

"Noticias del 12"

Cumplidos muchos de los objetivos fijados en el PAS de 2003

El Hospital ha cumplido con un amplio porcentaje de los objetivos fijados en el Plan de Actuación Sanitaria (PAS), firmado el pasado año con el Instituto Madrileño de la Salud (Imsalud). Así se deduce de los datos de cierre de actividad disponibles en este momento y que arrojan un saldo positivo a favor del Centro, especialmente en lo que a actividad hospitalaria se refiere.

Se han cumplido mayoritariamente, por ejemplo, los objetivos en hospitalización, trasplantes, actividad ambulatoria, tratamientos fisioterapéuticos y atención a procesos oncológicos. En otros casos, aunque no se alcanza la cifra que figura en el PAS, el cierre definitivo está bastante próximo (ver cuadro adjunto con algunos de los datos más importantes).

	PAS 2003	CIERRE DICIEMBRE		PAS 2003	CIERRE DICIEMBRE
ACTIVIDAD HOSPITALARIA			ACTIVIDAD AMBULATORIA		
Hospitalización			-Consultas primeras 396.000 410.995		
-Altas totales	42.000	42.373	-Consultas sucesivas	Sin objetivo	847.414
-Peso medio hospitalización	1,71	1,715	-Relación sucesivas/primeras	2,10	2,06
-Estancia media	8,70	8,81	-Urgencias totales	276.000	282.903
-I.E.M.A.	0,98	1,041	-Urgencias no ingresadas	253.644	258.411
-% de codificación	98,798	98,67	-Pacientes espera consultas	42.000	45.671
			-Demora media	20	40
Trasplantes			CONTINUIDAD ASISTENCIAL		
-Extracciones	24	15	Estudios y exploraciones		
-Trasplantes	260	274	-Ecografía	68.000	63.721
			-Mamografía	27.000	28.683
Procedimientos extraídos			-T.C.	35.000	36.922
-Litotricias	1.500	1.511	-R.M.	14.000	17.331
-Radioterapia	1.400	1.558	OBJETIVOS DE SALUD		
			Atención enfermedades infecciosas		
Diálisis			-Pacientes ambulatorios en tratamiento con antirretrovirales	986	1.146
-En el hospital	60	57	Atención procesos oncológicos		
-En centros concertados	137	147	-Tratamientos hospital día oncológico	20.431	18.922
Pacientes con terapias respiratorias			Actividad		
-Oxigenoterapia domiciliaria	2.196	2.233	-Consultas alta resolución (alergia, anestesia y reumatología)	3.150	3.204
-Ventilación mec. domicilio	25	28	-Hospitalización domicilio	312	334
-Aerosolterapia	374	427	-Ingresos cuidados paliativos	399	425
-Tratamiento ventilatorio SAOS	2.365	2.837	Atención enfermedades cardiovasculares		
			-Actividad con ingreso procesos varios	2.264	2.036
ACTIVIDAD QUIRURGICA			Tratamientos fisioterapéuticos		
Medios propios			-Pacientes tratados	18.269	27.075
-Intervenciones programadas con hospitalización	13.800	12.329	-Tratamientos varios	183.785	435.190
-CMA	12.500	16.833	ORIENTACION SERVICIOS AL CIUDADANO		
-Otros procesos quirúrgicos fuera de ambulatorio	5.200	4.528	Optimización atención farmacéutica		
-Tratamientos hospital día	4.500	4.735	-Pacientes externos antirretrovirales	986	1.146
Medios ajenos			-Pacientes hepatitis C con Interferon y Ribavirina	130	126
-Intervenciones facultativos propios en otros centros	4.500	4.866	-Pacientes esclerosis múltiple en tratamiento	102	102
-Intervenciones en hospitales apoyo	1.445	1.170	-Prescripción genéricos	4,00	3,53
-Intervenciones en centros concertados	4.555	3.353	-Novedades terapéuticas	5,00	5,47
Lista espera quirúrgica					
-Total pacientes lista espera	5.782	6.644			
-Pacientes 3 a 6 meses	1.164	1.317			
-Demora media	55	61			
-Pacientes más de 6 meses	0	0			
-Porcentaje intervenciones procedentes lista espera	49,15	53,29			



Instalaciones del Servicio de Farmacia donde se preparan las dosis unitarias de fármacos.

La Unidosis ya está implantada en 500 camas del Hospital

El sistema de dispensación de dosis unitarias de fármacos sigue una implantación creciente y paulatina en nuestro Hospital. En la actualidad, ya funciona en 500 camas, estando previsto extenderlo a unas 200 más este mismo año.

Concretamente, el sistema está implantado en 216 camas del Hospital General (Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hematología-Trasplante de Médula Osea, Cirugía de Tórax, Urología, Cirugía Cardíaca, Nefrología y Neumología-Endocrinología-Reumatología) y en 284 del Hospital Materno-Infantil (Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Oncología Médica y Dermatología).

Desde que se puso en marcha hace ahora nueve años, ha ido desarrollándose poco a poco, con los beneficios para la seguridad del paciente que eso supone, ya que disminuyen considerablemente los posibles errores de medicación. Junto a esta importante ventaja, el sistema también permite reducir el tiempo que los profesionales de Enfermería dedican a la preparación del tratamiento farmacológico y conocer el gasto por paciente y patología en este ámbito, según nos han explicado los responsables del Servicio de Farmacia encargados del proyecto.

Esta fórmula de trabajo requiere conocer la historia farmacoterapéutica de cada paciente, "permitiendo la intervención farmacéutica -sustitución genérica y/o terapéutica- antes de la dispensación y administración de los fármacos", explican dichos responsables.

El sistema consiste en facilitar de forma individualizada para cada paciente las dosis de medicamentos necesarias para cubrir un máximo de 24 horas de tratamiento, a partir de la prescripción médica, validada por el farmacéutico. Cada dosis preparada debe ir perfectamente identificada y preparada para su administración directa. Además, y a fin de evitar posibles problemas, cada unidad o servicio clínico dispone de un pequeño botiquín que cubre las necesidades urgentes.

REQUISITOS DE LA UNIDOSIS

Pero, para que todo funcione, se necesita cumplir con unos requisitos mínimos: que el farmacéutico reciba la prescripción original o, en su defecto, una copia exacta de ésta; que los medicamentos no se dispensen hasta que el farmacéutico haya validado la prescripción médica, y que se establezcan unos horarios para realizar la prescripción, el trabajo del Servicio de Farmacia y la distribución de los medicamentos, entre otros.

La dispensación de dosis unitarias se encuentra centralizada en el Servicio de Farmacia -sótano -1 del Hospital General-, que cuenta con un espacio reservado a este trabajo (ver foto).

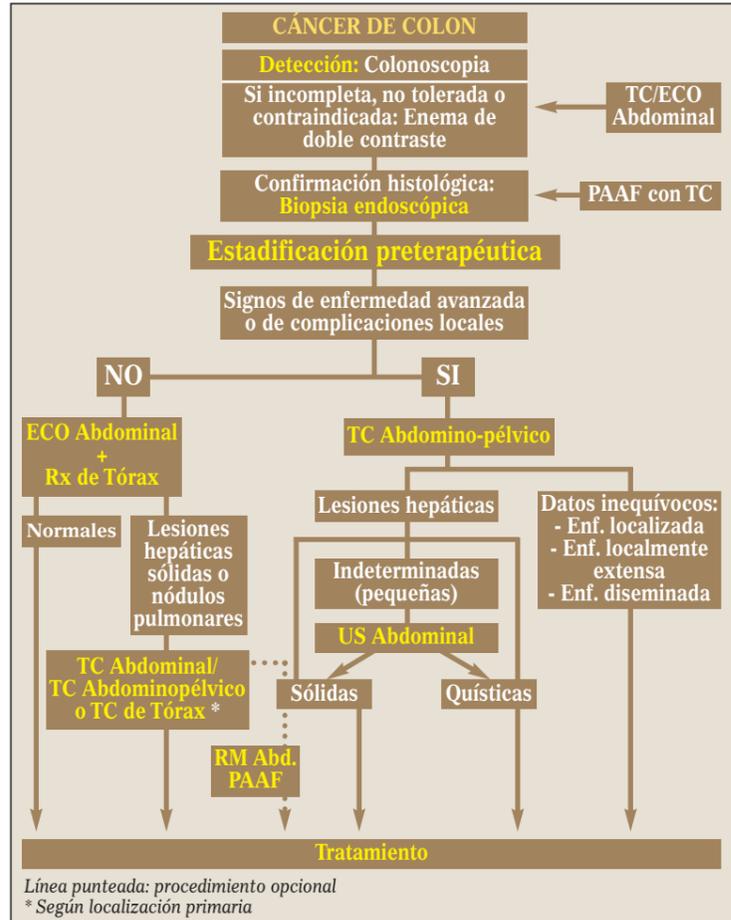
Nueva actualización del protocolo de carcinoma colorrectal

La Subcomisión de Tumores Digestivos acaba de realizar una revisión del Protocolo de carcinoma colorrectal, que supone la actualización de las pautas que deben regir el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de esta patología y que será de gran utilidad para todos los profesionales, ya que facilita la coordinación entre servicios, ayudando al mismo tiempo en la toma de decisiones clínicas.

El trabajo, que puede consultarse de forma completa en la Intranet del Hospital –sección de Calidad–, pretende dar respuesta a la cada vez mayor incidencia de este tipo de carcinoma en nuestro medio y a la continua evolución de todos los aspectos relacionados con la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Dedica especial atención al diagnóstico, definiendo mejor los grupos de riesgo, y al seguimiento de los pacientes, actualizando los conceptos que han sufrido cambios en los últimos tiempos.

Incluye capítulos específicos dedicados al diagnóstico endoscópico y por imagen, anatomía patológica, tratamiento quirúrgico, quimioterápico y radioterápico, así como al seguimiento posterior a la cirugía. Asimismo, hace referencia al diagnóstico de la presentación familiar de



Línea punteada: procedimiento opcional
* Según localización primaria

este tipo de tumor, cada vez más frecuentemente reconocida, a nuevos esquemas terapéuticos oncológicos, a la mejor selección de los pacientes para cada opción terapéutica y a la identificación de nuevos factores pronósticos "que permitirán seleccionar grupos de mayor riesgo en los que indicar terapias más agresivas".

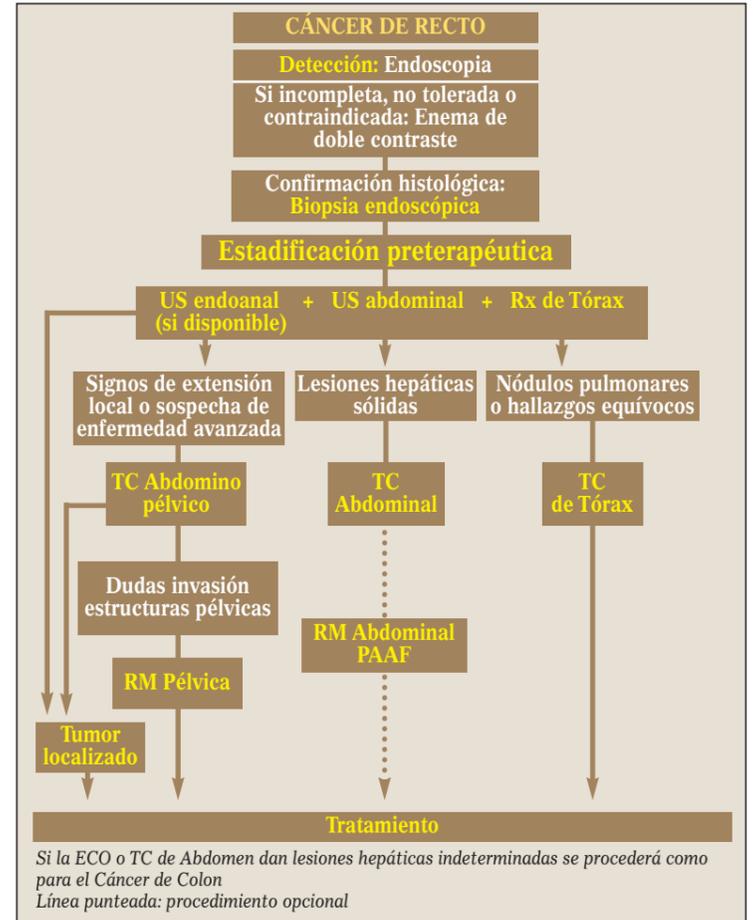
El documento incluye dos algoritmos que recorren todas las fases asistenciales del cáncer de colon y de recto, desde que se detecta hasta que se inicia el tratamiento (ver esquemas adjuntos).

Según el Registro de Tumores del Hospital, de 3.177 nuevos casos de

RECUERDA: Protocolos disponibles en la Intranet

- Protocolo de carcinoma colorrectal.
- Plan de vigilancia y control de la infección por "stafilococcus aureus oxacilin resistente" (SAOR).
- Protocolo de contención mecánica de movimientos.
- Inserción de catéter venoso-central por vía periférica.
- Inserción de catéter venoso periférico.
- Cuidados de catéteres en vías periféricas.

tumores malignos registrados en el Área durante el año 2000, 352 (11%) correspondieron a este tipo



Si la ECO o TC de Abdomen dan lesiones hepáticas indeterminadas se procederá como para el Cáncer de Colon
Línea punteada: procedimiento opcional

- Recomendaciones para la prevención de la transmisión hospitalaria de la tuberculosis.
- Protocolo de neumonía comunitaria.
- Protocolo de reserva de sangre en cirugía programada de adultos.
- Protocolo de profilaxis antibiótica quirúrgica.
- Protocolo de cáncer gástrico.
- Protocolo de cáncer de mama.
- Protocolo de uso razonable de antibióticos en el tratamiento empírico de la infección intraabdominal.
- Protocolo de profilaxis tromboembólica.
- Manual de Cuidados de Enfermería para el paciente con balón de contrapulsación intraaórtico

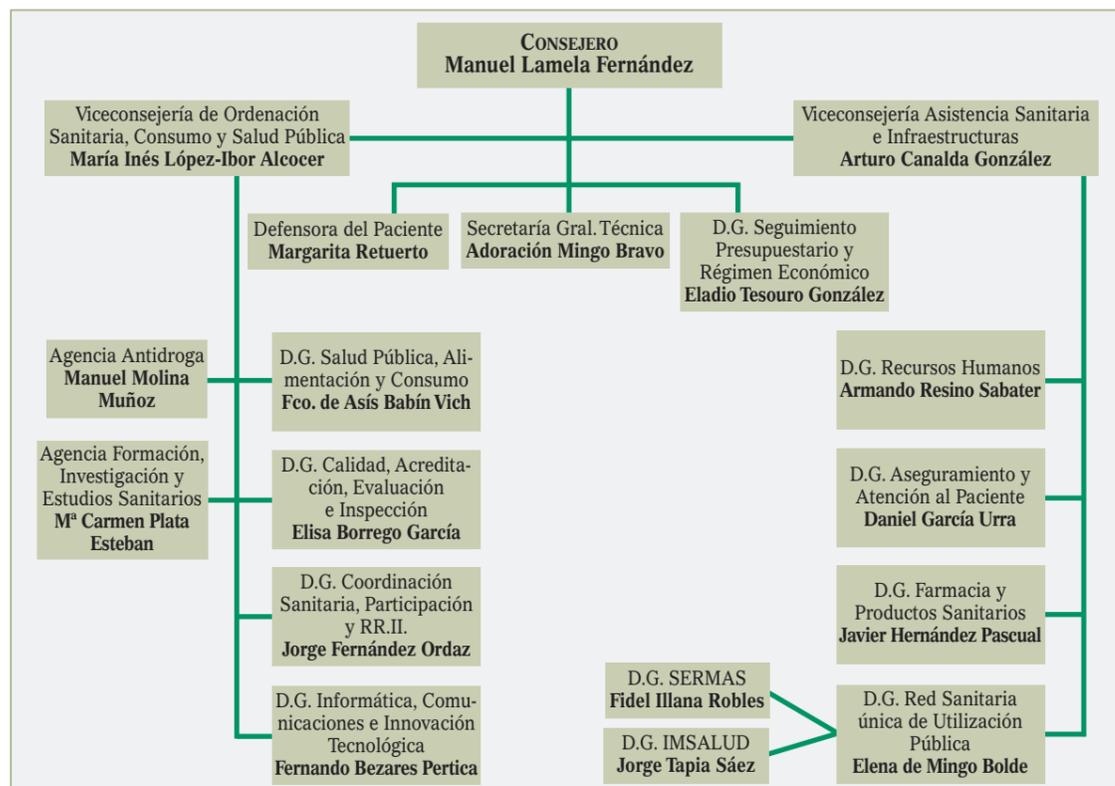
de cáncer, ocupando el tercer lugar de incidencia después del de pulmón y mama. De ahí la importancia de

esta iniciativa, que sin duda mejorará la asistencia de los pacientes afectados por esta patología.

Nuevo organigrama de la Consejería de Sanidad y Consumo de Madrid

La Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid ha modificado su organigrama para hacerlo compatible con las líneas de actuación

marcadas por el actual Gobierno de la Comunidad. El esquema planteado por el Consejero de Sanidad y Consumo de Madrid, Manuel Lamela Fernández, simplifica el organigrama jerárquico del Departamento para dotarlo de mayor operatividad.



Cartas a la Redacción

Jornadas de Cirugía Urológica Laparoscópica.

Los pasados días 18, 19 y 20 de Enero se han celebrado en nuestro Hospital unas jornadas de cirugía urológica laparoscópica, organizadas por el Servicio de Urología, contando para la realización de las mismas con una de las máximas figuras de la urología laparoscópica a nivel mundial, el Dr. Octavio Castillo, de Santiago de Chile. Estas jornadas se han desarrollado de forma interrum-pida en turnos de mañana y tarde, lo que ha permitido la realización de un considerable y variado parte quirúrgico que incluyó: feocromocitoma, prostatectomías radicales, nefrectomías y adenomec-tomía. En total se realizaron siete cirugías en directo en las que el doctor Castillo fue asistido por los miembros del Servicio de Urología, doctor Pas-sas y doctor Duarte. Dichas intervenciones fueron transmitidas mediante conexión por

cable al aula de Urología y seguidas en directo por el resto del Servicio y miembros de otros Servicios de Urología de Madrid y Sevilla. Durante los intervalos entre las intervenciones el doctor Castillo impartió cuatro conferencias, en las que mostró su experiencia en este campo de la cirugía urológica que calificó como estándar para numerosos procesos realizados tradicionalmente hasta ahora mediante cirugía "abierto" y que está en desarrollo en una significativa proporción de los restantes, lo que sin lugar a dudas cambiará (ya está cambiando) profundamente la actividad quirúrgica actual. El excelente nivel quirúrgico que se ha mostrado en estas jornadas ha sido un importante estímulo para el Servicio de Urología del Hospital 12 de Octubre que lleva más de un año realizando cirugía laparoscópica, habiendo cubierto en este periodo un amplio listado de proce-

dimientos quirúrgicos: nefrectomías radicales y parciales, prostatectomías radicales, tumores retroperitoneales, etc, algunos de ellos calificados de alta complejidad. Decididamente el Servicio de Urología se sitúa como un firme defensor de este profundo cambio en el manejo quirúrgico del paciente urológico, en el contexto de la cirugía mínimamente invasiva. El Servicio de Urología desea expresar su agradecimiento a todos los profesionales que han hecho posible la realización de estas jornadas: Dirección del Hospital, anestelistas, DUE-instrumentistas, a todo el Servicio de Urología y especialmente al doctor Castillo por su amable y desinteresada contribución.

Juan Passas, José Manuel Duarte, Angel Tejido. Equipo de cirugía laparoscópica del Servicio de Urología. Oscar Leiva. Jefe de Servicio de Urología.

Once años en el primer puesto en este tipo de intervenciones

Un año más somos líderes en trasplantes en Madrid

El Hospital encabezó en 2003 la lista de hospitales de la Comunidad de Madrid en lo que a número de trasplantes se refiere, situación que se repite desde hace más de una década. El pasado año se realizaron en nuestro centro 218 trasplantes -116 de ellos renales, 71 hepáticos, 19 cardíacos y 12 pancreáticos-, a los que debemos añadir 75 de médula ósea.

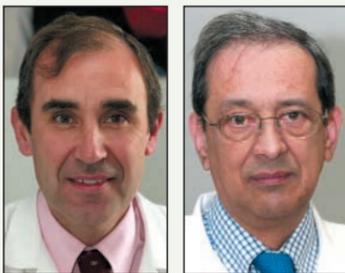
Somos también el tercer hospital nacional en actividad trasplantadora, figurando también entre los centros sanitarios con un mayor número de donacio-

nes, lo que ha sido posible gracias al esfuerzo realizado por los más de 100 profesionales que participan en el programa de trasplante de nuestro centro.

Desde que el Hospital iniciara su programa de trasplantes en el año 1976, se han realizado 3.285 intervenciones de este tipo, correspondiendo 1.949 a renales, 962 a hepáticos, 330 a cardíacos y 44 a páncreas. A estos trasplantes de órganos sólidos deben añadirse los de médula ósea, 769 desde que iniciáramos este tipo de intervenciones.

El doble trasplante renal de donantes de edades muy avanzadas, una experiencia pionera de nuestro Hospital en la comunidad científica internacional

Autores:
Amado Andrés
Coordinador de Trasplantes
Oscar Leiva
Jefe de Servicio de Urología



Amado Andrés Oscar Leiva

Hasta la primera mitad de los años ochenta no se admitían para trasplante renal donantes que superaran los cincuenta años. La presión de las listas de espera y los buenos resultados que paulatinamente se fueron obteniendo en este tipo de trasplante hizo que, poco a poco, se fuera ampliando la edad de los donantes. De esta forma, al final de los ochenta y principios de los noventa se publicaron experiencias que describían resultados satisfactorios de trasplantes renales con riñones de donantes mayores de cincuenta y cincuenta y cinco años. En el último tercio de la década de los noventa se da un paso más y se utilizan con éxito donantes mayores de sesenta años.

De todos los trabajos publicados en la literatura, salvo excepciones, se saca la conclusión de que la supervivencia del injerto renal cuando se utiliza un donante mayor es muy satisfactoria, siempre que los receptores sean también de edad avanzada. Por tanto, estos injertos añosos, algo merma- dos de masa renal por el envejecimiento (glomeruloesclerosis ligada a la edad), deben trasplantarse en receptores también mayores que presentan menores tasas de rechazo agudo por la menor reactividad inmunológica de la senectud y tienen una menor esperanza de vida, que compensa su hipotético menor tiempo de funcionamiento.

En un intento de mejorar los resul-

tados del trasplante renal con donantes mayores, en 1995 se propuso cuantificar la cantidad de tejido no funcional que presentaban estos riñones, evaluando el porcentaje de glomérulos esclerosados en la biopsia preimplante. Se vio que aquellos riñones que tenían un porcentaje de glomeruloesclerosis superior al 20% presentaban una peor evolución.

Paralelamente en 1996 se comunicaron las primeras experiencias sobre dobles trasplantes renales simultáneos usando riñones de donantes que, por su edad o por sus antecedentes de hipertensión arterial o diabetes, eran rechazados por todos los equipos de trasplante, ya que se asumía que podían tener un alto grado de glomeruloesclerosis. Los resultados de estos dobles trasplantes simultáneos con "riñones que nadie quería", que procedían de donantes con edades medias inferiores a 65 años, fueron satisfactorios.

Sobre la base de estas dos últimas experiencias, en diciembre de 1996 nuestro grupo de trasplante renal diseñó el siguiente protocolo para utilizar, con el mayor éxito, riñones de los donantes mayores de 60 años y ampliar, sin límites, la edad de los donantes renales de cadáver con función renal normal:

1. se realiza un doble trasplante renal simultáneo en un sólo receptor cuando los donantes tienen más de 75 años o, cuando teniendo edades entre 60 y 74 años, presentan un porcentaje de glomeruloesclerosis superior al 15% en la biopsia preimplante;
2. se realiza un trasplante simple en dos receptores diferentes, cuando los riñones de los donantes entre 60 y 74 años presentan un porcentaje de glomeruloesclerosis inferior al 15%
- y 3. los receptores de estos injertos renales serán también de edad avanzada.

Durante los siete años de aplicación de este protocolo (Diciembre-

1996 a Enero-2004) hemos realizado 255 trasplantes renales con donantes mayores de 60 años, 75 de ellos dobles y 180 simples. La edad media de los donantes fue de 75±5 (rango:89-60) años para los dobles y 68±4 (rango:74-60) años para los simples. La supervivencia del injerto ha estado por encima del 90% al año y casi en el 80% a los cinco años tanto en los trasplantes dobles como en los simples.

Si comparamos la actividad trasplantadora renal de nuestro grupo en este periodo de tiempo con la actividad en los 83 meses previos (desde Enero de 1990 a Noviembre de 1996) observamos que la media mensual de trasplantes se elevó significativamente de 7.5±3.4 a 11±3, p<0.001. Esto fue consecuencia del incremento en los trasplantes renales con donantes mayores de 60 años, ya que, en el periodo histórico 1990-1996, éstos sólo suponían un 12% del total de trasplantes realizados por nuestro grupo, pasando a ser un 36% (p<0.001) tras la instauración del nuevo protocolo de manejo del donante mayor. Asimismo, en el periodo 1990-1996 nosotros desechábamos el 35% de los riñones de donantes mayores de 60 años y esta cifra se ha reducido a un 18% (p<0.01) en la última etapa.

En conclusión, el trasplante doble o simple según el porcentaje de glomeruloesclerosis en la biopsia preimplante nos permite ampliar la edad de los donantes renales casi ilimitadamente hasta edades que superan los 80 años, en una experiencia pionera en la comunidad científica internacional. Esta política nos ha permitido disminuir el número de riñones desechados y aumentar el número de trasplantes renales realizados, con excelentes resultados a corto y largo plazo y sobre todo a evitar la penosa diálisis a los pacientes mayores que antes de este protocolo no se incluían en lista de espera para trasplante.

Primera reunión del Patronato de la Fundación de Investigación

El pasado 28 de enero se reunió por primera vez el Patronato de la Fundación de Investigación del Hospital, cuyo funcionamiento quedó regulado en el Decreto 180/2003 de 24 de julio de la Consejería de Sanidad (ver "Noticias del 12" nº 27). Como se recordará, esta Fundación será la encargada de promover la investigación científico-técnica y la formación y docencia, con el fin de potenciar la calidad asistencial del Hospital.

Como miembros del Patronato de esta Fundación han sido nombrados hasta el momento los siguientes:

● Por la Consejería:

-Dr. Joaquín Martínez. Director Gerente Hospital (presidente de la Fundación).

-Dra. Milagros Marín. Directora Médica Hospital (vocal).

-Rafael Peláez. Director de Gestión Servicios Generales Hospital (vocal).

-José Nieves. Director de Gestión RR.HH. Hospital (vocal)

-Dra. Julia Rodríguez. Jefe de Servicio Alergia Hospital (vocal).

● Por la Universidad Complutense:
-Dr. Rafael Enríquez de Salamanca. Jefe de Servicio Unidad Investigación Hospital (vocal).

● Por la Agencia Laín Entralgo:
-Dr. José Luis Puerta. Director General de la Fundación para la Cooperación y Salud Internacional (vocal).

● Por razón de su cargo o puesto:
-Dr. Agustín Gómez de la Cámara. Presidente Comisión Investigación Hospital (vocal).

-Dr. José María Morales. Presidente Comité Ético de Investigación Clínica Hospital (vocal).

Queda pendiente de nombramiento el Director de la Fundación y los miembros del Consejo Asesor y de la Comisión Científica, lo que se producirá próximamente. El primero de éstos y los presidentes de ambos órganos serán también vocales del Patronato de la Fundación.

Estudio coordinado por Juan L. Castellano, enfermero del Servicio de Neumología

Casi el 40% de los profesionales sanitarios de nuestro Hospital fuma

La tasa de fumadores entre los profesionales sanitarios de nuestro Hospital es del 38,9 por ciento, según un estudio realizado por Neumología que ha sido coordinado por Juan Luis Castellano, enfermero de este servicio. Los resultados del trabajo también demuestran que el 43,9% de los profesionales sanitarios no son fumadores y que el 17,2% son exfumadores.

De los datos obtenidos en este sondeo se deduce asimismo que la prevalencia del tabaquismo entre el personal sanitario es tan alta como en el resto de la población y que hay menos fumadores entre los médicos y más entre los profesionales de Enfermería (ver gráfico adjunto).

Además, los resultados del estudio concluyen que, entre los fumadores, el promedio de consumo de cigarrillos por día era de 17,6 en el momento de realización del estudio. El promedio de intentos para dejar de fumar fue de 1,7 por persona y el tiempo promedio desde el último intento fue de 36 meses.

Por último, y entre otros datos de interés, el trabajo apunta que en las especialidades que atienden patología relacionada con el consumo de esta sustancia hay un 33% de fumadores, mientras que este porcentaje se elevaba a un 48% en el caso de otras especialidades.

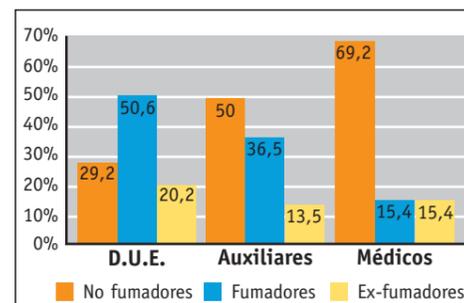
Para llevar a cabo este estudio se diseñó un cuestionario anónimo con una serie de preguntas sobre el tabaquismo que

se repartió entre los profesionales sanitarios del Hospital de 14 especialidades distintas, siete de las cuales trataban patología relacionada con este hábito. De los 252 cuestionarios recogidos se excluyeron 72 por cuestiones puramente técnicas.

Para su valoración final, se consideró fumador aquél que consumía tabaco en el momento de recogida de la encuesta o que llevaba menos de un año sin fumar, como no fumador al que no lo había sido nunca y como exfumador al que llevaba más de un año sin practicar este hábito.

De la población estudiada, 140 eran mujeres y el resto hombres, con una edad media de 38,51 años. Además, el 49,4% eran Diplomados en Enfermería, el 28,9% Auxiliares y el 21,7% médicos.

En el estudio participaron Raquel Navarro, Pilar Cantizano, Esther Cabañes, Elena González, Inmaculada Martínez, Verónica Munuera y Juan Luis Castellano, todos enfermeros del Servicio de Neumología, junto a la Dra. Díaz de Atauri, médico del mismo servicio. Dicho estudio obtuvo el premio a la mejor comunicación de Enfermería en el Congreso de Neumomadrid del año 2002.



En Detalle

➔ **Tres médicos del Hospital, en el Consejo Superior de Medicina de Madrid.**— La Consejería de Sanidad de Madrid acaba de constituir el Consejo Superior de Medicina, encargado de asesorar sobre asuntos científicos y técnicos, en situaciones de alerta sanitaria y sobre cualquier otro tema relativo a las competencias de este departamento. El Dr. Enrique Moreno, jefe de Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Organos Abdominales, ha sido elegido presidente. Además, ha sido nombrado un grupo de 14 vocales, entre ellos el Dr. Hernán Cortés-Funes, jefe de Servicio de Oncología Médica, y la Dra. Florinda Gilsanz, jefe de Sección de Hematología. El Consejo Superior de Medicina funcionará en Pleno y también en grupos de trabajo. Su presidente podrá recabar la opinión de otros profesionales, científicos, entidades, asociaciones y colegios profesionales cuando lo estime oportuno.

➔ **Reportaje de televisión sobre trasplante cardiaco.**— El pasado 30 de enero el programa Mi Cámara y yo, de Telemadrid, emitió un reportaje sobre un trasplante cardiaco realizado a un paciente en nuestro Hospital. La emisión de dicho reportaje, con una duración de 25 minutos, tuvo un gran éxito de audiencia; concretamente una cuota de pantalla del 17,2 por ciento, un punto por encima de la media de la cadena. Participaron en su grabación, realizada en varios días, casi 40 profesionales de nuestro Centro.

➔ **Actuación del Coro del Área 11.**— El Coro del Área 11, integrado por profesionales del Hospital y de Atención Primaria, ha actuado recientemente en un concierto de música de la Guardia Real, en el que también han participado el coro del Hospital La Paz y del Gregorio Marañón, entre otros. El concierto tuvo lugar en el Centro Cultural de la Villa y a él acudieron importantes personalidades del mundo político, cultural y de la administración. Todos los profesionales del Hospital que quieran formar parte del coro, pueden hacerlo en cualquier momento, simplemente acudiendo a uno de los ensayos. Estos tienen lugar por ahora en el Centro de Salud San Andrés (Villaverde), de 15,00 a 16,00 horas, aunque en un futuro próximo podría ensayarse un día adicional en el Hospital, de 14,30 a 15,30 horas. Además de las actuaciones que tendrán lugar en nuestro Centro a lo largo del año, el Coro del Área 11 participará probablemente en el Certamen de Coros Sanitarios.

Conociéndonos mejor

Hace ya 15 años que se creó el Servicio de Cirugía Cardíaca de nuestro Hospital. En este tiempo ha experimentado una importante evolución, no sólo en lo que a técnica y procedimientos se refiere, sino también en cuanto a instalaciones y organización, lo que se ha reflejado en los resultados obtenidos. Su responsable, el doctor Juan José Rupilanchas, asegura que el nivel de calidad de los tratamientos y la experiencia acumulada distingue a este Servicio de otros muchos.

—Pregunta: ¿Cuándo nació el Servicio de Cirugía Cardíaca y cómo ha sido su evolución?

—Respuesta: El Servicio comenzó a funcionar en 1989. Previamente se habían habilitado dos quirófanos en la antigua zona destinada al trasplante renal. Las obras de reforma de estos quirófanos duraron aproximadamente un año. La Unidad de Cuidados Postoperatorios de Cirugía Cardíaca (UCP) se demoró unos meses más y durante ese tiempo los pacientes pasaban el postoperatorio inmediato en la Unidad Coronaria. En 1990 comenzó el Programa de Trasplante Cardíaco, realizándose una media de unos 25 trasplantes al año. Muchas técnicas se han perfeccionado y asentado, mientras otras han dejado de utilizarse, como la cirugía de las arritmias. En el momento actual hay 6 cirujanos de plantilla, 4 anestelistas de Cirugía Cardíaca, 8 DUES de quirófano, 5 DUES de perfusión y 3 Auxiliares, siendo destacable la excelente colaboración con los intensivistas, DUES y Auxiliares de la UCP. Creo que nuestra planta de hospitalización funciona también con excelente dedicación y eficacia. Por cierto, que ésta fue reformada completamente hace dos años, habiendo sufrido una transformación total con una mejora muy notable en cuanto a atención y confortabilidad para los pacientes. Por otra parte, en la Consulta trabaja una DUE, una Auxiliar y una Secretaria, también con excelente dedicación.

—P: ¿Qué resaltaría de la situación actual?

—R: Los pacientes que operábamos al principio provenían del área, pero también de muchas otras partes de España. Con los cambios de organización que se han producido en los últimos años en la sanidad nacional y madrileña se ha restringido de

Excelentes resultados de Cirugía Cardíaca



En la foto, la mayoría de los profesionales que trabajan en el Servicio de Cirugía Cardíaca de nuestro Hospital.

modo importante el acceso al Servicio de pacientes de otras Comunidades Autónomas. Esto ha sido positivo en cuanto a que ha disminuido la lista de espera quirúrgica y la demora en la intervención, pero resulta negativo en lo que se refiere a que esta dificultad de acceso impide que esos pacientes se beneficien de los resultados y alternativas disponibles en el Servicio que, de hecho, en el momento actual podría hacerse cargo de aquéllos que tengan patologías más complejas, como pueden ser los candidatos a trasplante cardiaco de otras áreas sanitarias.

PERFIL DEL PACIENTE

—P: Y los pacientes, ¿cómo son?

—R: A lo largo de estos años los pacientes que llegan a Cirugía Cardíaca han envejecido notablemente por varias razones. Por un lado ha desaparecido prácticamente la fiebre reumática que generalmente ocasionaba enfermos jóvenes. Por otro lado, los pacientes muy mayores que antes rechazaban la cirugía cardíaca la piden ahora porque ven buenos resultados y necesitan encontrarse bien, ya que muchos de ellos viven solos y precisan ser independientes. La edad media de nuestros operados es de 65 años y se incrementa un año anualmente.

—P: ¿En qué destaca la Cirugía Cardíaca de nuestro Centro?

—R: Nuestro Servicio tiene particularidades respecto al resto de España. Por ejemplo, contamos con anestelistas estables que sólo hacen cirugía cardíaca y que son estables. Nuestra UCP es también monográfica y recibe casi exclusivamente pacientes de nuestra especialidad, con lo que se consigue un alto nivel de cali-

creciente complejidad de la cirugía y del aumento progresivo de la edad media de los pacientes que se intervienen.

NUEVOS PROYECTOS

—P: ¿Qué novedades incorporarán en el futuro?

—R: Tenemos varios proyectos sobre técnicas nuevas para mantenernos al más alto nivel quirúrgico. Pero lo más importante es que en estos años no hemos caído en la trampa de novedades que supuestamente iban a aportar grandes avances. Por ejemplo, no creímos en la cardialización del músculo dorsal ancho y nunca la incorporamos a las técnicas del Servicio, lo que ha supuesto un ahorro importante en dinero y en experiencias desfavorables. Tampoco caímos en la trampa del láser para hacer perforaciones múltiples en el corazón durante la cirugía de la cardiopatía isquémica, procedimiento que no ha cumplido con las expectativas previstas, lo que ha supuesto al Hospital el ahorro de más de 100 millones de pesetas.

600 procedimientos al año

En el Servicio de Cirugía Cardíaca se realizan una media de unos 600 procedimientos al año, de los que unos 500 se hacen con circulación extracorpórea o cirugía asimilable. La mortalidad hospitalaria de estos pacientes en el año 2003 fue del 3,35 por ciento, porcentaje muy favorable respecto a los datos del Registro de la Sociedad Americana de Cirugía Cardíaca y menor a la mitad del índice de mortalidad del Registro de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular que viene publicándose en los últimos años. Por otra parte, se han realizado más de 300 trasplantes de corazón con un índice de supervivencia mejor que el recogido en el Registro Internacional de Trasplante Cardíaco, que tiene carácter voluntario pues a él reportan datos sólo los mejores servicios del mundo. En cirugía coronaria, la mortalidad fue menor del 2 por ciento en 2003, reduciéndose un 50 por ciento respecto a años anteriores.

Proporción de CEC/No CEC

