

## Nace la Unidad Integral al Paciente Obeso



# EDITORIAL

**E**l impulso y decisión política que desde la Consellería de Sanitat derivó en la constitución de las gerencias únicas de departamento de salud es la decisión transversal más importante de los últimos años, no sólo por la normativa que la creó y la regula, sino por la voluntad continua de la Consellería y sus responsables de intensificar día a día su "solidez".

La organización sanitaria y su estructura organizativa es "ejemplar" no sólo como referente en España, sino también en el contexto organizativo sanitario europeo.

Y fruto de todo ello, nosotros iniciamos este nuevo y desafiante camino de la integración hace ya algo más de seis meses, con la aprobación de la encomienda de gestión del departamento de salud 9.

Esta encomienda, esta integración, ha supuesto un hito histórico para un hospital que ha perdurado a lo largo de su historia ajeno a lo que ocurría fuera de sus cuatro paredes, y es aquí donde nuestro papel de crear, coordinar y facilitar la funcionalidad de un sistema integrado de salud adquiere su efectiva realidad, proveyendo de los beneficios de la coordinación asistencial, de la productividad en intervenciones y de los estándares de calidad, todo ello con una información clara y transparente a los pacientes.

Ya tenemos las bases establecidas para avanzar en política de coordinación de niveles asistenciales. Estamos llevando a cabo los objetivos estratégicos de mejora de la organización de los servicios del departamento de salud 9, tanto clínicos como administrativos. Estamos esforzándonos para que todos los que integramos este departamento avancemos en el mismo sentido, en la misma dirección.

Evidentemente, queda mucho camino por delante, pero quienes trabajamos en algo tan estimulante como es la continuidad asistencial para el paciente dentro de los servicios sanitarios ya observamos que algunos de los componentes de uno y otro nivel se reconocen como parte de una misma entidad. Y esto es absolutamente necesario, pues es difícil hablar de calidad en la prestación de servicios sanitarios sin tener una mentalidad alejada de los antiguos "compartimentos estancos", sin ubicar nuestros recursos donde más eficientes sean y sin asegurar la continuidad de los cuidados.

No hay que olvidar que la coordinación entre niveles asistenciales no es una cuestión de unos pocos, sino que implica asumir, por parte de todos, unas determinadas formas de organización de los servicios sanitarios, donde están en juego muchos intereses que deben concurrir en uno sólo: la mejor salud de los ciudadanos.

No podemos quedarnos rezagados, nuestra responsabilidad social nos obliga a caminar hacia sistemas más abiertos, más flexibles, a afrontar los retos y exigencias del entorno, a garantizar un mestizaje de la oferta sanitaria. ■



**Sergio Blasco Perepérez**, Director Gerente del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Ayudas sociales  
**Nuevas acciones de mejora para sus profesionales** **3**

Nueva Creación  
**Nace la Unidad Integral del Paciente Obeso** **5**

Calidad Asistencial  
**En marcha el Programa de Triage Manchester** **7**

Lactancia Materna  
**La comisión del departamento lleva un año funcionando** **13**

Edita: CHGU  
Depósito legal: V-3066-2005  
Dirección Gerencia del Consorcio: Av. Tres cruces, 2  
46014 - VALENCIA  
tel: 9619 72000 - fax: 9619 72092 - e-mail: chguv@gva.es  
web: [www.chguv.org](http://www.chguv.org)





## El Hospital General lidera nuevas acciones de mejora para sus profesionales

### Un fondo social y una partida presupuestaria para préstamos son algunos de los beneficios sociales para los profesionales del centro

La Comisión de Gestión de Ayudas Sociales del Hospital General ha aprobado la concesión de ayudas sociales en su segunda sesión de trabajo de este año.

En lo que va de año, ha concedido **337.272 euros de ayudas sociales**. Estas ayudas económicas se distribuyen entre los profesionales del hospital de acuerdo con un reglamento que aplica una comisión de trabajo que integran los representantes sociales del centro y la dirección del hospital.

Todas las modalidades de ayuda contempladas como beneficios sociales están reguladas mediante reglamentos específicos donde se recogen las normas para su gestión y los requisitos para su concesión.

Las ayudas concedidas a lo largo de 2007 son las siguientes:

TIPO DE AYUDA SOCIAL	NÚMERO DE PERSONAS BENEFICIADAS	IMPORTE CONCEDIDO
Anticipos reintegrables	64	117.592,00 €
Crédito vivienda	2	15.024,00 €
Becas estudio	238	29.373,00 €
Fondo social (gafas, prótesis..)	205	32.462,00 €
Aportaciones para guardería	240	151.821,00 €

Los préstamos concedidos se devuelven en un amplio periodo de tiempo y sin interés alguno. En el caso de los préstamos reintegrables, el plazo de devolución es de dos años. Y en el de crédito vivienda, el tiempo de devolución se establece para más de cuatro años.

Estas ayudas, concedidas a lo largo de 2007, se realizan con el compromiso de buscar el mayor valor posible para los profesionales del hospital. Y al tiempo que se mejoran sus expectativas, el centro responde a su compromiso social.

“Juntos, ciudadanos, profesionales y Consorcio Hospital General podemos conformar un modelo de evolución donde la responsabilidad social se construye junto a la responsabilidad ética, la legal y la económica”, señala Sergio Blasco, gerente del centro. ■

Préstamos vivienda, anticipos reintegrables, becas sociales o aportaciones para guardería son las líneas de concesión de ayudas que el General tiene establecidas

# Los niños que han seguido el programa de obesidad muestran una evidente mejoría

## El abordaje multidisciplinar incluye atención y consejo médico, orientación dietética y ejercicio físico



El Servicio de Pediatría del Hospital General, en colaboración con Especialistas en Educación Física de la Universidad Herrera-CEU, está llevando a cabo el Programa de Educación Física en el Niño y Adolescente Obeso. En el mes de julio presentaron los resultados, que ha sido muy satisfactorios en los niños han cumplido el programa.

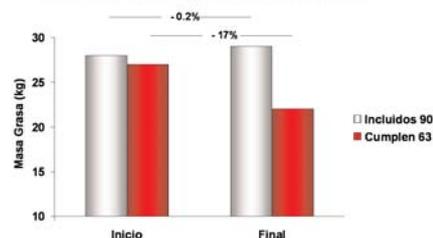
“La reducción de los parámetros que definen la presencia de obesidad es fundamental para reducir el riesgo a corto y largo plazo de la obesidad. Por eso estamos llevando a cabo un abordaje multidisciplinar en el que se evalúa al niño obeso, se establece si tiene repercusiones orgánicas precoces, se interviene con consejos dietéticos y se le diseña un programa de educación física, imprescindible para alcanzar los objetivos”, explica Empar Lurbe, jefa del Servicio de Pediatría.

La finalidad del programa es que estos niños dejen de ser obesos, con lo que desaparecerán los problemas médicos asociados a la obesidad (hipertensión, diabetes, problemas ortopédicos, etcétera), así como promover un estilo de vida saludable y aumentar el bienestar psicológico y social del niño.

Para conseguir estos objetivos, se ha hecho un abordaje individual con cada niño, al que se ha evaluado a través de una batería de pruebas físicas con el fin de conocer su estado de forma inicial y su evolución. De los datos que se presentaron en

julio destaca que de los 90 niños que habían iniciado el programa hace aproximadamente un año, 63 lo habían cumplido, consiguiendo una reducción de la obesidad que se ha acompañado de un porcentaje de reducción de masa grasa del 17%. “Lo importante ahora es que no sea un logro puntual para el niño, sino que se mantenga a lo largo del tiempo, por eso ahora vamos

**Reducción de la Masa Grasa según el Cumplimiento del Programa de Atención Integral al Niño Obeso**



a desarrollar un programa mixto de ejercicio domiciliario y presencial, junto con la incorporación de talleres de formación de alimentación saludable para que aprendan a cocinar y potenciar así hábitos saludables en el niño y en su entorno”, añade Lurbe.



Este programa que se está desarrollando dentro del tratamiento integral del niño y adolescente obeso del Hospital General, de la que su Unidad Contra el Riesgo Cardiovascular en Niños y Adolescentes es de referencia para toda la Comunidad Valenciana. ■



## Nace la Unidad Integral al Paciente Obeso

### La unidad garantiza una atención que engloba el tratamiento médico, dietético, la cirugía, el apoyo psicológico y la reconstrucción plástica postquirúrgica

La obesidad es una enfermedad crónica con múltiples e importantes complicaciones asociadas que disminuye la esperanza de vida del paciente. Se está convirtiendo en un problema sanitario importante debido al rápido crecimiento de esta patología. De hecho, en España supone el 7% del gasto sanitario. Sin embargo, se ha invertido mucho más en tratar las complicaciones que en prevenir y evitar su aumento.

La Unidad Integral al Paciente Obeso del Hospital General se crea con la intención de tratar al paciente obeso mórbido de manera individualizada, con un seguimiento dietético y nutricional, con una reeducación alimentaria y de los hábitos de vida y un apoyo psicológico adecuado.

“Se ha creado como un concepto de educación para la salud. En ella interviene un equipo que evalúa al paciente desde una perspectiva multidisciplinar, tanto orgánica como psicológicamente. Es importante destacar este aspecto de educación porque se requiere una modificación del comportamiento orientada a un cambio a largo plazo en el estilo de vida”, explica David Dávila, jefe de sección de Cirugía General y Digestiva y de la Unidad Integral al Paciente Obeso.

En los últimos años, en el Hospital General se ha hecho cirugía bariátrica con resultados satisfactorios. Esta cirugía consiste en reducir, mediante distintas técnicas (principalmente cruce duodenal, el by pass gástrico y la banda ajustable), la capacidad del estómago y, simultáneamente, la absorción de los alimentos. Esta cirugía es bastante segura, útil para al menos el 75% de los pacientes, duradera y con escasas complicaciones a largo plazo. Pero para obtener un resultado satisfactorio se requiere una educación pre y postoperatoria del paciente.

La unidad se ha diseñado con este objetivo, desde la colaboración estrecha y coordinación de varios profesionales: endoscopista, nutricionista, endocrinólogo, neumólogo, anestesiista-reatimador, cirujano digestivo, cirujano plástico, rehabilitador, psicólogo, etcétera.

El primer paso en la atención de estos pacientes es el control y tratamiento por parte del endocrinólogo y dietista.

Los requisitos fundamentales para acceder a la cirugía bariátrica son: tener una edad entre los 18 y los 65 años, que los pacientes

superen el índice de masa corporal en 40 kilogramos por metro cuadrado y no padecer problemas mentales incompatibles.

Cuando se considere indicado, el equipo escogerá la técnica quirúrgica adaptándola a las necesidades de cada paciente, le proporcionará el apoyo psicológico, la reconstrucción plástica postquirúrgica, si es necesario, la rehabilitación y llevará un adecuado seguimiento que garantice los mejores resultados con la menor morbilidad.

“Es importante la implicación del Servicio de Cirugía Plástica y del Servicio de Medicina Física y Rehabilitadora porque la obesidad conduce muchas veces a un exceso de piel que no siempre se recupera y deja laxitud en abdomen, muslos y en la cara interna de los brazos por la cantidad de tejido sobrante. También porque la mayoría de estos pacientes tienen alteraciones respiratorias por su obesidad mórbida, que serán mejoradas con la atención y cuidados de estos especialistas”, añade Dávila.

Con todo ello, esta unidad está concebida para lograr un alto grado de calidad asistencial y fomentar la docencia e investigación en este terreno. ■



De izquierda a derecha, centros de especialidades de Aldaya, Torrente y Juan Llorens

## El oncólogo de enlace disminuye a tres días el tiempo entre sospecha de cáncer y su diagnóstico

**Esta accesibilidad reduce la ansiedad del paciente ante la sospecha de un cáncer, acelera el acceso a los tratamientos y aumenta su supervivencia**

Los pacientes del departamento de salud 9 cuentan con la presencia de oncólogos en todos los niveles asistenciales y en todas las fases de la evolución de la enfermedad. Esta iniciativa se impulsó mayo de 2007 dentro del "Proyecto de desarrollo de la asistencia oncológica en el departamento 9: Una oncología más allá del hospital" con la finalidad de crear circuitos preferentes entre atención primaria, atención especializada y atención hospitalaria.

La consulta de oncología en los centros de especialidades ha proporcionado mecanismos de accesibilidad tanto a los pacientes y a sus familiares como a los especialistas del centro y a los médicos de los centros de salud. En estas consultas se diagnostican casos nuevos y se lleva el seguimiento de estos pacientes. Durante los meses de mayo a agosto se han realizado un total de 237 consultas (166 primeras consultas y 71 consultas sucesivas) y se ha disminuido el tiempo medio entre la interconsulta y la visita con el oncólogo de enlace a tres días, cuando, por lo general, ésta podía tardar varias semanas.

"Esta accesibilidad disminuye mucho la espera, evitando la ansiedad y el sufrimiento añadido e innecesario ante la sospecha de un cáncer. Entre las ventajas más destacables está el rápido acceso a los tratamientos y a los diagnósticos, lo que aumenta la supervivencia", señala Carlos Camps, jefe del Servicio de Oncología Médica.

Entre los motivos de consulta principales destacan el seguimiento por neoplasia ya conocida (29%), la patología relacionada con mama (13,2%), la sospecha radiológica de tumor (12,6%) y los resultados anormales en los análisis de sangre (12%).

La actividad asistencial se está desarrollando desde las 8.00 a las 15.00 horas, de lunes a miércoles, en los tres centros de especialidades del departamento de salud 9: José María de Haro, en Valencia; Francisco Cortina, en Torrent, y José María Sancho, en Aldaia.

Este control más cercano disminuye el número de desplazamientos que tiene que hacer el paciente, pues uno de los principales objetivos del oncólogo de enlace es acercar las medidas de prevención, así como disminuir el período de tiempo transcurrido entre la sospecha de un cáncer y su diagnóstico.

El oncólogo de enlace, además de agilizar y orientar los procesos diagnósticos y facilitar el acceso al tratamiento, establece planes terapéuticos (circuitos preferentes del cáncer), aumenta el rendimiento de los procesos para evitar la duplicidad de consultas y exploraciones, da continuidad de los procesos diagnósticos y terapéuticos y lleva un seguimiento activo de pacientes que ya han finalizado el tratamiento. ■



## Se pone en marcha el Programa de Triage Manchester en Urgencias

El programa prioriza la asistencia en función de la gravedad y permite realizar controles de calidad de los tiempos de espera

El Servicio de Urgencias del Hospital General ha puesto en marcha el programa de Triage Manchester, que clasifica al paciente a partir de diferentes motivos de consulta. De este modo, se dispone de una información clara sobre su estado y el tiempo aproximado de espera.

Con este método, al paciente se le clasifica en cinco categorías, cada una de las cuales se traduce en un código de color y un tiempo máximo de atención, lo que permite priorizar su asistencia en función de la gravedad y, sobre todo, objetivar clínicamente la decisión de esta priorización.

“Da una respuesta eficaz, basada en el paciente y en la gravedad clínica, a un problema como es la gestión de pacientes en el área de urgencias, así que supone un avance en las estrategias de mejora de la calidad porque se acortan los tiempos de atención urgente ajustados a los niveles de gravedad. Además, siguiendo en la línea de humanización del hospital, cada paciente va a tener asignado un equipo compuesto por un médico, un enfermero, un auxiliar de clínica y un celador.

De este modo, la responsabilidad del paciente será compartida y se personaliza más la atención”, señala Lola Illa, jefa del Servicio de Urgencias.

**A cada paciente que llega al Servicio de Urgencias se le asigna un equipo compuesto por médico, enfermera, auxiliar de clínica y celador**

Este sistema está totalmente optimizado para ser utilizado por enfermeros o médicos.

De fácil uso, proporciona un elevado beneficio al utilizar un triaje efectivo desde el primer momento. Además, permite en cualquier momento del ciclo de trabajo la reordenación de recursos en el área de urgencias en función de la demanda y genera información útil para la orientación de los recursos de los que debe disponer el área de urgencias.

“Nuestro objetivo es prestar una atención sanitaria siempre con el paciente como centro de atención de todo el proceso clínico. Al orientarse los flujos en función de su gravedad clínica y establecer la derivación oportuna hacia el área más adecuada (box de críticos, boxes de consultas, consulta básica, Traumatología, etcétera), se disminuye su ansiedad y su nerviosismo”, añade la doctora Illa.

Esta nueva actividad ha requerido la remodelación del área del Servicio de Urgencias, además de la formación y contratación de personal para realizar esta nueva tarea con diligencia, garantía y calidad. ■



## Sanitat inicia la campaña de vacunación de la gripe

### La conselleria de Sanitat va a distribuir 955.000 dosis de vacunas para prevenir la enfermedad

La conselleria de Sanitat ha iniciado, este mes de octubre, la campaña de prevención y vigilancia de la gripe 2007-2008, "una actividad en la que hemos invertido 6,2 millones de euros", ha señalado el conseller de Sanitat, Manuel Cervera. "De este modo –ha proseguido Cervera– hemos podido adquirir 955.000 dosis de vacunas para prevenir esta enfermedad".

"Desde el 1 de octubre los ciudadanos de la Comunitat Valenciana pueden acudir a sus centros de salud o a otros puntos que indique el personal sanitario previamente para vacunarse de la gripe. El periodo óptimo para la vacunación individual es durante los meses de octubre y noviembre", ha indicado el conseller Cervera.

"La campaña contra la gripe tiene como objetivo difundir entre los ciudadanos la necesidad de vacunarse contra una enfermedad con una gran repercusión no sólo sanitaria, sino también laboral y económica, y cuya incidencia hay que minimizar tomando para ello todas las medidas posibles", ha señalado Manuel Cervera.

En esta línea, el conseller de Sanitat ha destacado que "la importancia de la gripe deriva de su elevada capacidad de difusión, su alta morbilidad, y las complicaciones que puede producir, sobre todo en las personas mayores, en las que pa-

decen enfermedades cardiorrespiratorias, crónicas y metabólicas, y en los inmunodeprimidos".

#### Carteles bilingües, mensajes SMS y vacunación en residencias de la tercera edad

Para promover la vacunación antigripal, y siguiendo las recomendaciones de la OMS, la conselleria de Sanitat ha distribuido 1.000 carteles bilingües – valenciano-castellano - entre los mayores de 60 años por ser este colectivo el que presenta una mayor morbilidad. Asimismo se han editado y enviado a los distintos departamentos de salud otros 1.000 carteles bilingües para fomentar la vacunación entre los colectivos de riesgo y 1.000 carteles para fomentar la vacunación entre los profesionales sanitarios.

"Además, hemos previsto remitir mensajes SMS a las personas mayores de 60 años con información sobre las ventajas de vacunarse contra la gripe y correos electrónicos a los profesionales sanitarios para recordarles la importancia de que se vacunen", ha afirmado el máximo titular de la sanidad valenciana.

Con el fin de obtener las coberturas más altas posibles de la población incluida en los diferentes grupos de riesgo, la conselleria de Sanitat continuará con las estrategias iniciadas en temporadas anteriores



tales como ofertar la vacunación a los trabajadores incluidos en los grupos de riesgo de las empresas adheridas al Programa empresas generadoras de salud; ofertar también la vacunación a las residencias de la tercera edad públicas y privadas, y a sus trabajadores; y recomendar la vacunación a los profesionales sanitarios.

Como novedad de esta temporada se va a tematizar un tranvía en Alicante y Valencia con los carteles que se han diseñado para esta campaña y, por otro lado, se insertará publicidad rodante en los autobuses, "todo ello con el fin de lograr que el máximo número posible de valencianos se vacune contra esta enfermedad", ha explicado Cervera.

#### Red Centinela Sanitaria

Como se viene haciendo desde la temporada 1996-97, la Conselleria tiene previsto establecer un sistema de vigilancia de la gripe mediante la Red Centinela Sanitaria de la Comunitat Valenciana. La vigilancia se iniciará durante la semana 40 del año 2007 y finalizará la semana 20 del 2008.

En la Comunitat Valenciana, para la temporada 2006-2007, se seleccionaron 26 médicos generales o de familia y 9 pediatras, de manera que hubiera al menos un médico general o de familia por cada departamento de salud, y distribuyéndose los 9 pediatras por áreas urbanas preferentemente, de manera que procedieran a la notificación de casos de gripe a partir de la se-

mana 40 de 2006 (que comenzó el 1 de octubre de 2006) y hasta la semana 20 de 2007 (que finalizó el 19 de mayo de 2007).

En esta temporada se detectó un aumento del número de casos notificados y de las tasas con respecto al periodo anterior 2005-2006, que se caracterizó por la escasa actividad gripal.

El número de casos y la tasa de incidencia de esta temporada se ha situado por encima de la temporada anterior. El inicio del ascenso de la onda se produce a partir de la semana 1 de 2007 y el pico máximo alrededor de las semanas 6 y 7 de 2007 (tasas de 207,1 y 184,9 por 100.000 habitantes).

La afectación predominante se ha dado en la población infantil pues se alcanzaron tasas acumuladas de 2.611,9 casos por 100.000 habitantes en el grupo de 0 a 4 años de edad y de 2.286 casos entre los niños de 5 a 14 años. Por el contrario, la tasa más baja se dio en los mayores de 65 años, con 327 casos por 100.000 habitantes en la franja de edad de 65 a 74 años.

Asimismo, el 87% de los casos notificados por la Red Centinela se dieron en no vacunados frente a un 11,4% de casos en vacunados. Los síntomas que presentaron fueron fiebre (94%), síntomas respiratorios de vías altas (92%), malestar general (88%), tos (86%), dolores articulares (75%) y escalofríos (72%). ■

## Grupos de riesgo y vacunación

### Grupos de alto riesgo

- A-1. Adultos o niños con procesos crónicos cardiorrespiratorios.
- A-2. Enfermos crónicos residentes en instituciones cerradas.

### Grupos de riesgo moderado

- B-1. Enfermos afectos de procesos metabólicos crónicos, disfunción renal, hemoglobinopatías o inmunodeprimidos.
- B-2. Mayores de 59 años no incluidos en los grupos anteriores.

- B-3. Niños sometidos a tratamientos prolongados con salicilatos.
- B-4. Mujeres embarazadas de 2ª y 3ª trimestre en temporada de gripe.

### Otros grupos en los que se indica la vacunación

- C. Personal sanitario.
- D. Personas en contacto con pacientes de riesgo alto o moderado.
- E. Personal de servicios especiales (policías, bomberos, etc).
- G. Trabajadores del sector avícola



**Alfonso Pérez**

Jefe del Servicio de Nefrología

## “Las causas de la insuficiencia renal aguda actuales son muy distintas a las de los años setenta”

Fue uno de los primeros nefrólogos de España y el primero en realizar un programa de terapéutica sustitutiva de la función renal, mediante diálisis, en Valencia. Su interés por la medicina le vino por su interés por atender a la gente, y a partir de ese momento, toda su vida profesional ha ido ligada a la hospitalaria.

### ¿Por qué se decidió por la especialidad de Nefrología?

Cuando inicié los estudios en la Facultad de Medicina de Valencia, me decanté por la rama médica, además de ser alumno interno en Patología General. Al finalizar, me sentí atraído hacia la Nefrología, ya que por entonces la desarrollaban principalmente los especialistas en Urología.

Entonces, ya en las revistas médicas se publicaban artículos de los nacientes servicios de nefrología franceses y norteamericanos. En los últimos años de la década de los cincuenta aparece esta especialidad, una de las más jóvenes. Y yo, que a pesar de mis años me sigo considerando joven, soy de los nefrólogos de más edad en España.

### ¿Cuál ha sido su trayectoria antes de llegar al Hospital General?

Me formé en la especialidad de Nefrología en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona, bajo la dirección de mi maestro, el doctor del Río. Después, me traslade al Hospital de L'Antiquaille de Lyon con el fin de conocer y completar terapéuticas novedosas, por aquel

entonces, en relación a la fisiopatología renal y al trasplante renal.

En febrero de 1969 empieza la actividad en La Fe y soy contratado para iniciar y desarrollar la nefrología en dicho hospital, al mismo tiempo que en Valencia, que hasta entonces carecía de nefrólogos. Por ello, soy el primer nefrólogo, como tal, en desarrollar la especialidad y el primero en iniciar y realizar un programa de terapéutica sustitutiva de la función renal, mediante diálisis, en Valencia.

### ¿Y desde que llegó al Hospital General?

En 1980 sale a concurso público la plaza de Jefe de Sección de Nefrología, especialidad que no existía hasta entonces en el Hospital General. Me

presenté con el ánimo de, si la obtenía, crear y organizar un servicio acorde con la categoría que debía tener este hospital.

La plaza inicialmente estuvo incorporada en el Servicio de Urología, pero tenía total independencia. Fui creando una infraestructura con la incorporación de personal médico y de enfermería. Así fue como se pudo iniciar, en marzo de 1984, un programa de hemodiálisis periódicas.

Con motivo de las necesidades para la atención de los pacientes, paulatinamente se fueron incorporando el resto de médicos, los doctores R. Moll, L. Garcés, J. M. Escobedo, J. Sanchis, J. Villaro y M. Giménez, última en incorporarse en octubre de 1989. Y en 1988 se obtiene la acreditación para la formación de M.I.R en Nefrología. Con ello se ha conseguido poder propagar la línea de trabajo de este servicio por otros hospitales de la Comunidad, que es un motivo de satisfacción de todo el personal que integra el servicio y el mío propio.

#### ¿Cómo ha vivido la evolución del hospital durante todos estos años?

Desde que llegué, en octubre de 1980, aprecié una inquietud por actualizar técnicas y terapéuticas. De una manera paulatina el hospital se ha ido renovando y adaptando a las nuevas necesidades, sobre todo gracias a la inquietud por parte de la mayoría de los médicos y a los jefes de servicio, para mejorar esta institución y que esté al día para ofrecer a los usuarios un amplio y actualizado abanico de posibilidades.

En 1985 se realizó un curso de gestión hospitalaria, promovido por la gerencia (J. A. Díaz García-Donato) y patrocinado por la Diputación de Valencia. El curso lo impartió el doctor Moreu, que posteriormente fue contratado como gerente del hospital y que aplicó sus conocimientos en la dirección y gestión. Aquello fue el punto de inflexión que sirvió para encauzar las nuevas directrices de la sanidad actual.

#### ¿Qué piensa de la gestión que está llevando a cabo la actual gerencia?

Mi impresión es que está haciendo una labor positiva, con el fin de que

el hospital sea un centro de referencia puntero, tanto en la Comunidad como en el ámbito nacional. Para ello las directrices van encaminadas y están en órbita con la sanidad y el modelo de gestión actuales.

#### Respecto al paciente nefrológico, ¿en qué medida ha variado?

Ha cambiado la etiología de la insuficiencia renal, debido a los hábitos de vida más sedentarios, los alimenticios y la vida media más larga. Esto ha dado lugar a un incremento de la insuficiencia renal consecuente con la angioesclerosis, la diabetes tipo II, con disminución de determinadas formas de glomerulonefritis, principalmente las de peor evolución. Asimismo, las causas de la insuficiencia renal aguda actuales son muy distintas a las de los años setenta. Ahora es más frecuente el fracaso renal agudo, como complicaciones de la cirugía cardíaca o de la cirugía mayor.



Se está apreciando un significativo aumento de riesgo vascular en pacientes con insuficiencia renal. ¿Se considera el riesgo vascular como la principal causa de mortalidad en este tipo de pacientes?

En los pacientes que siguen tratamiento sustitutivo renal mediante diálisis, bien hemodiálisis o diálisis

peritoneal continua ambulatoria, así como en los trasplantados renales, la principal causa de mortalidad son las de origen cardiovascular, seguidas muy por detrás de las de origen infeccioso.

La causa de la insuficiencia renal es consecuencia de alteraciones cardiovasculares, así como la edad de los pacientes que inician diálisis (la mayor incidencia a partir de los 60 años).

#### ¿Cómo ve el futuro de esta especialidad en el hospital?

La asignatura pendiente del Servicio de Nefrología ha sido, desde unos quince años, el poder realizar trasplantes de riñón. Ojala llegue el momento en que se vea realizada mi ilusión, no obstante para poderla llevarla a buen fin habría que ampliar la infraestructura del servicio, así como contar con la colaboración de otros servicios. ■

Ha cambiado la etiología de la insuficiencia renal, debido a los hábitos de vida más sedentarios, los alimenticios y la vida media más larga

# Pioneros en el tratamiento quirúrgico ambulatorio de incontinencia urinaria

## El Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria, junto con el de Urología, es pionero en el tratamiento ambulatorio de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina



La urología es una de las especialidades con mayor proyección en el campo de la Cirugía Mayor Ambulatoria, pues su alto porcentaje de patología de mediana complejidad, susceptible de ser intervenida sin ingreso, y el avance tecnológico (endoscopia, ondas de choque, hipertermia y termoterapia, láser, etcétera) ha propiciado una evolución hacia procedimientos quirúrgicos cada vez menos invasivos, más simples y seguros, y, por lo tanto, con menos necesidad de hospitalización.

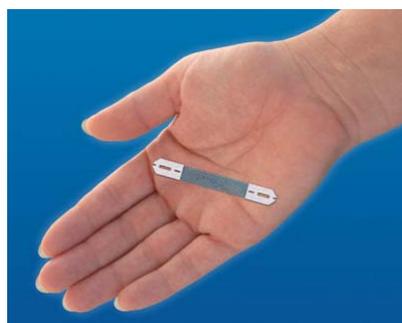
La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) se define como la pérdida involuntaria de orina por la uretra provocada por aumentos en la presión intraabdominal, que normalmente se neutraliza a través del armazón fisiológico de la uretra en el interior de la pelvis.

La corrección de la IUE es un procedimiento quirúrgico frecuente y que ha simplificado su realización de tal manera que un alto porcentaje de pacientes son candidatas a ser incluidas en un programa de cirugía ambulatoria. Asimismo, el hecho de

que pueda ser realizada con anestesia local o con local-sedación la convierte en un procedimiento idóneo en pacientes añosas, donde el riesgo anestésico suele ser elevado.

El Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital General ha sido pionero en su tratamiento con carácter ambulatorio estricto, y más de un centenar de pacientes se han podido beneficiar de él con excelentes resultados. Los responsables de la utilización de este procedimiento, los doctores Pedro Navalón y Cristóbal Zaragoza, afirman que la práctica totalidad de las pacientes afectas de IUE pueden ser tratadas mediante la colocación de una malla suburetral libre de tensión bajo anestesia local-sedación y en régimen estrictamente ambulatorio, considerando que la realización de este procedimiento bajo anestesia general y con ingreso hospitalario constituyen una sobreindicación terapéutica que debe ser evitada.

Aunque existen más de 150 técnicas quirúrgicas para tratar la IUE, los cabestrillos pubovaginales son considerados en la actualidad como el procedimiento de elección para la mayoría de pacientes, pues otros como las suspensiones con aguja no han superado la prueba del tiempo y las retropúbicas conllevan una mayor morbilidad.



“Se han diseñado diversos sistemas de corrección quirúrgica basados en el empleo de cabestrillos sin tensión. Últimamente se ha presentado una tercera generación de mallas con la incorporación al mercado del TVT SECUR: menos

invasivo y doloroso, que necesita menos disección y que permite su colocación con anestesia local. Este sistema, que es el que nosotros utilizamos, presenta un reducido tamaño (de sólo 8 cm de longitud) que permite colocarlo mediante una incisión mínima de aproximadamente un centímetro de longitud en la pared vaginal anterior. La malla se introduce en la paciente empleando un novedoso mecanismo de “sujeción y liberación” que permite una colocación estable y controlada, evitando salidas cutáneas”, señala Pedro Navalón, del Servicio de Urología del Hospital General. ■



## La Comisión de Lactancia Materna del departamento 9 lleva un año funcionando

En las últimas tres décadas, las bajas tasas de incidencia y duración de la lactancia materna se han reconocido como un problema de salud pública, y diversos organismos han publicado recomendaciones y planes de acción dirigidas a la solución del mismo. Por ello, la protección, promoción y soporte de la lactancia materna se ha convertido en una prioridad, como se ha enfatizado en la Estrategia mundial para la alimentación del lactante, publicada por la OMS. Y en esto, el personal sanitario tiene un papel clave.

En el departamento de salud 9, en respuesta a las carencias que han observado, crearon una comisión de lactancia materna multidisciplinar que abarca profesionales del ámbito hospitalario y de atención primaria. La comisión está integrada por los diferentes profesionales que atienden a la mujer, desde el embarazo hasta el postparto y seguimiento del lactante: obstetras, matronas, neonatólogos, pediatras y enfermeras. Dicha comisión surge como respuesta a una necesidad de implementar la lactancia natural y fomentar medidas de apoyo y soporte a la misma.

Una de las primeras propuestas que surgió fue la organización de un curso formativo sobre lactancia materna, con el propósito de mejorar los conocimientos teóricos y prácticos del personal sanitario.

Los objetivos que se propusieron fueron: mejorar los conocimientos sobre lactancia materna, proporcionar habilidades para promoverla y apoyarla y habilidades prácticas para el manejo diario de madres y recién nacidos lactados al pecho, así como capacidad para solucionar problemas frecuentes.

### La leche materna es el alimento natural e idóneo de los recién nacidos y lactantes

El curso se dirigió al personal del departamento 9, tanto de atención primaria como del Hospital General.

“La experiencia ha sido muy positiva, ya que ha proporcionando conocimientos y herramientas para enfrentarnos al trabajo diario con madres lactantes. También ha servido como refuerzo y estímulo para seguir trabajando en la línea de promoción de la lactancia materna y unificar los criterios a seguir por las diferentes categorías

profesionales. Dada la excelente aceptación y el gran número de solicitudes recibidas, ya se han realizado dos ediciones del curso y está previsto repetirlo con periodicidad bianual”, señala Elena Crehuá, médico del Servicio de Pediatra.



El siguiente paso que se está llevando a cabo es la redacción de un protocolo de lactancia materna para todo el departamento con el objetivo de unificar pautas de actuación y eliminar rutinas sanitarias erróneas. Se fomenta así el contacto precoz madre-hijo y aquellas acciones que favorecen el amamantamiento.

“Esperamos conseguir, poco a poco, una cultura creciente de lactancia materna, con el consiguiente beneficio para las madres y niños”, añade Crehuá. ■

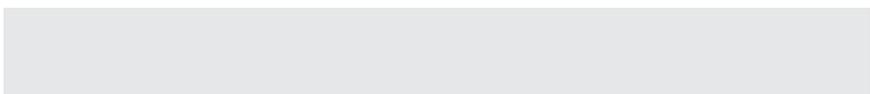
# TU DEPARTAMENTO EN BREVE



## Sanitat examina la salud de los escolares valencianos

La Conselleria de Sanitat apuesta por la salud y el bienestar de los escolares de la Comunitat y para ello cada año realiza una revisión médica a los más pequeños en el momento en el que inician una nueva etapa escolar, es decir, cuando el niño empieza educación infantil, primaria, educación secundaria, bachillerato o ciclos formativos de formación profesional.

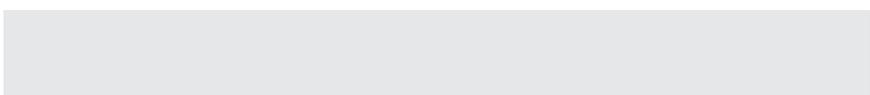
Este examen tiene como objetivo detectar problemas de salud desconocidos hasta ese momento para prevenir aquellas patologías que puedan afectar a la adaptación e integración del niño en el medio escolar. ■



## Nuevo sistema de aprovisionamiento

El hospital y el departamento 9 forman un bloque integral en el ámbito de la gestión sanitaria, por lo que todos los nuevos sistemas se están integrando paulatinamente a los distintos servicios sanitarios para homogeneizar los procesos de los servicios.

Uno de los primeros sistemas ha sido la integración de los centros sanitarios en los circuitos de aprovisionamiento del almacén general del hospital. Éste incorpora un sistema de identificación digital de los productos y una fórmula de reposición que reduce el almacenamiento innecesario. De este modo se mejora el uso de espacios, al ocupar sólo el necesario y se evitan las obsolescencias. ■



## Feria de Salud en Torrent

El conseller de Sanidad inauguró la Feria de Salud de Torrent, unos talleres de educación para la salud dirigidos a los escolares y actividades para adultos organizadas por distintas asociaciones.

El Hospital General, en colaboración con la Dirección de Salud Pública del departamento 9, presentó en el stand institucional de la Conselleria de Sanitat una colección de folletos informativos dirigidos especialmente a informar sobre atención bucodental, la Unidad Funcional de Mama, la consulta de enfermería dermatológica y la atención a niños en el Hospital de Día Pediátrico. ■



## Premio en Prevención de Riesgos Laborales

José Luís Alfonso Sánchez, actual jefe del Servicio de Medicina Preventiva y Prevención de Riesgos Laborales, ha sido galardonado con el primer premio de investigación en Prevención de Riesgos Laborales del CSIF por su trabajo Inversiones económicas en seguridad y riesgo biológico: ¿existe algún nexo entre ellos?

La entrega de estos premios, a los que se han presentado más de cuarenta trabajos, la hicieron conjuntamente el conseller de Sanidad y el conseller de Justicia y Administración Pública. ■

## Día Mundial de Cáncer de Mama

El pasado 19 de octubre se celebró el Día Mundial del Cáncer de Mama y el Hospital General colaboró con la instalación de una mesa informativa, atendida por voluntarias de esta la Asociación Vivir como Antes.

Esta asociación, sin ánimo de lucro, se dedica a ofrecer apoyo a las mujeres operadas de cáncer de mama. ■

## Mercedes Latorre obtiene la calificación de excelente cum laude

Mercedes Latorre, médica del Servicio de Patología Digestiva, presentó su tesis doctoral Valoración del tratamiento endoscópico con argón plasma coagulación en la rectitis actínica crónica en la Facultad de Medicina.

La tesis, dirigida por los doctores Enrique Medina y Eduardo Gracia-Grano, ha sido calificada por los miembros del tribunal como excelente apto cum laude por su alto nivel científico y la novedad del tema. Esta técnica, que se hace el Hospital General y en pocos hospitales más de España, ha confirmado un éxito de aplicación. ■

Vuélcate con  
la vida



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



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



**SOLIMAR**  
GERORESIDENCIALES

VIVIR MEJOR



PLAZAS PÚBLICAS Y PRIVADAS  
TEL. 96 330 71 58 [www.solimar.es](http://www.solimar.es)

Disfruta de un día en ALTA MAR por sólo

60€

[www.chartermaritimo.es](http://www.chartermaritimo.es)  
607 392 207

SOLUCIONES FLEXIBLES  
PARA AUTOMATIZACIÓN DEL LABORATORIO



NUESTRO COMPROMISO CON EL PACIENTE  
ES NUESTRO COMPROMISO CON EL 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

Estamos por las personas

**Ruralcaja**



restauración  
sanitaria  
responsable



grup rocha

Sede central  
Carretera de Montcada, 601  
08227 Terrassa (Barcelona)  
[www.c-rocha.es](http://www.c-rocha.es)  
Atención al cliente  
902 44 05 04

