servicios. Debemos seguir siendo eficientes y superarnos día a día para que se siga contando con nosotros en el proyecto de futuro de la sanidad valenciana.

Ello supone y exige un compromiso dinámico. Todos y cada uno de nosotros, dotados de inteligencia y libertad, altamente capacitados para sobresalir en nuestras funciones, estamos comprometidos en la construcción de un hospital excelente acelerando y dirigiendo la evolución de nuestro proyecto.

Porque es preciso ser siempre lo bastante joven para admirar nuestro hospital y las cosas que contiene, para amarlo y sentirnos parte de su construcción.

Sergio Blasco Perepérez, director gerente del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

EL CÓDIGO ICTUS REDUCE LOS TIEMPOS DE ATENCIÓN EN EL DEPARTAMENTO 9	3
CARRERA PROFESIONAL	4
ENTREVISTA · Eugenia Lozano	6
EL CUIDAENLACE, LA MEJOR ALTERNATIVA AL INGRESO HOSPITALARIO	8
REPORTAJE · La obesidad, el desequilibrio en la balanza ingesta-gasto energético	10
LA UNIDAD DEL DOLOR	12
UCMA (Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria)	13
BREVES	14

El Código Ictus reduce los tiempos de atención en el Departamento 9

Un nuevo sistema de coordinación entre todos los niveles asistenciales permitirá el traslado eficiente del paciente con ictus cerebral y la estabilización médica en ruta

El equipo de la Unidad de Ictus del Servicio de Neurología presenta el Código Ictus para su aplicación en el Departamento 9 de Salud con el objetivo de reducir los tiempos de demora en la atención de estos pacientes.

El ictus es un accidente cerebro-vascular que se produce de un modo súbito, inesperado y sin aviso. Esta enfermedad puede tener diversas causas en su origen: embólico, trombótico o hemorrágico, y sus consecuencias pueden ser muy graves. Las secuelas más habituales de este proceso patológico suelen ser muy incapacitantes para la vida diaria. Pueden quedar alteraciones en el habla, o una reducción considerable en la movilidad corporal, o incluso dejar una parálisis en uno de los hemisferios del cuerpo, de tal manera que obligarán a que, en ocasiones, el paciente tenga que volver a aprender a escribir, a utilizar los cubiertos con la mano que no utilizaba o a hablar de nuevo.

Dentro de los grandes progresos conseguidos en la última década, se ha demostrado que el diagnóstico precoz y el tratamiento especializado del ictus por un neurólogo se acompaña de una disminución notable de la mortalidad y de la intensidad de las secuelas.

Dada la magnitud del problema, resultaba evidente la necesidad, no sólo de establecer una adecuada política de prevención, sino de buscar modelos organizativos de asistencia al ictus agudo. La Unidad de Ictus del Hospital General inició su andadura en marzo de 2004, cuando se tomó la iniciativa de establecer el proceso de Código Ictus intrahospitalario en colaboración con los profesionales del Servicio de Urgencias. Esta iniciativa permitió adelantar la asistencia en Urgencias del neurólogo de guardia en aquellos pacientes que llegaban dentro de las tres horas del inicio del ictus. Sin embargo, se pudo constatar que el número de pacientes que llegaban dentro de este corto periodo de tiempo es pequeño y, desde luego, muchos menos de los que podrían beneficiarse de esta terapia. Este fue el motivo por el que se apostó por plantear la extensión del Código Ictus a toda el área de referencia y, para ello, se trabajó en un estudio para reducir el tiempo de llegada de estos pacientes al hospital, conseguir un diagnóstico y tratamiento más precoz y potenciar la colaboración entre niveles (Atención Primaria, especialistas de ambulatorio y Urgencias extra-hospitalarias).

Ahora se pone en marcha un modelo organizativo que va a ser acometido por el equipo de profesionales que afronta la primera atención y traslado del paciente con ictus al Hospital General.

El equipo de facultativos del hospital ha realizado visitas y entrevistas, en los



centros de salud, a los profesionales de Atención Primaria y también ha mantenido reuniones con los coordinadores de Urgencias y Emergencias del Departamento 9, del que es centro de referencia, para realizar el estudio de los tiempos de demora en la atención al ictus y establecer los criterios para la instauración del Código Ictus. En febrero se presentaron los resultados de la primera fase del estudio y del protocolo para la aplicación del código, que recoge los criterios de activación, la escala de identificación rápida del ictus, la vía del traslado eficiente del paciente y la estabilización médica en la ruta, así como la comunicación prehospitalaria con el equipo del Hospital General, donde quedará hospitalizado el paciente.

El grupo de expertos de la Sociedad Valenciana de Neurología está elaborando el Plan de Atención al Ictus en la Comunidad Valenciana para su discusión, desarrollo y adecuación en cada departamento de salud. La iniciativa tomada en el Departamento 9, por tanto, es pionera dentro de este plan. ■

Los profesionales del General se beneficiarán igual del aumento de retribuciones por la carrera profesional que el resto de la Conselleria de Sanidad



El acuerdo para poner en marcha la carrera profesional entre el conseller de Sanidad, Vicente Rambla, y los sindicatos, que tienen participación en la mesa sectorial sanitaria, ha permitido que los médicos y enfermeras de la Sanidad Valenciana (incluidos los del Hospital General) se sitúen, en el plazo de unos años, en el primer puesto del ranking de los mejor pagados de España.

En un año y medio todo el personal de los centros asistenciales de la Conselleria de Sanidad verá aumentadas sus retribuciones en virtud a la carrera y desarrollo profesional. En concreto, los profesionales se convertirán en los mejor pagados de toda España porque un médico podrá percibir hasta 12.000 euros más al año y un enfermero 7.800.

La dirección del General ha dejado claro que, tanto por los sindicatos como por profesionales del centro, se van a proponer nuevas fórmulas que hagan que el hospital pueda mejorar su rendimiento, su rentabilidad social ante los pacientes, al tiempo que esta postura –la carrera profesional– signifique un buen uso de las mejoras retributivas.

El acuerdo fue firmado, el pasado mes de diciembre, con la unanimidad de todos los sindicatos: SATSE, CEMS, CCOO, UGT, SAE, CESIF, STEPV y su tramitación se iniciará como decreto. En este sentido, todos los agentes sociales han coincidido en que se trata del acuerdo sindical más importante, desde que en 1988 la Comunidad Valenciana recibiera las competencias en materia de sanidad.

El documento destaca que los profesionales sanitarios de la Comunidad Valenciana disfrutarán de unas condiciones laborales y unas posibilidades de promoción que no existen en ningún otro lugar de España. Pero además de satisfacer las aspiraciones económicas y de prestigio de estos profesionales, el texto expone que se responderá a las



Los profesionales se convertirán en los mejor pagados de toda España porque un galeno podrá percibir hasta 12.000 euros más al año y una enfermera 7.800

El acuerdo conseguido para el desarrollo de la carrera profesional se relaciona, en primer lugar, con la consecución de los objetivos asistenciales. Estos objetivos supondrán un porcentaje del 70% del valor de la remuneración y, cuando se pase al tercer nivel, se rebajará hasta el 55% de la cuantía del dinero percibido. Además, la investigación se convierte en otro parámetro para el desarrollo de la carrera. Estas medidas, no obstante, son voluntarias e irreversibles. El desarrollo profesional trata de incentivar y promocionar al personal que trabaja en los centros sanitarios y que pertenecen a los grupos C, D y E.

El incremento de la masa salarial de los médicos y enfermeros comportará un aumento de las líneas presupuestarias dedicadas a Sanidad. Así, la Generalitat ha destinado una línea específica de 12 millones de euros para cubrir los incentivos por objetivos alcanzados en el área asistencial, dentro de los Presupuestos de 2006. El acuerdo beneficiará a 10.000 médicos y 13.000 enfermeros.

La carrera profesional estará establecida en cinco niveles. Concretamente, fuentes de Sanidad han descrito gráficamente la situación en la que «no puede haber café para todos, porque para eso ya están los trienios de antigüedad en la empresa».

La visión concreta que quiere alentar el conseller es que «eficacia sea sinónimo de carrera», aunque será en ese momento cuando se valoren aspectos como la experiencia en docencia e investigación, que serán los que consigan elevar de escalafón a los trabajadores.

Todos los profesionales que consigan un estatus será para toda su vida laboral, con la remuneración que ello suponga. Sin embargo, por el mismo criterio, se quedará paralizado hasta que no demuestre que puede acceder a otro nivel superior y nadie podrá mejorar su condición ni ascenderle. ■

necesidades de los ciudadanos, que percibirán mayores beneficios asistenciales y una mejor calidad de servicios. Este proyecto aspira a mejorar la asistencia a los cerca de 4,6 millones de pacientes potenciales del sistema sanitario público de la Comunidad.

Con la carrera profesional vamos aver satisfechas muchas de nuestras aspiraciones laborales y retributivas, lo que nos obliga a una responsabilidad con los profesionales del resto de hospitales y ante los propios sindicatos que firmaron el acuerdo

La evaluación de la carrera profesional se desarrollará en las áreas de la actividad asistencial, la adquisición de conocimientos, la actividad docente e investigadora y el compromiso con la organización. En concreto, la actividad asistencial será un factor clave que valorará la experiencia, el esfuerzo personal y la calidad asistencial. Se trata del principal activo del profesional, y el mejor indicativo de su valía y que condicionará su compromiso con la sanidad pública valenciana.

Desde la dirección del centro se asume la firma de la carrera sanitaria y médica

como un desarrollo profesional que va configurar, en los próximos años, la satisfacción de muchas aspiraciones retributivas y laborales. "Pero ello nos obliga a una corresponsabilidad con los profesionales del resto de centros y ante los propios sindicatos que suscribieron

ese acuerdo", según el gerente del Hospital, Sergio Blasco, quien considera que no se puede desarrollar "condiciones diferenciales si no proponemos diferencias que mejoren la gestión del hospital".

El conseller de Sanidad y presidente del consorcio ha adquirido el compromiso de comenzar a negociar el desarrollo profesional en el primer trimestre de 2006. El fin de la negociación tendrá como fecha tope el 30 de septiembre de 2007, y a partir de 2008 se hará efectivo el desarrollo profesional y con efecto retroactivo a la fecha del cierre de la negociación.

Eugenia Lozano

Supervisora del Servicio
de Cardiología

En estos momentos ejercer la atención sanitaria y acercar el hospital al domicilio son sus principales objetivos. Por ello, Eugenia y su equipo están inmersos en dos importantes proyectos: la consolidación de la Consulta de Enfermería de Insuficiencia Cardíaca y la confección de un alta de enfermería.

- A grandes rasgos, ¿cuál ha sido su trayectoria?

Estudí en la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina, donde después estuve trabajando como monitora de prácticas durante seis años. En 1974 parte del equipo de los que estábamos en la escuela nos vinimos al Hospital General, a la entonces jefatura de enfermería. Cuando llegamos, estaba regido por monjas y sanitarios y contaban con muy pocas enfermeras. Nuestra finalidad era profesionalizar la asistencia. Ese mes se contrataron doscientas cincuenta enfermeras y era necesario reestructurar el personal.

Entré como adjunta de enfermería en el pabellón Materno-infantil y más tarde me asignaron como supervisora en Preescolar. También estuve durante un año como coordinadora de enfermería, después volví a ser adjunta y, finalmente, supervisora del Servicio de Cardiología.

- ¿Cómo está estructurado el Servicio de Cardiología?

Tenemos cuidados intensivos en la Unidad Coronaria, la sala de hospitalización, las consultas externas y dos gabinetes (hemodinámica y electrofisiología), donde se hacen pruebas diagnósticas y de tratamiento.

Para diagnosticar el tratamiento final, el paciente debe pasar por diferentes pruebas: eco-cardio, pruebas de esfuerzo y *holter* (electro externo que se le pone al paciente durante veinticuatro

horas). Lo bueno es que el servicio cuenta con muchas innovaciones tecnológicas de las que el enfermo puede beneficiarse, sobre todo en el Departamento de Arritmias y Hemodinámica. Hay que tener en cuenta que hay procedimientos que solucionan patologías cardíacas.

Para todos estos servicios, somos dos supervisoras que trabajamos de forma coordinada. Vicenta Sayas es la supervisora de la Unidad Coronaria y Hemodinámica y yo llevo Hospitalización, Departamento de Arritmias y Consultas Externas con pruebas diagnósticas.

- El hospital fue pionero en la creación de una Consulta de Enfermería de Insuficiencia Cardíaca. ¿Cómo surgió esta idea?

En 2004 se nos planteó desde la parte médica la necesidad de poner en marcha esta consulta en el centro. Y así fue, surgió para poder ejercer las tareas de educación sanitaria, de prevención, y favorecer el autocuidado. La consecuencia inmediata ha sido la reducción del número de ingresos y de consultas médicas que, inevitablemente, redundan en un ahorro posterior de recursos humanos y financieros.

Es una consulta semanal (los miércoles de 8.00 a 15.00 h) que comparte actividad de enfermería y médica, al margen de la planilla oficial de turnos. En ella trabajan tres enfermos de la Unidad de Hospitalización y cuenta con una financiación de una beca concedida por los laboratorios Roche para el apoyo de las unidades de insuficiencia cardíaca.

- Desde el servicio se está haciendo un trabajo importante por los cuidados.

Sí, es fundamental evitar futuros reingresos. Ahora tenemos dos proyectos, la consolidación de la Consulta de Enfermería de Insuficiencia Cardíaca y la confección de un alta de enfermería para entregar al paciente ingresado cuando se marche a casa.

El alta de enfermería es como una guía dirigida al paciente y a su familia para conseguir, tras la estancia en el hospital, su incorporación en la vida cotidiana. Sus objetivos son, entre otros, que se favorezca la autonomía, dando pautas de actuación para el propio domicilio (dietas, hoja de medicación con horario, actitud ante los signos de alarma, etc),

así como asegurar los autocuidados y continuar con la tutela de enfermería que se inicia en el momento del ingreso.

- ¿Cómo es vuestra relación con el paciente?

Cuando uno está enfermo, tener una buena acogida y un buen trato es importante. Una cosa es bien cierta: todos, en alguna parte de nuestra vida, seremos enfermos.

El enfermo de cardiología, al ser un enfermo crónico, tiene que venir muchas veces, no rompe el trato con el hospital. Ya nos conocen y, por lo general, tenemos muy buena relación con ellos. En la Consulta de Insuficiencia Cardíaca eso sí que se ha fomentado mucho porque ahí el vínculo es más fuerte. Al no estar ingresados, vienen desde sus casas con algún familiar, preguntan por ellos, y ahí sí que se crea una relación más especial.

- Además, formas parte de la Comisión de Cuidados.

Sí. Cuando se dio el paso del Hospital General en un consorcio supuso, por sus estatutos, la creación de una serie de comisiones y grupos de trabajo. Una de ellas fue la Comisión de Cuidados, responsable del estudio, propuesta y asesoramiento en los asuntos referidos a la actividad de enfermería. Esta comisión depende de la Junta Asistencial, de la que yo también formo parte.

¿Y cómo ve los proyectos que se están haciendo desde la dirección del hospital?

Vamos un poquito aprisa. Se nota mucho que el hospital está vivo. Aquí siempre hemos sido muy innovadores, hemos llevado a cabo cosas muy novedosas y, de hecho, hay proyectos que se están hechos y no han salido a la luz.

Lo que es cierto es que el hospital ha cambiado muchísimo y que confort que tiene ahora el enfermo es muy superior al que tenía cuando yo vine. Esto se inició con la remodelación de las unidades, sobre todo respecto a las habitaciones de los pacientes, porque en aquella época las únicas habitaciones de dos camas eran para las salas privadas.

El hospital es una empresa muy compleja de la que el enfermo exige que produzca salud. Nosotros podemos poner los medios, el conocimiento, la técnica y lo

El alta de enfermería es como una guía dirigida al paciente y a su familia para conseguir, tras la estancia en el hospital, su incorporación en la vida cotidiana

todo lo que tenemos para mejorarla, pero el usuario tiene que ser consciente de que la salud y la enfermedad la tiene cada uno.

- Y fuera del ámbito hospitalario. ¿A qué te gusta dedicar tu tiempo?

Me gustan las cosas manuales, restaurar muebles antiguos y hacer labores. Trabajar con las manos me relaja muchísimo. En sanidad hay mucha gente con inquietudes artísticas... quizá es porque, como se dice, cuidar es un arte. ■





El Cuidaenlace, la mejor alternativa al ingreso hospitalario

Los usuarios de este servicio van a ser intervenidos de alguna cirugía, de trauma, otorrinolaringología o urología

Pocas personas quieren pasar un tiempo innecesario en el hospital. Al menos, así lo aseguran los que ya saben cómo funciona el servicio de Cuidaenlace del Hospital General. Esta unidad, que lleva en marcha desde octubre del pasado año, ha evitado que más de 300 pacientes hayan tenido que estar una noche más de la cuenta en este centro hospitalario.

Los pacientes que pueden ser usuarios del Cuidaenlace son los que van a ser intervenidos de alguna cirugía (general, vascular o plástica), los de trauma, aquellos que necesitan una operación de otorrinolaringología, de urología y, sobre todo, a los que se tiene que hacer una biopsia de próstata. El hospital empieza ahora a incluir

en este servicio a los que se tienen que someter a alguna operación de dermatología.

Lo que tienen en común todas estas intervenciones es que en ninguna de ellas es preciso que el paciente duerma en el hospital la noche de antes, es suficiente con que lleguen a primera hora de la mañana y se les comience a administrar los goteros necesarios.

Tras la intervención, la mayor parte de ellos pasarán unas horas más en la sala del Cuidaenlace e irán a sus casas, bien en ambulancia o a través del servicio de taxis que tiene concertado el hospital.

Tanto la dirección del hospital, los jefes de servicios quirúrgicos, los supervisores de enfermería de las unidades de hospitalización y los pacientes han notado las ventajas de este servicio. Para los usuarios no hay ninguna duda, "donde mejor se está es en casa, y a los médicos sólo hay que tenerlos cerca cuando haga falta". Todos coinciden en que la recuperación de una pequeña intervención es mucho más llevadera

Gracias a este servicio se ha conseguido reducir las listas de espera, sobre todo en el caso de las biopsias de próstata, y liberar un preciado número de camas

en sus hogares, algo que también prefieren los familiares, a los que esta alternativa les permite prácticamente seguir con un rutina.

El Hospital General, por su parte, ha conseguido reducir las listas de espera, en el caso de las biopsias de próstata ahora ni siquiera existe, y liberar un preciado número de camas, ya que el Cuidaenlace no sólo evita determinados ingresos, sino que adelanta las altas.

Tras una estancia en el hospital, sea por el motivo que sea, el paciente podrá pasar una mañana en esta sala para permanecer unas horas más vigilado, o hasta que algún familiar pueda venir a por él, pero sin necesidad de estar ocupando una habitación. Además, evitar ingresos produce beneficios directos sobre el paciente, puesto que se reducen las infecciones nosocomiales.

En la sala del Cuidaenlace hay un equipo de enfermería, compuesto por el enfermero Sergio Pérez Sáez y el celador José Maiques, que se encargan de atender a todos los usuarios. Se trata de una habitación con sillones y dos televisores, donde los pacientes aguardan de manera más cómoda que se les dé el alta definitiva o que se les opere. Hasta ahora, la alternativa a esta sala era la hospitalización o esperar en una de las salas comunes, donde el paciente se sentía mucho más incómodo. El trabajo de este equipo comienza a las siete de la mañana para preparar a los pacientes que van a ser intervenidos a las ocho.

En esta estancia se prepara al usuario no sólo en cuestiones de atención médica, sino también se le tranquiliza en los momentos previos a una operación, que suelen ser un tanto angustiosos. Del mismo modo, cuando acaba la intervención, el usuario recibe en esta sala todos los cuidados que requiere el postoperatorio.

En definitiva, con el Cuidaenlace el Hospital General busca, una vez más, mejorar su manera de trabajar. En este caso, se consigue combinar a la perfección los beneficios del usuario y los del propio centro, ya que este servicio ha sido recibido con mucha aceptación entre los pacientes y al mismo tiempo ha permitido reducir gastos e incluso las listas de espera. ■



José Folgado, coordinador del servicio de Cuidaenlace

Mientras tú cuidas de los demás, nosotros cuidamos de tu hogar

Tu responsabilidad es cuidar de los demás. La nuestra, cuidar de tu casa. Ahora, la última tecnología y un gran equipo de profesionales se unen para ofrecerte la protección más segura para tu hogar.

Benefícate ya de esta oferta exclusiva.

Tu casa, bajo vigilancia intensiva, por mucho menos de lo que imaginas.

Alarma Protección 24 Horas*

- Instalación: 460 €
- Conexión: 240 € al año ó 20 € al mes.

Precio de oferta

- Instalación: 250 €
- Conexión: 180 € al año ó 15 € al mes.
- Oferta específica para empleados del Hospital General Universitario de Valencia.

1 central bidireccional
 1 teclado numérico
 1 sirena interior
 3 detectores volumétricos

CASVA
Seguridad y Sistemas

Infórmate en el 902 253 347

Con la garantía **LUBASA**

* Precios sin IVA. Oferta válida hasta el 1 de marzo de 2006. Contrato de conexión con duración mínima de 2 años.

La obesidad, el desequilibrio en la balanza ingesta-gasto energético

Es importante crear una cultura sanitaria eficaz para que el ciudadano evite llegar a estar enfermo. Y si lo está, para saber cómo se debe curar.



La obesidad se ha convertido en uno de los grandes problemas sociosanitarios de nuestra época. Afecta a un porcentaje muy importante de la población y las personas que la padecen tienen mayor riesgo de enfermar o morir.

“Hay que tener en cuenta que en España el 14% de la población es obesa y el 25% padece sobrepeso” explica Juan Carlos Ferrer, endocrinólogo de la Unidad de Diabetes del hospital. Además, en los últimos diez años la prevalencia de la obesidad en los niños ha aumentado de forma muy llamativa, especialmente en los países desarrollados. En la actualidad casi se podría hablar de una epidemia de obesidad infantil, pues se estima que en muchos países uno de cada diez niños es obeso.

Si antiguamente se consideraba que una persona con sobrepeso gozaba de buena salud, ahora se sabe que la obesidad trae complicaciones como: diabetes, enfermedades cardiovasculares, problemas respiratorios, cáncer, problemas gastrointestinales, psicológicos... Así que, “a más peso, más enfermedades”. Además, el problema se agrava con la edad, puesto que reducimos nuestra actividad física pero no la ingesta.

Es importante que cuando una persona

comience a incrementar su peso intente controlarlo y visite a su médico. Éste, además de darle instrucciones y recomendaciones dietéticas, le realizará unas pruebas para determinar qué causa está desencadenando la obesidad y descartar posibles complicaciones.

Cuidados

“El mejor tratamiento es la prevención mediante una vida saludable, que combine una dieta sana, donde la ingesta de energía no supere el consumo, y un adecuado ejercicio físico. Si ya existe el problema, hay dos factores fundamentales: identificar al paciente, y que éste quiera perder peso”, añade Ferrer. A veces el paciente lo desea pero pierde interés rápidamente por acudir a dietas variopintas y difíciles de mantener por falta de motivación. Hay que pensar en la obesidad como una enfermedad crónica, como la diabetes o la hipertensión, que requerirá de un tratamiento crónico. Por tanto, hay que asumir que las recomendaciones dietéticas y de actividad física se deben mantener.

Consejos generales:

- **No saltarse comidas**, pero éstas no deben ser copiosas. No sólo es importante lo que se come, también hay que tener cuidado con las cantidades.
- **No picar entre horas**. Alimentos como dulces, aperitivos salados, embutidos, quesos muy curados, refrescos azucarados que se ingieren fuera de las comidas son muchas veces responsables del sobrepeso u obesidad.
- **Procurar no freír**, rebozar o empanar

los alimentos. Cuidado con las salsas. Es mejor cocinar con horno, plancha, vapor o microondas.

- **Limitar el consumo de precocinados**, muchas veces cargados de calorías y grasas saturadas.
- **Utilizar preferentemente aceite de oliva**, rico en ácido oleico, que es un tipo de grasa cardiosaludable. No abusar de la cantidad: 3 cucharadas/día.
- **Evitar el consumo de alcohol**. A lo sumo, 1 vaso de vino al día.
- **Utilizar la leche y los yogures desnatados**. Un alimento desnatado tiene menos calorías que uno entero, pero no quiere decir que carezca de ellas.

Tratamientos

El tratamiento tiene tres grandes pilares:

- **Tratamiento dietético**: con una dieta hipocalórica personalizada, que garantice una reducción de calorías sobre la que lleva el paciente.
- **Modificación en la conducta**: el paciente tiene que estar motivado. Se puede reforzar con psicoterapia.
- **Ejercicio individualizado**.

Si esto fracasa, tendrá que recurrir a:

- **Tratamiento farmacológico**: hacerlo siempre bajo prescripción médica. Son muy pocos los fármacos útiles en el tratamiento de la obesidad.
- **Tratamiento quirúrgico o cirugía bariátrica**: sólo en situaciones extremas, cuando se ha demostrado la ineficacia de dietas y fármacos. Aunque se pueden realizar diferentes técnicas quirúrgicas, las más utilizada es el by-pass gástrico. ■

La Unidad del Dolor

Paco Alonso

Cuando hablamos de dolor estamos empleando un término difícil de cuantificar. Hay una amplia gama de dolores, desde los más leves que se pueden evitar con un simple analgésico hasta los más terribles e intensos, que requieren tratamientos complejos y pequeñas intervenciones. En cualquiera de sus estadios, el dolor afecta negativamente a la calidad de vida del paciente y, por tanto, requiere una especial atención por parte de la sanidad pública.

En 1970 un médico, el Dr. Bonica, que él mismo sufría terribles dolores, fue el pionero en la creación de este tipo de unidades hospitalarias destinadas a paliar el dolor, esto ocurría Washington DC (EE.UU.).

En esta unidad se visitan 30 personas diarias y anualmente efectúan 800 primeras visitas, 7.000 revisiones, 2.000 tratamientos y 400 cirugías

Un poco más tarde, en 1991, se creó en el Hospital General la Unidad del Dolor con el mismo espíritu, el de promover la calidad de vida de los pacientes. En estos quince años las técnicas, afortunadamente, han cambiado mucho. Ya no hay que realizar técnicas agresivas que se solventaban cortando nervios mediante cirugía o utilizando fármacos neurotóxicos inyectados en una zona para que ésta dejara de funcionar. Hoy triunfan técnicas como la neuromodulación, que permite controlar la señal del dolor sin agredir el sistema nervioso. También el descubrimiento de receptores para la aplicación directa de fármacos, como la morfina, están a la vanguardia de las nuevas terapias, sin olvidar las técnicas de analgesia segmentaria, la estimulación nerviosa transcutánea, la iontoforesis, la psicología aplicada y una farma-

coterapéutica racional, que también contribuye a modular el dolor. Todas estas técnicas son aplicadas y constituyen la cartera terapéutica de la Unidad del Dolor.

Pero el desconocimiento del cometido de esta unidad es grande, incluso entre los profesionales de la medicina. ¿Cuál es el momento para remitir el enfermo al especialista de dolor? ¿Cuándo ya no puede más y está harto de padecer? ¿Cuándo ha fracasado la farmacopea y los recursos del especialista que lo trata?

El Dr. José de Andrés, jefe del Servicio y Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor, nos da la clave para todas estas preguntas: "El paciente tiene que llegar a nuestra unidad cuando el dolor ya

no es controlable por los fármacos habituales. Ése es el momento. Entonces, establecemos una interconsulta y el enfermo debe de seguir el tratamiento de su dolencia con su especialista. Nosotros pasamos a interactuar con el paciente tratándole el dolor que padece, aunque lo habitual es que el paciente llegue a nuestras manos desorientado y harto de sufrir".

La Unidad del Dolor está formada por un equipo multidisciplinar de profesionales perfectamente coordinados en su tarea, desde el anestesiólogo, el médico de familia, el psicólogo, la farmacéutica y el equipo de enfermería hasta los asistentes sociales.

Esta unidad trabaja para proveer de calidad de vida a cualquier paciente que



padezca dolor crónico. El paciente oncológico fue el primero con el que se empezó a trabajar, pero el perfil del paciente ha cambiado mucho. Ahora se tratan, entre otras, enfermedades degenerativas y con secuelas provocadas por accidentes o traumatismos que generan un dolor severo específico.

La labor de excelencia que desarrolla esta unidad, pese a la gran presión asistencial. Se visitan 30 personas diarias y anualmente efectúan 800 primeras visitas, 7.000 revisiones, 2.000 tratamientos y 400 cirugías. Y aún así hay tiempo para investigar y desarrollar nuevas técnicas y fármacos.

La figura de la Fundación para el Estudio y Tratamiento del Dolor es la gran aliada de esta unidad. Creada en 1996 por el impacto que tiene el dolor en la sociedad, trata de cubrir todo lo que no es asistencia, siendo el vehículo de comunicación entre el hospital y las asociaciones, entidades científicas y el tejido social valenciano. Todos deberíamos de estar informados que existe un equipo de profesionales con una encomiable voluntad de servicio dedicados en cuerpo y alma a paliar EL DOLOR. ■

UCMA

Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria

Las técnicas quirúrgicas han evolucionado en los últimos años de una forma absoluta. Hoy, un buen número de intervenciones que requerían ingresos prolongados se realizan en una misma mañana y el paciente por la tarde está en su domicilio. Este tipo de intervenciones va desde una catarata hasta una vesícula, pasando por una hernia, y reciben el nombre de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Paco Alonso

El primer Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria en España fue el configurado en el Hospital General, del que es responsable el Dr. Cristóbal Zaragoza

Las técnicas quirúrgicas han evolucionado en los últimos años de una forma absoluta. Hoy, un buen número de intervenciones que hasta ahora requerían ingresos hospitalarios prolongados se realizan por la mañana y por la tarde el paciente está en su domicilio. Este tipo de intervenciones van desde la catarata hasta la vesícula biliar, pasando por diversas patologías quirúrgicas que abarcan la totalidad de especialidades. Este nuevo sistema organizativo de la asistencia quirúrgica se denomina Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) o Cirugía Sin Ingreso (CSI).

El futuro de la cirugía en Europa fue abordado el pasado mes de enero en Múnich, durante el transcurso del I Sim-



posium Europeo de Técnicas Mínimamente Invasivas, en el que el Dr. Zaragoza participó como ponente representando a España.

Las conclusiones de esta reunión fueron que el futuro de la cirugía pasa necesariamente por las denominadas técnicas mínimamente invasivo-agresivas, el desarrollo de nuevas tecnologías y aparatos quirúrgicos, el diseño de nuevos anestésicos y la adopción de un nuevo talante y filosofía de actuación quirúrgica. Aspectos que, con toda seguridad, van a cambiar –y de hecho ya lo están haciendo– completamente el panorama asistencial quirúrgico.

Dr. Zaragoza, ¿cuál es el futuro de la cirugía?

La cirugía laparoscópica, la endovascular, la intrarrectal, etcétera, es decir, la cirugía que se realiza a través de conductos, orificios y cavidades, traumatizan levemente las vías de acceso del órgano a operar, con lo que se "agrede" menos al enfermo y le permite una recuperación más rápida. Hace solo diez años era totalmente impensable que un paciente intervenido de vesícula biliar por la mañana estuviese en su domicilio y tomando alimentación esa misma tarde, como sucede con el programa que de colestectomía laparoscópica ambulatoria que, con estancia inferior a 24 horas, viene desarrollando el Servicio de CMA.

El futuro pasa también por estimular las



vocaciones quirúrgicas, en concreto la especialidad de cirugía general y del aparato digestivo, que está en crisis vocacional. Otro aspecto importante es el hecho de que en la actualidad entre el 70 y el 80% de los estudiantes son mujeres, lo que sin lugar a dudas tendrá repercusiones en la organización y estructuración de la asistencia médica.

La mujer de hoy es mucho más libre, independiente y racional y sus aspiraciones suelen pasar, entre otras, por aplicar en la estructuración de su vida la regla de los "tres ochos": ocho horas para trabajar, ocho para descansar y ocho para dedicarlas a la familia y a los hobbies. Este planteamiento está refrendado con la práctica de la medicina hospitalaria, sobre todo en lo que se refiere a las actuales guardias draconianas de 24 horas.

¿Qué nivel de aceptación tiene la cirugía mayor ambulatoria entre los pacientes?

El nivel de aceptación es total. Casi ningún paciente desea permanecer en el hospital si se le ofrece cualquier otra variante asistencial, siempre que se le garantice la continuidad de esta asistencia, sobre todo durante el postoperatorio.

Es muy importante el talante que adopta el cirujano con los enfermos. Nosotros les explicamos con detalle lo que se le va a hacer y qué tipo de anestesia le vamos a poner, que va a posibilitar que se pueda marchar por su propio pie a casa. El enfermo comprueba que, tras la in-

tervención, sale andando, no sangra, no tiene dolor y toma alimentos. En las horas inmediatas a la intervención, es el propio cirujano el que realiza el seguimiento para saber cómo se encuentra, si tiene dolor e indicarle qué debe tomar. El nivel de satisfacción es muy elevado

En algún momento le he oído hablar con tremenda pasión de lo que denomina la Cirugía Social. ¿Qué es?

Es un término de uso muy personal y que hace referencia a aquella que trata las patologías que con mayor frecuencia afectan a la población (cataratas, amigdalitis, hernias, hemorroides, fisuras...) y que está íntimamente ligada al concepto de CMA y a las actuaciones en el Tercer Mundo.

En realidad, uno de los aspectos más importantes de la cirugía es lo que un cirujano puede hacer con sus propias manos, sin ningún tipo de tecnología extra para resolver el problema del enfermo. Podemos ir con un pequeño instrumental a cualquier parte del mundo y operar. En el Tercer Mundo no hay "clínicas Mayo", pero sí puede haber un buen cirujano operando a quien lo necesite.

Configurar un equipo de profesionales tan multidisciplinar y coordinado como el que actúa en este servicio no habrá sido cosa de un día ni de dos. ¿Cómo funcionan?

Lo básico y fundamental de nuestro equipo es que todos trabajamos en la

misma dirección para conseguir el objetivo de curar al enfermo. Cada uno sabe cuál es su papel. El objetivo es que el enfermo salga bien, que perciba una calidad óptima de asistencia, y además sepa que estamos detrás, de una forma persistente, sobre todo en el postoperatorio inmediato. En nuestro equipo no hay nadie más importante que otro. Los camilleros, los enfermeros, los cirujanos, todos vamos de verde y sin distinciones.

Uno de los cometidos de este servicio, aunque no está definido, es el de ocuparse en un futuro de la cirugía paliativa. ¿Qué es exactamente este tipo de cirugía?

Es la cirugía que ya no puede curar al enfermo, pero lo puede mejorar y aliviar. Son pacientes que están en muy mal estado, que no pueden comer o hacer sus necesidades por vía natural, no pueden moverse, les cuesta trabajo respirar. Nuestro trabajo consistirá en poder abrir vías para su alimentación, facilitar que respiren mejor y que tengan, en general, una mejor calidad de vida sin necesidad de que estén hospitalizados. El paciente estará en su casa, rodeado de su familia y con la ayuda del equipo de asistencia domiciliaria.

¿Qué cree que puede aportar la Cirugía Mayor Ambulatoria al sistema sanitario?

Las técnicas mínimamente invasivas han reducido la estancia en el hospital. Más del 60% de la cirugía que se practicará será Cirugía Mayor Ambulatoria, y esto obligará a cambiar la estructura del hospital. Ya no será ese sitio donde el paciente tenga que ir porque está enfermo y cuando se cure totalmente volver a casa, ese concepto se acabó. Estará en el hospital el tiempo justo y necesario para curar su enfermedad. El restablecimiento y el seguimiento se hará en su domicilio, ayudados por la evolución de la tecnología. Para más de la mitad de la población el hospital será únicamente "parada y fonda". Sólo se quedarán en el hospital los enfermos sometidos a trasplantes, cirugía del cáncer y cirugía del traumatismo (accidentes de tráfico, laborales). Estos serán los que ocuparán una cama con el concepto clásico de ingreso hospitalario.

Todos estos cambios que se avecinan llevan implícito una educación de la sociedad. Es muy difícil dar con la piedra filosofal que arregle todos los males con riesgo cero. La Cirugía Mayor Ambulatoria es el mayor aliado que tiene la sanidad pública, sobre todo en la asistencia quirúrgica. Es buena, práctica, pero no es una patente de corso. ■

TU HOSPITAL

I Jornadas de Medicina Internacional

El Hospital General acoge, del 2 al 4 de marzo, las I Jornadas de Medicina Internacional, donde se darán cita los mejores especialistas para debatir los avances más novedosos sobre esta rama de la medicina.

Se hablará sobre las precauciones que debe tener el turista y la importancia del consejo al viajero. Se abordará el tema de la prevención y se ahondará sobre las enfermedades propias de los viajeros, como las micosis cutáneas tropicales, parásitos, úlceras tropicales, etcétera, y también está prevista la presentación de casos clínicos, así como ponencias sobre los avances terapéuticos de estas enfermedades. ■

Nuevo presidente de la Comisión de Calidad Profesional

Enrique Medina, jefe de Servicio de Patología Digestiva del Hospital General, presidirá este año la Comisión de Calidad Profesional del Colegio de Médicos.

Esta comisión, entre otras cosas, acomete las tareas de evaluación de la calidad de las actuaciones de los facultativos. Sus miembros emiten los dictámenes sobre la aptitud para el ejercicio médico y se ocupan de la valoración sobre la rehabilitación profesional de los médicos inhabilitados. La comisión está integrada por los doctores Rafael Montero, Anastasio Montero, Enrique Medina, Marina Gisbert, Benjamín Narbona, Juan Brines y Jaime Marco. ■

Nuevo gestor de informes clínicos

El Centro de Sistema de Información (CSI) del hospital ha creado un nuevo gestor de informes clínicos. Ahora el informe de alta hospitalaria, el informe de urgencias o el informe clínico podrán emitirse a través de esta nueva aplicación, que se incorpora a la historia clínica electrónica.

Además, presenta unas ventajas que mejoran la actividad de emisión de informes, ya que es perfectamente configurable para cualquier necesidad. Así, cada servicio podrá solicitar que se le personalicen todos los tipos de informe que necesite y se le diseñen plantillas de acuerdo con patologías o con textos predefinidos. ■



Cómo afrontar la epilepsia

La Sociedad Española de Neurología ha editado un libro para ayudar a los pacientes epilépticos y a su familia a afrontar la epilepsia.

Jerónimo Sancho, jefe del Servicio de Neurología, y Javier López-Trigo, jefe de sección del Servicio de Neurología, forman parte del prestigioso equipo de autores de esta guía que, además de dar a conocer en profundidad cómo es la epilepsia, también aborda cuestiones como la legislación actual que concierne a estos pacientes o aspectos sociales que influyen en la mejora de su calidad de vida. ■



Symposium on Progress in Clinical Pacing

El próximo mes de diciembre se celebra en Roma el XII Internacional Symposium on Progress in Clinical Pacing, que reunirá a expertos internacionales en materia de cardiología intervencionista.

A este evento ha sido invitado Aurelio Quesada, electrofisiólogo cardiaco intervencionista, que aportará su trabajo *Del desfibrilador monocámara al bica-meral: cómo seleccionar el tipo de DAI más adecuado*, un trabajo que versará sobre el desfibrilador automático implantable y su evolución técnica. ■



Agenda

- 21 de marzo a las 17.30 h en el salón de actos del Consorcio HGUV, conferencia "El Ictus, una emergencia médica". (Conoce los síntomas, los factores de riesgo y el tratamiento de un Accidente Cerebro Vascular), a cargo de la Asociación Valenciana de Parientes Anticoagulados y Portadores de Válvulas Cardíacas (AVAC). Impartida por la Dra. Amparo Romero, médico adjunto del Servicio de Neurología.
 - Primer miércoles de mes, a las 16.00 h: El Taller de Narrativa Ética proyectará varias películas como punto de partida para plantear debates sobre cuestiones éticas.
 - 1 de febrero: *Good bye Lenin*. 1 de marzo: *Estado crítico*.
 - 5 de abril: *La habitación del hijo*. 3 de mayo: *Azul*.
 - 7 de julio: *Million Dollar Baby*.
- Lugar: salón de actos. ■



SOLIMAR
GERORESIDENCIALES

VIVIR MEJOR



TEL. 96 330 71 58 FAX. 96 331 06 43
www.solimar.es

turia

MANTENIMIENTOS INTEGRALES

- OBRAS Y REFORMAS EN GENERAL
- CARPINTERÍA
- ELECTRICIDAD
- FONTANERÍA
- CRISTALERÍA
- PINTURA Y VARIOS
- CERRAJERÍA METÁLICA
- CLIMATIZACIÓN
- SISTEMAS CONTRA INCENDIOS
- SUMINISTRO DE MOBILIARIO



C/ Santa Cecilia, 5º B
46920 Mislata VALENCIA
Tel. 96 184 83 80
Fax: 96 184 83 81

Cambia la nieve por el mar

Un fin de semana diferente

120 €

PLAZAS DISPONIBLES
SEMANA SANTA
REGATA IBIZA

TEL. 625 788 485
CHARTER MARÍTIMO



**SOLUCIONES FLEXIBLES
PARA AUTOMATIZACIÓN DEL LABORATORIO**



Olympus fabrica los sistemas tecnológicamente más avanzados del mercado. Su flexibilidad permite adaptarse a las necesidades de cada laboratorio.

La robotización extra-analítica Olympus OLA ha demostrado su versatilidad aportando soluciones aplicables a distintos modelos organizativos.

Olympus desarrolla reactivos específicamente adaptados a sus sistemas automáticos.

OLYMPUS

Your Vision, Our Future

OLYMPUS OPTICAL ESPAÑA, S.A.
Via Augusta, 158 - 08006 Barcelona
Tel.: +34 93 200 67 11
Fax: +34 93 200 95 80

NUESTRO COMPROMISO CON EL PACIENTE
ES NUESTRO COMPROMISO CON EL LABORATORIO



HOY PUEDES DONAR SANGRE
¿Por qué no lo haces?

CENTRO DE TRANSFUSIÓN

Junto Hospital General, Valencia

De lunes a viernes de 8:30 h a 20:30 h.

Sábados de 8:30 h a 14:30 h.

Tel. 96 386 81 00

FEDERACIÓN DE
DONANTES DE SANGRE



de la Comunidad
Valenciana



Estamos por las personas

uracaja



Ageval

Dominar la energía
es una hermosa vocación.

Es **nuestra** vocación.

Le proporcionamos toda la energía
hasta la que nos mueve a nosotros.

Mantenimiento Integral
y Garantía Total

Sistemas Centralizados
de Climatización

Gestión de Instalaciones
Térmicas

Centrales de
Producción de Frio

Cogeneración y Producción
Descentralizada de
Electricidad

Aplicaciones
Industriales del Frio

Delegación Castellón
C/ Pintor Soler Blasco, 32 b
12003 CASTELLÓN
Tel.: 96 426 05 02
Fax: 96 426 08 55
castellon@ageval.es

Delegación Valencia
Edificio Trade Center
C/ Profesor Beltrán Bágüena, 4
Despacho 415
46009 VALENCIA
Tel.: 96 335 57 81 / Fax: 96 348 89 27
Telf. Averías: 96 335 57 89

Teléfono de información
y atención al cliente:
901 300 350
atencion.cliente@ageval.es

www.ageval.es

AGEVAL, S.A. y AGEVAL SERVICIO, S.A.

Servicios Centrales
Avenida Ausias March, 28
46006 VALENCIA

Tel.: 96 335 57 80 - Fax: 96 374 66 12
ageval@ageval.es

Delegación Murcia
C/ Río Segura, Nave 4
Polígono Industrial de Lorquí
30564 Lorquí (MURCIA)
Tel.: 968 67 67 23 - Fax: 968 67 67 24
murcia@ageval.es



Delegación Alicante
Edificio Hispania
C/ Ausó y Monzó, 16,
planta 7ª, oficina 1
03006 ALICANTE
Tel.: 96 524 61 44
Fax: 96 524 84 60
Tel. Averías: 96 51015 17
alicante@ageval.es