

Cardiología

DR. JOSÉ MARÍA AGUIRRE SALCEDO¹
DR. ESTANISLAO REY-BALTAR FEJOO²
IGNACIO PÉREZ-AGOTE POVEDA³

Primera etapa

Al acercarse 1960 el Hospital de Basurto se plantea la necesidad de incorporarse a los avances de la medicina moderna. Entre los avances significativos de esta medicina hay algo llamativo: el corazón se ha convertido en los últimos años en un órgano asequible a la cirugía al que se le pueden aplicar soluciones mecánicas y eléctricas. Esto ha conducido a un nuevo y prometedor enfoque de la Cardiología como disciplina médicoquirúrgica, a la que se irán acoplando los nuevos avances conceptuales, científicos y técnicos.

En 1961 el Hospital de Basurto saca a oposición la jefatura de Servicio de Cirugía Cardiovascular y Torácica que la obtiene el Dr. Don Estanislao Rey-Baltar Feijoo, formado en cirugía cardiaca en Filadelfia, en el Hanemann Hospital Medical School, cuyo departamento de cirugía cardiaca era dirigido por uno de sus pioneros, el Dr. Bailey.

En aquella época el Hospital estaba mal dotado. Había un pabellón central con 4 quirófanos, sin espacio para cuidados intensivos, por lo que hubo que habilitar un espacio contiguo para la recuperación postoperatoria, labor que llevó a cabo el Dr. Fermín Cano. Los enfermos eran ingresados en el Pabellón Iturriza, donde ingresaban los enfermos de Cirugía General. Los servicios de Medicina General no permitían la creación de especialidades, por lo que no existía Cardiología. El primer cardiólogo, el Dr. Ignacio Pérez Agote, fue contratado como ayudante quirúrgico, para poder pertenecer a la plantilla sin oposición de los Servicios Médicos.

En el Pabellón San José se habilitó un equipo radiológico que permitió hacer cateterismos cardiacos e implantar marcapasos. En aquella época eran los cirujanos los que hacían los cateterismos. Fuimos los primeros en llevar a cabo la técnica del cateterismo transeptal para el estudio de las lesiones del lado izquierdo del corazón («El cateterismo cardiaco izquierdo por vía transeptal auricular». Revista Clínica Española, LXXXII:17,1961).

Durante el primer año solo se hizo la cirugía cardiaca que no necesitaba circulación extracorpórea, estenosis mitrales, ductus, coartación de aorta. En 1961 se operó por primera vez un gran aneurisma de aorta torácica que había roto vértebras y costillas, que se llegaba a palpar por debajo de la piel. Se resecó y se reconstruyó con injerto arterial de Dacron. Fue también en 1961 cuando se recibió el material necesario para hacer cirugía extracorpórea, un oxigenador a discos «Kay-Croos», siendo los primeros perfusionistas el Dr Ignacio Pérez Agote y Sor Teresa Esparza. Dos aportaciones absolutamente necesarias para la cirugía cardiaca con circulación extracorpórea eran la anestesia y la hematología. El Hospital disponía de ellas. Tanto el Servicio de Anestesia del Dr. Fermín Fernández Cano, como el Servicio de Hematología creado por el Dr. Víctor Bustamante y después bajo la jefatura de su discípulo Dr. Alfonso Fernández demostraron una gran capacidad.

El primer paciente que se operó con circulación extracorpórea fue una paciente del Dr Piniés que presentaba una severa insuficiencia mitral con insuficiencia cardiaca y poca esperanza de vida. Se realizó según técnica de Nicols, achi-

¹ Jefe de Servicio de Cardiología.

² Ex Jefe de Servicio de Cirugía Cardiovascular y Torácica.

³ Ex Jefe de Servicio de Cardiología Intensiva.

cándose el anillo mitral con puntos en las comisuras. Fue la primera enferma con insuficiencia mitral grave operada con circulación extracorpórea en el Hospital y en España («Anuloplastia mitral: presentación de un caso» Cirugía.Ginecología y Urología, XVI:318,1962).

Otro hito quirúrgico fue la operación de una rotura traumática de aorta torácica en las primeras horas posteriores al accidente. Fue el primer caso reportado en la literatura mundial. («Traumatic rupture of the Thoracic Aorta. Successful Repair Eighth Hours After Injury». Arch Surg. Vol 91, Aug-344.1965).

Toda esta actividad se desarrolló en el Pabellón San José. El Hospital reconoció que el Servicio progresaba y que había que reconocer la parte extraquirúrgica de la Cardiología. Se creó la plaza de Médico Internista del Servicio de Cirugía Cardiovascular y Torácica, que fue ganada por oposición por el Dr Ignacio Pérez-Agote. Este hecho fue un reconocimiento implícito de la existencia de especialidades médicas en el Hospital.

En esta década de los 60 se incorporan los Marcapasos y el Choque Eléctrico para el tratamiento de las arritmias. Asimismo se inicia la Cineangiografía fundamental para el diagnóstico de la enfermedad coronaria.

Segunda etapa

A finales de los 60, gracias a una donación de 25 millones de pesetas del Sr. Alonso Allende, el Hospital y su presidente Sr. Zorrilla deciden construir un nuevo pabellón, Alonso Allende, para ubicar el Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular. Constaba de planta baja, donde estaba instalado el laboratorio de cateterismos cardiacos y exploraciones vasculares, el archivo y las consultas. Un primer piso con 2 quirófanos y 6 habitaciones, y una segunda planta para cuidados intensivos postoperatorios y enfermos coronarios.

En esta década aparecen dos avances cardiológicos con un denominador común: la enfermedad coronaria. Son por un lado la entronización de la cirugía de revascularización coronaria y por otro lado la ideación de la Unidad Coronaria. La cirugía de revascularización coronaria, que inicialmente se realizaba con injertos venosos de safena, requería aparte de la habilidad del equipo quirúrgico un diagnóstico preciso de la ubicación y severidad de las estenosis coronarias. Para ello era imprescindible disponer de buenas imágenes angiográficas, que se obtenían mediante cateterización selectiva de las arterias coronarias y filmación en película de 35 mm. Era la Cinecoronariografía. El equipo del Hospital de aquella época era un modelo Phillips, con tubo fijo, y mesa oscilante

con lo que se obtenían las diversas proyecciones. Para este tipo de estudios diagnósticos desarrolló una gran habilidad el Dr. Angel Mejías adscrito al Servicio de Cirugía.

Desde 1960 a 1973 se habían operado 436 enfermos en circulación extracorpórea y se habían practicado 1.450 cateterismos cardiacos.

Las Unidades Coronarias surgieron como una necesidad para reducir la mortalidad durante la fase aguda del infarto de miocardio, fundamentalmente la relacionada con la muerte eléctrica producida por arritmias ventriculares graves. La monitorización sistemática del paciente permitía detectar precozmente las arritmias y tratarlas con choque eléctrico o antiarrítmicos. La función mecánica del corazón se monitorizaba con los catéteres de Swan-Ganz que nos permitía obtener presiones intracardiacas y gasto cardiaco. Fue una época mecanicista de la cardiología en la que el tratamiento del fallo cardiaco era a base de modificar los líquidos, las resistencias y la fuerza de contracción. La tecnología que se desarrollaba iba también en esta dirección, por lo que surgió el Balón de Contrapulsación. La mortalidad seguía siendo elevada y fundamentalmente por insuficiencia cardiaca. Se empezaba a conocer la fisiopatología del infarto, pero no fue hasta que se supo que la causa era un trombo obstructivo cuando se priorizó en el tratamiento del infarto la apertura precoz del vaso. Inicialmente se utilizaron fibrinolíticos de escasa eficacia (urokinasa, estreptoquinasa), posteriormente aparecieron los activadores titulares del plasminógeno con mayor capacidad de apertura del vaso, pero no fue hasta la década de los 90 cuando los procedimientos mecánicos de apertura del vaso (Angioplastia primaria) marcaron el «gold standard» en el tratamiento de la fase aguda del infarto de miocardio.

En el Hospital de Basurto la Unidad Coronaria era también la unidad de postoperatorio de los pacientes quirúrgicos cardiacos. Era el concepto de Cardiología Intensiva que su fundador el Dr Ignacio Pérez-Agote la inició entonces y que persiste en la actualidad. Para el funcionamiento de esta Unidad eran fundamentales las enfermeras. Se creó la Enfermera Coronaria, para lo que se contó con la colaboración de la excelente Escuela de Enfermería de Basurto. El entrenamiento fundamental de dichas profesionales era el relacionado con las maniobras de resucitación cardiaca, interpretación de arritmias por electrocardiografía, y el manejo cuidadoso y preciso de las drogas cardiovasculares. Fue la actividad de estas unidades la que hizo necesario cambiar el tradicional uniforme de enfermera por el actual de pantalón y casaca.

En esta década se intrujo el sistema MIR de formación de especialistas. Se jerarquizaron los Servicios y apareció la nueva nomenclatura de Médico Adjunto, Jefe de Sección y Jefe de Servicio.

La plantilla quirúrgica estaba formada por el Jefe de Servicio Dr Estanislao Rey-Baltar y por los Médicos Adjuntos: Eduardo Herrera, Angel Mejia, Juan Abrisqueta y Agustín Gonzalez-Foncea. La plantilla cardiológica la componían el Jefe de Sección Dr Ignacio Pérez-Agote y los Médicos Adjuntos: Manuel Cid, Enrique Rodríguez, Jesús Arzubíaga, Eduardo Ruiz de Azúa y Roberto Candina.

Tercera etapa

Esta etapa comienza en 1982 con un hecho relevante, la integración de la Fundación Vizcaya Pro Cardiacos (FVPC) en el Hospital de Basurto, liderada por el prestigioso cardiólogo Prof. Miguel María Iriarte Eскурrida, que pasó a convertirse en Jefe de Servicio de Cardiología del Hospital de Basurto. El Profesor Iriarte se había formado en Cardiología en el Instituto de Cardiología de Méjico. Posteriormente accedió a la Jefatura de Servicio de Cardiología del Hospital de Cruces, que entonces se llamaba Residencia Enrique Sotomayor, plaza que dejó vacante para incorporarse en 1982 al Hospital. Aunque desde esta fecha el Servicio de Cardiología del Hospital era el del Dr. Iriarte, su traslado físico al Hospital no fue hasta 1985, fecha en que terminaron las obras de remodelación del Pabellón Alonso Allende, imprescindible para ubicar a las nuevas personas y equipamiento que procedía de la FVPC. Durante 3 años el Servicio de Cardiología de Basurto estuvo ubicado fuera del Hospital, en las dependencias que la FVPC tenía en la Calle Autonomía. Los profesionales que se incorporaron en esta fusión, fueron: Jefe de Servicio Miguel Iriarte Eскурrida. Jefes de Sección: José María Aguirre, Enrique Molinero y Domingo Sagastagoitia. Médicos Adjuntos: Javier Urrengoetxea, José María Faus, Pedro Eyerbe, Jon Etxebeste, Javier Bóveda, Manuel Arrillaga y Pilar Grande.

El principal enriquecimiento que para el Hospital supuso la incorporación de este grupo fue aportar toda su experiencia en nuevas tecnologías de imagen (Ecocardiografía doppler color, Ecocardiografía Transesofágica, Gammagrafía cardiaca), más los Laboratorios de Hemodinámica, Electrofisiología, Ergometrías y Holter. Se disponía de todos los medios diagnósticos actualizados para aquella época.

En 1983 se creó el Servicio de Cardiología Intensiva y Unidad Coronaria, cuya plaza la obtuvo por oposición el Dr Ignacio Pérez-Agote. El organigrama del Pabellón Alonso Allende estaba compuesto por tres Servicios: Cirugía Cardiovascular y Torácica (Dr Rey-Baltar), Cardiología Intensiva y Unidad Coronaria (Dr. Pérez-Agote), y Cardiología (Dr. Iriarte Eскурrida).

Fue a raíz de esta fusión cuando el sistema MIR de formación de especialistas que ya venía funcionando en el Hospital de Cruces desde 1972, comenzó a hacerlo también en el Hospital de Basurto. Desde entonces se han formado ininterrumpidamente un promedio de 2 cardiólogos por año.

Un hito que ocurrió en 1982 y que a la postre se ha convertido en el mayor avance en el tratamiento de la cardiopatía isquémica fue la realización de la primera Angioplastia Coronaria en Vizcaya. La practicaron los Dres José María Aguirre y José María Faus en el laboratorio de Hemodinámica de la FVPC, con quirófano en «stand by» en el Hospital de Basurto. Consistía en dilatar las estenosis coronarias mediante el inflado de un balón a través de ellas. Al principio el crecimiento de esta técnica fue lento, los materiales eran rudimentarios, y se disponía de pocos recursos para solucionar las complicaciones in situ. Los mayores avances llegaron con el «stent» (1994) y con el «stent liberador de fármacos» (2001), hasta el punto que en la actualidad se realizan más tratamientos de las estenosis coronarias con Angioplastia que por Cirugía de revascularización.

El intervencionismo que se practica en el Laboratorio de Hemodinámica no sólo se limita a la Angioplastia. También se realizan Valvulotomías, de la estenosis mitral y pulmonar fundamentalmente, y cierre de cortocircuitos (comunicación interauricular y ductus). Para la realización de esta labor terapéutica hemos contado con el Dr Javier Urrengoetxea que con su amplia formación en cardiología de adultos, de congénitas y de hemodinámica. reúne las condiciones idóneas para la puesta en marcha y desarrollo de nuevas técnicas.

En este periodo hemos sido pioneros en dos actividades muy importantes: abrir el primer Laboratorio de Electrofisiología de la Comunidad para el tratamiento de las arritmias mediante Ablación, e instaurar la Angioplastia Primaria como tratamiento electivo de todos los infartos agudos de miocardio. El Laboratorio de Electrofisiología lo puso en marcha y lo dirige en la actualidad el Dr Jose Ormaetxe. Para universalizar la Angioplastia Primaria eran necesarias las guardias de Hemodinámica 24 horas, 365 días. Esto se viene haciendo desde 1996. Para poder desarrollar esta actividad hay dos conceptos fundamentales. Uno, tanto los pacientes agudos como los crónicos son del Servicio de Cardiología. Y dos, el Laboratorio de Hemodinámica está al servicio de los enfermos más graves, que habitualmente están en la Unidad Coronaria. Simplificó mucho la puesta en práctica de estas ideas el hecho de que con la jubilación de los Dres Iriarte y Pérez-Agote se unificase la Cardiología en un solo Servicio del que desde 1995 es titular el Dr José María Aguirre Salcedo. También en la década de los 90 la jubilación del Dr Rey-Baltar dio

paso al Jefe de Servicio actual de Cirugía Dr. Joseba Zuazo Meabe.

En los últimos años se han incorporado al Servicio de Cardiología nuevos médicos formados en el propio Hospital por la vía MIR. Aparte del mencionado Dr. Jose Ormaetxe,

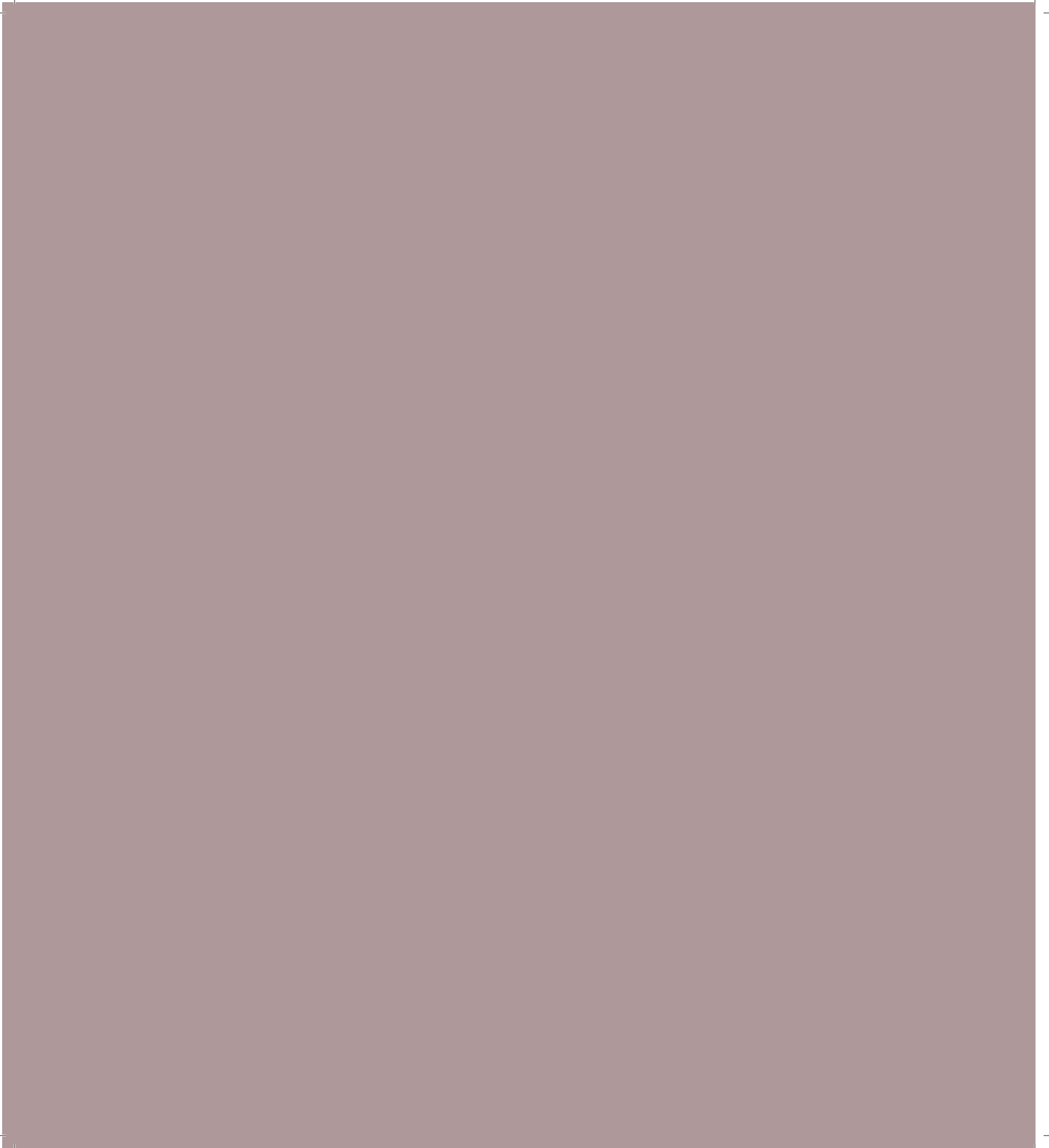
cronológicamente han sido: Dr Mohamed Zeitun, Dra Nekane Murga, Dr José María Castaños, Dra Mari Fe Arcotxa, Dr Roberto Seaz, Dra Leire Andraka, Dr Jose Antonio Jiménez, Dr Miguel Angel Fernandez, Dr Javier Escurrida, Dra Lara Ruiz, Dr Alfonso Martinez-Luengas, y Dra Ainoa Rubio.

Organigrama actual del Servicio

Jefe de Servicio	José María Aguirre Salcedo	Unidad coronaria	Roberto Saez Moreno
Jefes de Sección	Enrique Molinero de Miguel Domingo Sagastagoitia Gorostidi Manuel Cid Berzal	Exploraciones	Lara Ruiz Gomez Pedro Eyerbe Zabaleta Pilar Grande López Mohamad Zeitun Zaiat
Adjuntos:		ECO	Jon Etxebeste Atorrasagasti Manuel Arrillaga Ibarlucea José María Castaños Del Molino Jose Ormaetxe Merodio Mari Fe Arcotas Torres
Consultas Externas	Alfonso Martinez Luengas Ainhoa Rubio Ereño Javier Ezcurdia Sasieta Jose Antonio Jiménez Aizpuru Miguel Angel Fernandez Nekane Murga Eizagaecherri	Electrofisiología	Javier Urrengoetxea Martinez Enrique Rodríguez Pardo Eduardo Ruiz de Azua Leire Andraca Ikazuriaga
Hospitalización	José María Faus Charola Roberto Candina Villar Jesús Arzubiaga Bilbao Javier Bóveda Romero	Hemodinamica	

Memoria 2006

Consultas Externas	28.610
Hospitalización	3.034
Unidad Coronaria	852
Pruebas de esfuerzo	2.156
ECO cardiogramas	8.552
Holter	2.179
Cateterismos	1.020
Angioplastias coronarias	650
Ablaciones de arritmias	198



La Cirugía General y del Aparato Digestivo

PROF. JAIME JESÚS MÉNDEZ MARTÍN

Siete lustros intensamente vividos saturan los almacenes biográficos, personales e institucionales, con incontables acontecimientos. En particular cuando en el mismo crisol se mezclan todos los progresos que sustentan una especialidad quirúrgica, y circunstancias de tanta trascendencia como las acaecidas en nuestra historia más reciente. Al recomponer mis años de permanencia en el Hospital de Basurto¹, al recuperar del recuerdo las experiencias durante ellos vividas, he tratado de aplicar el tamiz de la objetividad pero, sin duda, no podré evitar menciones sobre sentimientos y afectos concretos.

Entiendo que a lo largo de estos 35 años, en el rumbo del Hospital y sus Especialidades, fue determinante la llegada de aquellas competencias sobre las que se basó el desarrollo de nuestro actual Sistema Sanitario. En sus últimos años Basurto estaba condenado a caminar por derroteros que le conducían hacia la insolvencia económica: bases financieras y administrativas enraizadas en la «beneficencia privada» daban muy exiguo soporte a un ancestral esqueleto funcional y estructural. Con la integración en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, homologándose a los centros de la red sanitaria pública, nuestra añeja institución tendrá garantizado el futuro, relegando a un rincón de su meritoria historia situaciones críticas precedentes. Mediante este giro copernicano arranca la modernización y mejora de todos sus recursos, sobre la base de garantías económicas sólidas y estables. En los comentarios de este recorrido respecto a la materia que se me ha encomendado lógicamente contrastarán ambas etapas, que en modo alguno pretendo comparar. Pero me

permite afirmar que, al alcanzar el primer centenario, pocos hospitales podrán equipararse a Basurto en su calidad de testigo para tantos y tan variopintos momentos históricos, cuyos avatares han marcado cada época de la Institución. Mi agradecimiento a quienes en las tareas cotidianas de estos años me han aportado sobradas muestras de ejemplar comportamiento profesional y humano; en particular a aquellos con los que más tiempo he compartido y me distinguen con su amistad.

Los servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo en su organigrama tradicional

Inicio mi relato en agosto de 1972, cuando me incorporé al Hospital de Basurto sumándome a sus profesionales, por entonces numéricamente muy reducidos; muchos se han jubilado, y no pocos fallecido. En línea con comentarios anteriores, un período no precisamente corto, que aproximadamente abarcó los primeros 15-20 años de este recorrido, se caracterizó por la exagerada escasez de recursos técnicos y arquitectónicos; habituado a trabajar en otro centro actualizado con los medios propios de la época, al llegar a Basurto quedé profundamente impresionado por sus carencias, básicamente derivadas de una financiación muy ende-

¹ Agradezco a los Dres. A. Villanueva y J. Gondra la confianza con que me han honrado al encargarme este capítulo.

ble. La principal cobertura económica procedía de acuerdos con la Seguridad Social (por entonces del Instituto Nacional de Previsión; más tarde del Insalud), no existían líneas definidas ni estables en las patologías atendidas, y los ingresos quirúrgicos, en particular los procedentes de su extremadamente limitada Unidad de Urgencias, eran escasísimos. Durante esta «travesía por el desierto», en gran medida el Hospital pudo sobrevivir merced a la intensa y eficaz dedicación de su colectivo humano, que se mantuvo esperanzado en el advenimiento de condiciones más propicias para desarrollar su capacidad profesional de manera acorde con los tiempos.

Por entonces, la cobertura de la Especialidad correspondía a dos Servicios. El de Cirugía del Aparato Digestivo, ceñido específicamente a la patología quirúrgica de dicho territorio, estaba dirigido por D. Jose Luis Obregón Icaza (†); al retirarse en 1979, el relevo en la jefatura del Servicio recaería en su discípulo D. Juan Antonio Sabas Olabarría (jubilado en el reciente mes de agosto de 2007). Al Servicio de Cirugía General le correspondía atender las afecciones con asiento en sectores anatómicos comúnmente asignados a esta materia genérica (cuello y glándulas endocrinas; mama; partes blandas...), sumando además contenidos similares a los del otro servicio. Lo dirigía D. Eloy Criado Zugazaga, quien había sustituido al Dr. Carmelo Gil Turner, ya asentado en el Hospital de Cruces; a D. Eloy le sucedería, tras su jubilación en 1991, el Dr. Angel Gómez Palacios, con él formado. En mi caso, acompañaba al Dr. José Luis Perrote Gómez² procediendo ambos, con la efímera compañía de D. Amador García Blanco, del Hospital Clínico «San Carlos» (Universidad Complutense de Madrid-Cátedra del Prof. H. Durán). Nuestro traslado a Bilbao obedeció a ser elegidos para establecer la docencia de Patología y Clínica Quirúrgicas, que comenzaría a impartirse en la entonces Universidad Autónoma de Bilbao; se iniciaba el 4º Curso de la Licenciatura en su novel Facultad de Medicina, y con él las enseñanzas clínicas de la 1.ª Promoción de alumnos.

He de reconocer el generoso recibimiento que una vez más brindó el Hospital a las enseñanzas universitarias, en esta ocasión acogiendo en su seno a quienes de ellas nos responsabilizamos. Con dicho motivo creó el Servicio de Cirugía General «B», funcionalmente similar a su homónimo (que pasaba a ser denominado Cirugía General «A»). Encargado el Dr. Perrote de su jefatura, desgraciadamente sólo pudo desempeñarla durante 6 meses: el domingo 8 de abril de

1973, volviendo de disfrutar el fin de semana con su familia, que permanecía en Madrid, sufriría un accidente de carretera en las cercanías de Aranda de Duero, donde fallecería. Tras su imprevisible muerte, D. Salvador Landa, Director del Hospital, y el Prof. José M.ª Rivera Pomar, Decano de la Facultad, decidieron que yo asumiera, circunstancialmente, la responsabilidad del Servicio y de la Docencia Universitaria hasta ser designado, por los procedimientos administrativos del momento, un titular definitivo. Ello aconteció en 1975, recayendo el nombramiento en el Prof. Luis García-Sancho Martín³, asimismo procedente del Hospital Clínico «San Carlos». Con él ya había compartido el quehacer quirúrgico universitario, durante casi una década (primero en Valladolid y después en Madrid, siempre unidos por la dirección del Prof. H. Durán), y su llegada permitió que el Servicio mantuviera, en todos los aspectos, una actividad creciente. Mas en 1976 accede a la Cátedra en la Universidad de Extremadura y se traslada a Badajoz (con posterioridad lo hará a Madrid, como Catedrático de su Universidad Autónoma y Jefe del Dpto. de Cirugía en el Hospital «La Paz», donde continúa en activo), reiterándose una situación similar a la previa. Vuelvo entonces a tomar el relevo jerárquico en el Servicio, que en 1978 se tornaría definitivo; en julio de 1979 obtendré, en oposición nacional, rango de Prof. Agregado Numerario de «Patología y Clínica Quirúrgicas» y en 1983 la correspondiente Cátedra de Cirugía, en ambos casos con destino en la ya Universidad del País Vasco-EHU. De esta suerte, pese a la incertidumbre y provisionalidad de los primeros años, el Servicio de Cirugía General «B» terminará consolidándose, y en él tendrá lugar la formación de no pocos especialistas y profesores universitarios.

Hasta estos momentos la escasez de recursos en todos los ámbitos del Hospital, ya mencionada, era indescriptible. La Cirugía se ejercía superando dificultades hoy inimaginables, a expensas del esfuerzo, dedicación y calidad de su colectivo profesional: el carácter obsoleto del bloque quirúrgico (Pabellón Dr. Areilza) no tenía límites, al igual que el de las salas de hospitalización, Consultas Externas y Servicios Centrales. Pese a que la Unidad de Reanimación, imprescindible para pacientes complejos o críticos, se encontrara en idéntico estado, gracias a la dedicación y buen hacer del Dr. Fermín Fernández Cano y del excelente conjunto de anestesiólogos-intensivistas por él liderado, los cirujanos pudimos aplicar procedimientos de máxima complejidad. En esta misma línea de recuerdos, me vienen a la memoria nume-

² Con el recuerdo imborrable de José Luis Perrote, destacando su honradez, sencillez y abnegado espíritu de trabajo con que se dedicó a la Cirugía y a la Universidad.

³ Al Prof. García-Sancho transmito mi testimonio de gratitud, y el de quienes por entonces formaban el germen del Servicio, por sus aportaciones profesionales y humanas que han cuajado en una amistad imperecedera. Como síntesis de sus cualificados méritos baste mencionar que ocupa, como Miembro de Número, un sillón en la Real Academia Nacional de Medicina.

rosos ejemplos de las carencias que soportábamos. Refiero, sólo como muestra, intervenciones (hipertensión portal; mastectomía tipo Halsted...) en las que, por corte o avería del fluido eléctrico (el Hospital carecía de grupo electrógeno), precisamos iluminar el campo con linternas comunes y efectuar la hemostasia exclusivamente con ligaduras; pese a sufrir estas y otras eventualidades, no se sumó morbi-mortalidad alguna derivada de dichos incidentes. El lector quizá se asombre con estos detalles, y dude incluso de su veracidad. Mas no añado componente imaginativo alguno que les magnifique; al contrario, en honor a la brevedad huyo de entrar en consideraciones más prolijas que distraerían la atención hacia otros derroteros.

Discurriendo así estos años, quienes compartíamos la Especialidad entre los tres servicios creo, con sinceridad, que la ejercimos muy satisfactoriamente, asumiendo todas las patologías propias de ella, e incluso la Cirugía Infantil demandada por el Servicio de Pediatría. El hecho concreto fue que, pese a la pobreza institucional, la Especialidad en Basurto se ejercía sin que los resultados desmerecieran respecto a los de centros mucho mejor dotados. Pero, al menos en los aspectos que centran esta descripción, no resulta válido el tradicional aforismo de que «cualquier tiempo pasado fue mejor»; 1979 marcará el anuncio de un futuro más próspero para el Hospital, que irá recibiendo financiación complementaria desde distintos sectores de la aún incipiente administración vasca. Con mejor soporte económico, aunque aún insuficiente, siendo Director Médico D. Félix Carmelo Araluce Garay los quirófanos centrales fueron modestamente remozados, para ajustarse a los requisitos básicos exigibles en áreas quirúrgicas y de esterilización. Más tarde, en 1982, se inician los planes de reforma arquitectónica global del Hospital. El antiguo Pabellón Jado, uno de sus primeros objetivos, se encontrará reformado y ampliado en 1986 dando cabida, con la configuración actual, a las zonas de hospitalización correspondientes a los tres servicios encargados de la Cirugía General y del Aparato Digestivo. En él ya se ubicaban los de Cirugía del Aparato Digestivo (que pasó a denominarse Cirugía «D») y de Cirugía «B» (en sus inicios situado en el Pabellón Aztarain), mientras que el de Cirugía «A» se trasladaría desde su emplazamiento previo en el Pabellón Iturrizar. Toda la Cirugía de la Especialidad se concentrará así, junto con sus áreas administrativas, en este espacio renovado y ampliado, que también incluirá otras especialidades. De esta suerte la actividad asistencial se hará más racional en atenciones del mismo ámbito, muy en especial bajo la perspectiva de los cuidados de Enfermería.

Al consumarse en 1992 la integración del Hospital en la red de Osakidetza, homologándose a los centros del Ente Público, inversiones progresivamente crecientes redundarán en notables mejoras estructurales. Con la inauguración en

este mismo año del Pabellón Makua, sus excelentes instalaciones permitirán prestar atención quirúrgica del máximo nivel basada en modernas unidades de Reanimación y Cuidados Postoperatorios Inmediatos, y en un Servicio de Urgencias específicamente dotado al completo (Quirófanos, Salas de Observación, Unidades de Radiodiagnóstico, Laboratorio...). La solvencia económica también conducirá a sustituir un exiguo parque de utensilios por instrumentos y aparatos actualizados. A la par, sumándose un progresivo incremento de recursos humanos y apropiados sistemas de gestión con soporte informático, aumentará la actividad quirúrgica descendiendo sustancialmente, y en paralelo, las estancias de los pacientes. Excepto los trasplantes de órganos van introduciéndose, entre otros novedosos procedimientos y programas quirúrgicos, las Cirugías con Invasión Parietal Mínima, Radiodirigida y mayor Ambulatoria, al igual que la Hospitalización a Domicilio; de ella se responsabilizará muy eficazmente el Dr. Antxon Apezetxea Zelaya quien, por su condición de cirujano (se había formado en el Servicio de Cirugía «B»), facilitará de manera puntual el seguimiento postoperatorio domiciliario de aquellos pacientes que lo precisen tras el alta.

En la etapa considerada, los tres servicios se rigieron por un esquema organizativo tradicional, distribuyendo funciones y responsabilidades mediante la escala jerárquica al uso (Jefe de Servicio, de Sección, Médico Adjunto y Residente). A la par, intentando seguir el rumbo de la Especialidad, asomaron en cada Servicio conatos de sub-especialización; según las peculiaridades de cada equipo y las predilecciones de sus cirujanos, se procuró agrupar algunas patologías en razón de su localización o del procedimiento quirúrgico requerido. Mas la dilución de procesos, que inevitablemente tenía lugar entre servicios con contenidos muy parejos, determinó que aquellos intentos se plantearan con tibieza y fueran poco fructíferos. Por ello, dentro de las competencias de cada grupo, anteriormente matizadas, todos sus cirujanos asumían la práctica global de la Especialidad. En similitud con los principios acuñados en la novela de Dumas, la esencia de la actividad asistencial pudiera resumirse en la norma de «todos para todo». Los cambios al respecto marcarían el momento que paso a exponer.

Fusión de los servicios y distribución de sus contenidos por unidades asistenciales

A lo largo del año 1998, las Direcciones Gerencial (D. Eduardo Maiz) y Médica (D. Mikel Álvarez Yeregui, quien

posteriormente desempeñaría la Gerencia) señalan el objetivo de aglutinar a los tres servicios en una Unidad de Gestión Clínica; la administración pretendía extender esta modalidad organizativa, de reciente diseño, para gestionar unificadamente servicios con contenidos asistenciales muy próximos o compartidos (p.ej.: Cardiología y Cirugía Cardíaca; Neumología y Cirugía Torácica; Neurología y Neurocirugía...). Aunque dicho esquema gestor no llegara a cuajar en el conjunto del Sistema Sanitario, reduciéndose a un mero proyecto de implantación esporádica, de él se serviría la Dirección de Basurto para lograr que un sólo Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo reemplazara a los tres preexistentes, aventurándose a desarrollar una idea que, desde su génesis, fue ilusionadamente compartida por la casi unanimidad de los cirujanos. El nuevo espacio quirúrgico sería dirigido, de forma mancomunada, desde el triunvirato compartido por los Jefes de los Servicios homólogos precedentes: D. Juan Sabas, Dr. Gómez Palacios, y yo mismo que, desde entonces, también asumiría la responsabilidad de coordinar globalmente la nueva agrupación. Los años 1999 y 2000 fueron de transición, con múltiples y laboriosas sesiones de trabajo en las que, bajo un ambiente de colaboración en concordia, se analizaron y establecieron los principales detalles de la fusión y los esquemas de gestión derivados del nuevo modelo.

Aquél entrará en vigor al comenzar el año 2001, dirigido por una jefatura unificada pero tricéfala aunque coordinada, tal como se ha comentado, por uno de sus miembros. Procurando no romper con la troncalidad de la Especialidad, eje conceptual insustituible del nuevo Servicio, sus contenidos específicos se distribuyen, a modo de sub-especialidades, entre Unidades Asistenciales individualizadamente encabezadas por responsables de su gestión puntual, a saber: Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática (responsable: D. Victor Atín del Campo, J. Sección), Cirugía Esófago-Gástrica (responsable: Dr. José Esteban Bilbao Axpe, J. Sección), Cirugía del Colon y Recto (responsable: Dr. Alberto Loizate Totorikagüena, anteriormente D. Mikel Aguinagalde Pinedo, Médicos Adjuntos ambos), Cirugía de Ámbito General y de las Glándulas Endocrinas (responsable: Dr. Ángel Gómez Palacios, J. Servicio), Cirugía de las Paredes del Abdomen (responsable, al igual que del Programa de Cirugía mayor Ambulatoria: Dr. Mikel Taibo Asencor, J. Sección), y Cirugía Bariátrica y de la Mama (responsable: Dr. Julen Abasolo Vega, Méd. Adjunto); completa esta distribución la Unidad de Docencia, Investigación y Calidad (responsable: Prof. Ignacio Miguel Iturburu Belmonte, J. Sección). Junto a los mencionados, debo añadir al resto de cirujanos actualmente incluidos en el Servicio: D. Jon Sustacha Manzarraga (J. Sección), D. Miguel Ángel Calvo Ros (Méd. Adjunto), D. Mikel Madariaga Vidal (Méd. Adjunto), D.

Jesús Gómez Martínez (Méd. Adjunto), D. Fernando Aróstegui Gómez (Méd. Adjunto), D. José Ramón Cotano Urruticoechea (J. Sección), D. José Ignacio Goicoechea García (Méd. Adjunto), Dr. Javier Ortiz Lacorzana (Méd. Adjunto), D. Javier Fernández Fernández (Méd. Adjunto), D. Carlos Pérez San José (Méd. Adjunto), D. Ismael Díez del Val (Méd. Adjunto), Dña. M.^a Dolores Galán Rivera (Méd. Adjunto), D. Eduardo López de Heredia (Méd. Adjunto), D. Borja Barrios Treviño (Méd. Adjunto), Dña. Carmen González Serrano (Méd. Adjunto), Dña. Pilar Gómez García (Méd. Adjunto), Dña. M.^a Teresa Gutiérrez Rodríguez (Méd. Adjunto), D. Ángel Zorraquino González (Méd. Adjunto), D. Íñigo Vilar Achabal (Méd. Adjunto), Dr. Carlos Loureiro González (Méd. Adjunto), Dña. Amaia Expósito Rodríguez (Méd. Adjunto), Dña. Begoña Roca Domínguez (Méd. Adjunto), Dña. Ana Gutiérrez Ferreras (Méd. Adjunto), D. Jesús Gómez Zabala (Méd. Adjunto), Dña Beatriz Uriarte Vergara (MIR-5.º), Dña. Inmaculada Cruz González (MIR-.2º), y Dña. Saioa Leturio Fernández (MIR-1.º).

El modelo aplicado en Basurto para organizar el Servicio así unificado sigue la actual tendencia organizativa de la Especialidad, a la que cada Hospital se adapta en razón de sus posibilidades. Su esquema básico radica en concentrar materias afines para incrementar la experiencia y pericia de quienes han de tratarlas mejorando con ello, lógicamente, los resultados de su actuación; de esta suerte, además pueden ser valorados analíticamente sobre series más amplias y homogéneas que permiten mejorar en detalle, certeza y eficacia las conclusiones obtenidas. Ambas vertientes resumen las virtudes que ofrece el desglose de la Especialidad por Unidades o Secciones, tanto en el componente puramente asistencial como en su faceta de investigación clínica. Indudablemente el riesgo principal, derivado de esta fragmentación, radica en crear compartimentos tan estancos que destruyan la visión o el conocimiento global de la troncalidad, tal como tradicionalmente se la entiende. Ambos planteamientos han de ser simultáneos y compatibles, y en ello radica el principal escollo del modelo. La polivalencia y versatilidad deben mantenerse, necesariamente y con la mayor amplitud posible, por los cirujanos implicados en las Urgencias y por aquellos que, en razón de su edad, aún no vislumbran expectativas profesionales suficientemente definidas.

Desde estas consideraciones, en cuyos detalles no procede entrar, el lector podrá deducir las dificultades que ha podido plantear la fusión de los tres Servicios. En los siete años ya transcurridos algunas aún no están resueltas, otras han exigido modificar los esquemas originales. Pero la esencia del modelo persiste y va haciéndose más consistente, el Servicio unificado está consolidado y, hasta donde es posible recopilar datos objetivos, se han alcanzado adecuada-

mente los planes establecidos en el punto de partida. Sin duda, en el futuro serán necesarios nuevos cambios, derivados de los flujos en recursos humanos y de la propia dinámica de una Especialidad tan vasta como la Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Por último, merece mención destacada la inauguración, en 2005, de la primera fase del Bloque Quirúrgico Central (nuevo Pabellón Dr. Areilza); como es habitual en obras complejas y prolongadas, su puesta en funcionamiento coincidiría con otro equipo directivo (Director Gerente: D. Jon Darpón Sierra; Director Médico: D. Alberto Colina Alonso), sucesor del anterior. El nuevo bloque, generosamente amplio y excelentemente dotado, ha corregido con creces las grandes limitaciones del antiguo. Sus magníficas instalaciones aportan más quirófanos, espléndidas unidades de recuperación postanestésica y de esterilización, que en conjunto pueden dar cabida a todo tipo de procedimientos quirúrgicos. A no muy largo plazo se contempla finalizar la segunda fase que, entre otros beneficios, incrementará el número de quirófanos e incorporará una Unidad de Reanimación con mayor capacidad que la actual.

En conclusión, cuando en la memoria despiertan los matices de este recorrido, no dejan de sorprender las notables mejoras acaecidas en el Hospital y los óptimos recursos con que se ha dotado a la Especialidad. Si desde aquellos contrastes se consideran las reformas ya en curso y las de próxima iniciación, el panorama de posibilidades que Basurto ofrece a los profesionales de la Cirugía resulta espléndido y enormemente atractivo.

Evolución de los otros pilares de la especialidad: docencia e investigación

Penetrar en los entresijos históricos del Hospital de Basurto obliga, inexcusablemente, a realzar la constante proyección docente de la Institución y de sus personas. Baste recordar el carácter pionero de su Colegio mayor «Gregorio de la Revilla», excelente Escuela de Postgraduados donde se formaron, hasta no hace muchos años, numerosísimos y cualificados especialistas, algunos aún en activo dentro y fuera del Hospital. Y es que este siempre ha estado ligado a las Enseñanzas de Medicina y Enfermería, en sus distintas vertientes y materias entre las que mi Especialidad constantemente ha ocupado lugar destacado. Así ha sucedido con la formación de pregraduados, pues en Basurto las asignaturas de Cirugía (antes Patología y Clínica Quirúrgicas) se han estructurado entorno al núcleo territorial y humano de su Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo; mas

para centrar esta cuestión se hace necesario detallar ciertos perfiles de los elementos básicos que han relacionado al Hospital con la Universidad.

El primer esbozo de Facultad de Medicina en el País Vasco se estableció de manera fugaz en Basurto, durante la 2.^a República. Dicho anticipo cuajó, felizmente de forma definitiva, al institucionalizarse los estudios médicos en la Universidad Autónoma de Bilbao; discurría el año 1968, y se carecía de los soportes más elementales para iniciar aquellos. Llegado este momento, es de justicia abundar en la excelente disposición expresada por Órganos de Gobierno y profesionales del Hospital a la hora de amparar las necesidades docentes universitarias. Así, en terrenos por él cedidos fue rudimentariamente edificado un pabellón que constituyó el primer habitáculo para la incipiente Facultad de Medicina. Diminuto pero imprescindible, dio cabida a los locales donde se explicaron las materias del primer ciclo de la Licenciatura, y a un área administrativa básica para el Decanato. Construido con carácter provisional para resolver necesidades apremiantes, tras el posterior traslado de los contenidos preclínicos al campus de Leioa, fue remodelado para destinarle, desde 1972 y nuevamente en precario, a las enseñanzas clínicas. Sin embargo su uso se prolongaría hasta la actualidad, en una interminable espera a que la UPV-EHU le sustituya por modernas instalaciones, a todas luces necesarias.

Por lo tanto, la Unidad Docente de Basurto fue la primera en la historia de nuestra Facultad, durante años la única, acogiendo alumnos del 2.^o Ciclo ininterrumpidamente desde que aquél se iniciara en 1972. El elenco de profesores destinados a impartir las asignaturas de carácter quirúrgico se ha ido configurando en esencia con miembros del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, a su vez en buena parte constituido por discípulos que en él realizaron su formación especializada. Algunos de los que en su día se me sumaron para asumir las tareas docentes han accedido a distintos niveles del profesorado numerario: el Prof. Iturburu como Catedrático (previamente Prof. Titular), y como Profs. Titulares los Dres. Bilbao y Gómez Palacios. Asimismo alcanzaron el grado de Prof. Titular otros discípulos, en la doble condición de cirujanos y universitarios, actualmente destinados en distintos centros sanitarios: los Dres. López de Tejada (Hospital de Santiago-Vitoria) y Portugal Porras (Hospital de Galdácano).

En lo que respecta a la docencia de postgraduados, dentro de mi Especialidad el Hospital ha persistido en su constante y eficaz singladura, y en él se han formado más del 95% de los cirujanos del Servicio. Los veteranos, aproximadamente la mitad, proceden de la etapa del Colegio mayor. El resto accedió a la especialización por el Sistema MIR, instaurado en épocas posteriores por los

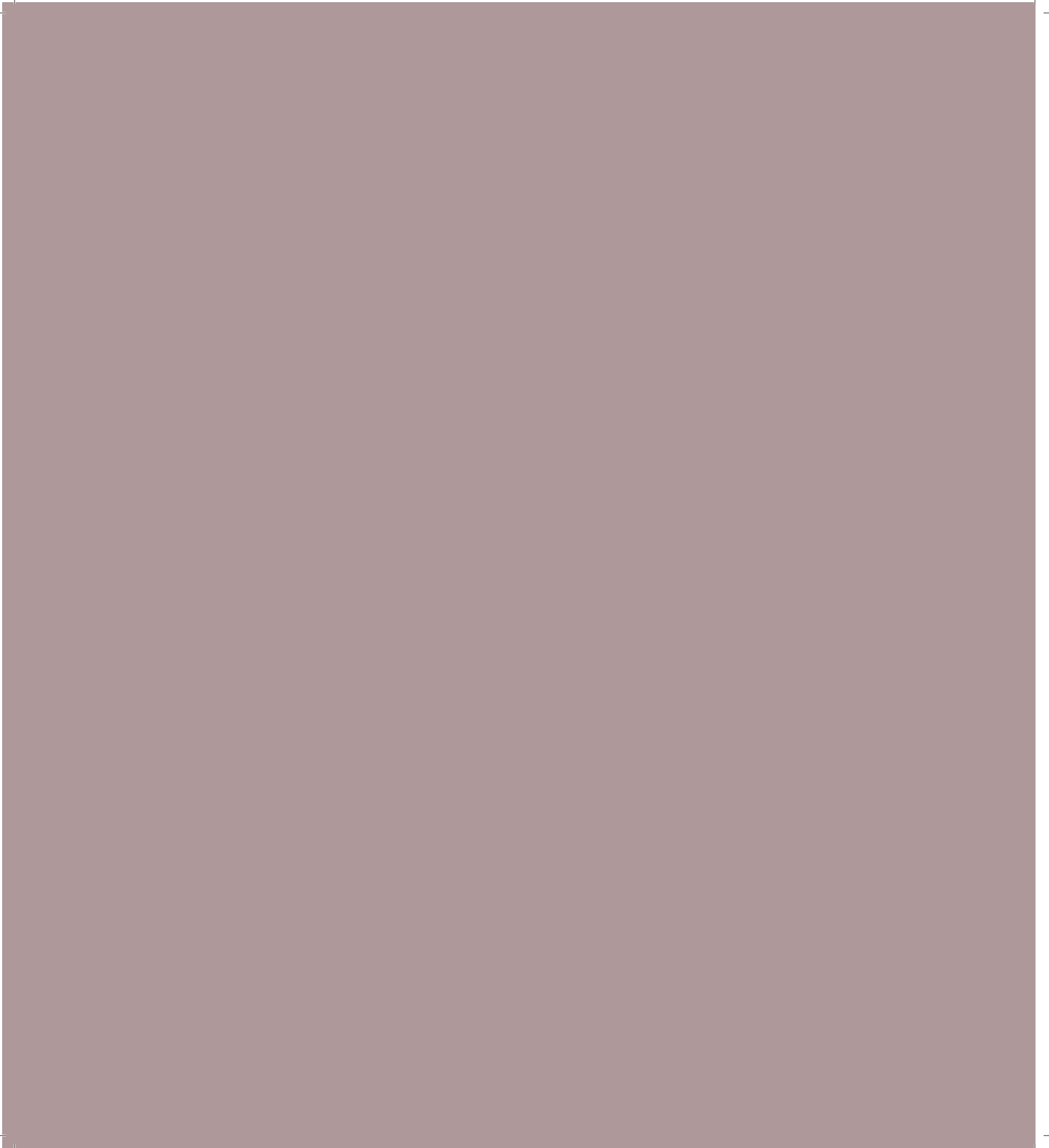
Ministerios de Universidad y Sanidad, y regulado a través del Consejo Nacional de Especialidades Médicas y de sus Comisiones Delegadas. Los tres Servicios pretéritos, así como el actual, han desarrollado esta esencial función al estar permanentemente acreditados por dicho Consejo para cumplir con la misma. Fruto de ella es la presencia en muy diversos hospitales de numerosos cirujanos formados en Basurto, cuya citación puntual soslaya para evitar omisiones involuntarias.

Como línea de enlace entre Docencia e Investigación se emplaza la formación de Doctores, que para el Servicio también ha sido objeto de particular atención. A través de la Facultad, y en concreto de su Departamento de Cirugía, siempre se ha visto involucrado en la organización de Programas del Doctorado. De esta suerte, un número no desdeñable de postgraduados que en él se especializaron a la par obtuvo el Grado de Doctor, tras elaborar su Tesis Doctoral en el terreno de la investigación quirúrgica clínica o experimental. Unos han asentando profesionalmente en otros hospitales, a saber los Dres. Adolfo Basañez Amuchastegui, Eduardo Jiménez Jiménez, Ignacio López de Tejada, Vicente Portugal Porras, Carlos Emparan y García de Salazar, y José Luis Conty Serrano. Otros permanecen adscritos a Basurto, como los Dres. Ignacio Miguel Iturburu Belmonte, José Esteban Bilbao Axpe, Javier Ortiz Lacorzana, Antxon Apezetxea Zelaya, Mikel Taibo Asencor, y Carlos Loureiro González. Finalmente, a estos últimos se suman quienes realizaron su Tesis Doctoral por medio de Departamentos de la Facultad distintos al de Cirugía, como es el caso de los Dres. Ángel Gómez Palacios, Julen Abasolo Vega y Alberto Loizate Totorikagüena. Tal conjunto de cirujanos con reconocimiento oficial de su capacidad investigadora, es muestra más que suficiente de la inquietud que el Servicio siempre ha ofrecido por este pilar de la Especialidad.

A título de epílogo establezco, como conclusiones, mis últimos comentarios. En los siete lustros transcurridos, la Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital de Basurto ha resultado clave para consolidar la docencia de la Facultad de Medicina y Odontología, es decir de la Universidad del País Vasco-EHU, formando en su faceta espe-

cífica a licenciados y doctores. También han pasado por sus Servicios numerosos postgraduados que, tras desarrollar el programa de residencia, se han especializado en la materia, adscribiéndose posteriormente al propio Hospital o a otros centros. Los cirujanos de Basurto asimismo han participado en Sociedades Científicas y Profesionales, de ámbito español o extranjero, y en sus correspondientes reuniones y congresos. Aunque la producción científica quizá se haya lentificado en los últimos siete años, muy centrados en el plan de fusión de los tres servicios, en el terreno docente e investigador las perspectivas futuras son alentadoras como resultado de las ostensibles mejoras ofrecidas por la nueva estructura asistencial del Servicio. Existen suficientes antecedentes para ser optimistas, pues la calidad de las publicaciones consumadas por la Cirugía de Basurto ha sido reconocida con distintos galardones de Asociaciones Profesionales: Premios de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, Premio de la Asociación Española de Cirujanos (1992), Premio «Arias Vallejo» de la Sociedad Española de Patología Digestiva (1994), y mejor comunicación en el 37.º Congreso de la International Society of Surgery (1997).

Por último, además de en los foros mencionados, quienes en el Hospital de Basurto ejercemos la Especialidad hemos dejado constancia de nuestro origen en distintos ámbitos: Decanato de la Facultad de Medicina, Conferencia Nacional de Decanos, Comisión Nacional de la Especialidad, Academia de Medicina del País Vasco, Vicepresidencia y Presidencia de la Sociedad Española de Investigaciones Quirúrgicas (SEIQ),... Asimismo, merced a mis aportaciones personales, Tratados de la Especialidad han divulgado por el mundo de habla hispana el nombre del Hospital. Podemos pues contemplar estos siete lustros con satisfacción, pero evitando la autocomplacencia. Estimo que el futuro para la Cirugía de Basurto es prometedor, mas deberemos aprovechar colectivamente las oportunidades, siendo conscientes de que el 90% del éxito dependerá del esfuerzo personal: como decía Cajal, «no existen cuestiones agotadas, sino hombres agotados en las cuestiones». Contemplemos pues el pasado confiando en el futuro, teniendo presente que «las personas pasan y quedan sus obras».



Dermatología

DRS. JUAN URUÑUELA BERNEDO Y JESÚS MARÍA CAREAGA ALZAGA

La Dermatología se define como una «órgano-especialidad completa, médico-quirúrgica que comprende la piel, anejos cutáneos, mucosas dermopapilares y configuración externa relacionada», según el Real Decreto 127/84 con diversas áreas de conocimiento que conforman nuestra especialidad: Dermatopatología, Inmunodermatología, Cirugía y terapéutica física dermatológica, Dermatología pediátrica, Venereología, Dermatoscopia, Dermatología cosmética, etc. Esto ha hecho que a través de la lucha diaria, mediante trabajo y estudio, se haya dignificado nuestra especialidad, frente a la antigua imagen del dermatólogo, además contamos actualmente con especialistas preparados y con médicos con los mejores números del MIR en España (2).

El servicio de Dermatología tiene tras de sí una larga historia. Tras la jefatura del Dr. Salaverri Aranguren, y un prolongado interregno posterior, en abril de 1967 entra como médico ayudante por oposición el Dr. Juan Uruñuela Bernedo que desde el inicio es encargado del servicio. En noviembre de 1975 es nombrado Jefe de Servicio, profesor encargado de la asignatura de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología de la Facultad de Medicina a partir del curso 73-74, el año 1979 es profesor titular por oposición. Se jubila en el año 2005, después de 38 años de ejercicio hospitalario. En total ha formado nueve especialistas de Dermatología.

La Dermatología para mí comenzó a escribirse hace más de 30 años cuando me incorporo como médico interno del Instituto de Especialidades adscrito al servicio de Dermatología, siendo jefe de servicio el Dr. Juan Uruñuela Bernedo y médico adjunto el Dr. José Manuel Pintos Neyra, para estas fechas me habían precedido como alumnos del Instituto de Especialidades de Dermatología, los Dres. Javier Ybarra García y José Antonio Arias Delgado.

El antiguo pabellón de Dermatología fue derribado en una reforma del hospital, trasladándose, al pabellón Arrupe, de consultas externas, donde permanece en la actualidad, dejándose para los posibles ingresos de Dermatología una cama situada en el Pabellón Revilla de Medicina Interna.

La progresiva incorporación de profesionales médicos (Facultativos especialistas de área) ha provocado otro cambio sustancial que es la feminización de la especialidad, y ha consolidado el servicio con el Dr. Uruñuela como jefe de Servicio, hasta mayo del 2005.

En los dos últimos años, se aprecia un aire inversor y varias adquisiciones tecnológicas van a tener lugar, para completar sólo parcialmente las «lagunas» actuales, con lo que se ha ido desarrollando el organigrama del Servicio, mediante la incorporación de Unidades asistenciales con una serie de consultas monográficas entre las que se incluyen una Clínica de Alergia Cutánea dirigida por mi mismo, una Unidad de lesiones Pigmentarias de la que se hizo cargo la Dra. Ana Sánchez, la Clínica de Linfomas Cutáneos puesta



◀ Dr. Jesús M.^a Careaga, enfermera Enma Lobato, Dr. José Manuel Pintos Neyra, secretaria Carmen Ugalde y Dr. Juan Uruñuela.

en marcha por la Dra. Rosa Izu, la consulta general de Dermatología siendo su responsable el Dr. Iñigo Martínez de Lizarduy, quedando pendiente la Unidad de Cirugía de la que sería responsable la Dra. María José Calderón.

Los servicios modernos están estructurados en estas unidades funcionales en las que un dermatólogo puede dedicarse a patologías específicas como Melanomas, Linfomas, infecciones de transmisión sexual,.. y su nivel de conocimiento en su faceta de actuación es muy superior al resto de los miembros del Servicio, sin menoscabo de que esta polarización le impida además realizar otros trabajos asistenciales de conocimiento general dermatológico.

Actualmente, el Servicio de Dermatología del Hospital de Basurto es un complejo constituido por diferentes disciplinas clínicas, con carencias, ente las que caben destacar la Cirugía y la Fototerapia de la Dermatología moderna, que presta servicio a una población de 350.000 habitantes. Con más de 33.000 consultas anuales (intra y extrahospitalarias), la labor se torna titánica. Los enfermos siguen ahí, pero su asistencia viene condicionada inevitablemente por la disponibilidad monetaria, siempre insuficiente, en un sistema sanitario de «barra abierta» con prolongadas listas de espera. Su corrección requiere inversiones no efectuadas, causa de la degradación evidente de los servicios actuales.

Estructura

El espacio físico asignado a Dermatología está ubicado en la tercera planta del pabellón de consultas externas del hospital. El servicio centra su actividad en el área de consultas externas, dotado con dos despachos-consultas para todos los facultativos con puestos de trabajo, intercambiables entre los diferentes facultativos, dotados cada uno con dermatoscopio de mano, un aparato de crioterapia y uno de ellos con un microscopio de epiluminiscencia digital (MOLE MAX), que a su vez se comunica con una sala de curas, dotada de un electrocoagulador y está estructurado en varias unidades:

1. Área de Consultas Externas
 - Consulta de Dermatología general.
 - Consulta de urgencia para atender a los pacientes que acuden a la misma.
 - Unidad de Alergia de Contacto.
 - Unidad de Lesiones Pigmentarias.
 - Unidad de Linfomas cutáneos.
2. Área Quirúrgica
 - Cirugía tributaria de anestesia local.
 - Criocirugía.

La hospitalización es libre según demanda y asocia una bañera terapéutica.

Como se ve, además de consultas generales, están organizadas consultas monográficas: linfomas, seguimiento de lesiones pigmentarias, psoriasis con terapia biológica, eczema de contacto básico y profesional,... en un espacio paupérrimo, solapado con la atención a pacientes hospitalizados propios (con un índice de complejidad variable) y de otros servicios del propio hospital.

Docencia e investigación

Al ser un hospital adscrito a la Universidad, tres de los componentes de la plantilla contamos con docencia pregrado como profesores agregados de la asignatura.

En Dermatología se realizan semanalmente sesiones clínicas y en colaboración con el servicio de Anatomía Patológica (una vez al mes), para tratar aquellos casos que por su relevancia clínica o complejidad diagnóstica suscitan interés, además de las clínicas bibliográficas del propio servicio.

Desde que el hospital obtuvo la acreditación docente, dentro de su Programa de Formación se producen rotaciones de médicos MIR de las especialidades de Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria y Pediatría. Así mismo, los médicos de familia de los centros de salud acuden con regularidad al Servicio para actualizar sus conocimientos de la especialidad.

En el ámbito de la formación impartida por los médicos de Dermatología, éstos han participado como docentes en diversos cursos de pregrado y postgrado.

Los facultativos acudimos de forma periódica a las reuniones de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana de la Academia Española de Dermatología y a los congresos nacionales e internacionales de la especialidad, de forma activa con ponencias, comunicaciones y posters.

Por último, cabe reseñar que, entre otras líneas de investigación, el Servicio de Dermatología está participando en varios ensayos clínicos y proyectos de investigación (Título: Identificación de variantes genéticas polimórficas —SNPs— asociadas a susceptibilidad y pronóstico del melanoma cutáneo humano. Duración: 3 años)

Recursos humanos

Un Jefe de Servicio, un jefe de sección y cinco facultativos (dos de ellos con media jornada), esta plantilla esta referida hasta el 15 de mayo de 2005. Desde esta fecha, por

jubilación del Dr. Juan Uruñuela Bernedo, la plantilla está mermada: un Jefe de Servicio, y cinco facultativos, permaneciendo sin cubrir la plaza de Jefe de Sección.

Independientemente de las cifras, lo que más caracteriza al servicio de dermatología es el trabajo en equipo, funciona con dinámica de grupo, todos sus profesionales tienen asignadas tareas concretas con delegación de responsabilidades creciente, la relación con Atención Primaria se basa en formación constante a través de rotaciones y charlas en los ambulatorios de las patologías cutáneas más frecuentes, y el personal asume el liderazgo del Jefe de Servicio.

Futuro

Y ¿cuál es nuestro futuro? Partiendo de las condiciones de precariedad en que nos desenvolvemos, que son determinantes en la calidad de la asistencia, creo que existe mucho camino por recorrer y muchas cosas por mejorar, en nuestra vida profesional, para ello debemos contar con los medios y el futuro será prometedor. Un equipo siempre debe tener expectativas y estas deben estar programadas en el tiempo. Soy consciente que lo más importante en este momento es la relevancia de nuestra especialidad y la calidad de nuestros especialistas.

Numéricamente la plantilla no es suficiente lo mismo que el espacio físico asignado, para la situación actual y población asistida. Hace 10 años figuraban 10 facultativos y desde esta fecha hemos asistido a una merma progresiva de plazas de facultativo tanto en el Hospital como en ambulatorios, las dos últimas en el 2001 y 2005, además de la reducción de jornada de una facultativa sin sustitución, lo que redundaba en una sobrecarga, por el número tan bajo de dermatólogos por cada 100.000 habitantes (2,14) en el área de Bilbao. Si vemos las estadísticas de las distintas provincias. La Rioja cuentan con el menor número (1,48 dermatólogos), mientras que en Madrid cuentan con el mayor (4,84 dermatólogos), aun así mucho menor que el número de especialistas de otras áreas .

¿Cómo podríamos solucionar estas y otras carencias con las que contamos actualmente en nuestro servicio? En mi

opinión, sería con la unificación territorial de las dependencias del Servicio:

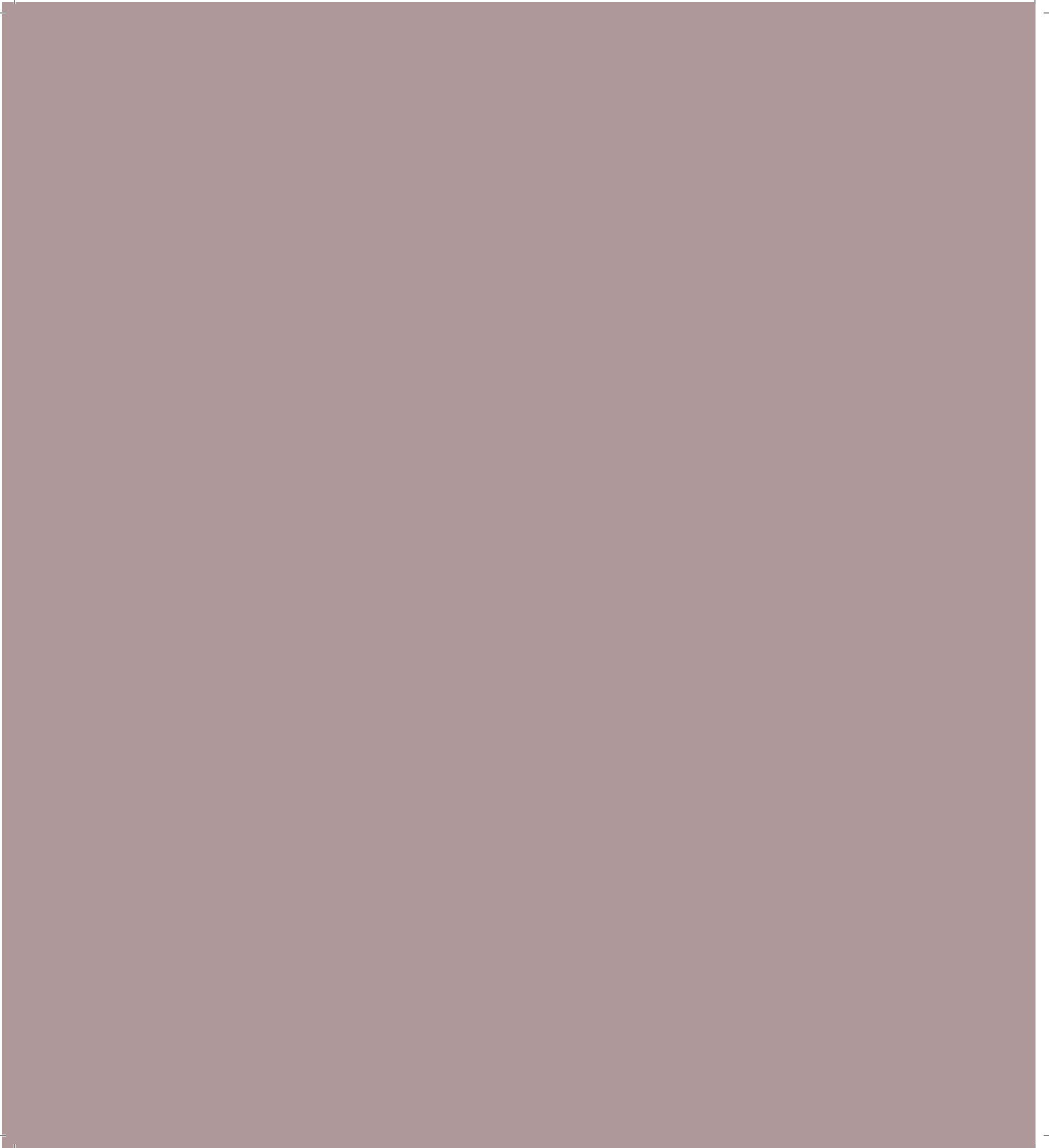
Dado que no disponemos ni vamos a disponer de espacio físico suficiente en los próximos años en el propio hospital (el II Plan Director de Remodelación 2005-2025, contempla la construcción de tres grandes edificios, uno de ellos de cierre a lo largo de todo el lindero septentrional del recinto hospitalario, en el que en su 3.ª fase se habilitarán locales para las consultas externas, hospitalización de día) una solución sería el traslado transitorio de las consultas de Dermatología extrahospitalaria al área liberada por los laboratorios del ambulatorio de Dr. Areilza, donde existe espacio suficiente para un embrión que integre y unifique todas las consultas asistidas por los facultativos del área de Bilbao, manteniendo la estructura de consultas del Hospital, dando así cabida a un Servicio Integrado, más flexible.

Siento ser tan positivo, pero como dice un colega mío catalán «soy un romántico de la medicina», me defiendo y me resisto a ver el vaso medio vacío, porque espero que el futuro sea mejor. En los países industrializados está aumentando la incidencia de dermatitis atópica e infecciones de transmisión sexual ya casi extinguidas, que han reaparecido con los fenómenos migratorios. Tenemos un papel importante dentro del manejo multidisciplinar del paciente positivo para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH+), se valora cada vez más la prevención y el tratamiento del envejecimiento cutáneo, la Dermocosmética, etc.

Podemos concluir que en este servicio la juventud y la experiencia se han fusionado para evolucionar y crecer en todos los niveles de la Dermatología, una especialidad apasionante, además de imprescindible en el mundo moderno.

Componentes del servicio:

1 Jefe de Servicio	Dr. Jesús María Careaga Alzaga
2 Facultativos fijos	Dra. María José Calderón Dra. Rosa Izu
3 Facultativos interinos	Dra. Olatz Lasa Dra. Ana Sánchez Dr. Iñigo Martínez De Lizarduy
Enfermera de consulta	Dña. María Enma Lobato
Secretaria	Dña María Rosario González



Endocrinología

DR. RAMÓN ELORZA

Antecedentes Históricos: resumen de lo realizado hasta el año 2004

La especialidad de Endocrinología se creó en el Hospital de Basurto en julio de 1988, con la convocatoria de una plaza de Jefe de Sección y otra Médico Adjunto, siendo previamente inexistente.

Mi experiencia previa, durante 11 años, como Médico Adjunto del Servicio de Endocrinología del hospital de Cruces, me marcó unos objetivos, en principio, exclusivamente asistenciales, con vistas a ofertar una actividad de calidad a los pacientes con patología de la especialidad, observando las limitaciones existentes y haciéndome partícipe entusiasta de las debilidades y dándome la fortaleza de las múltiples posibilidades de mejora.

Opté por realizar anualmente la Memoria personal de la Unidad, disponible en la Dirección Médica y, en base a la relectura de las Memorias desde 1998 a 2003, detecté las debilidades y fortalezas de la Unidad, analicé los objetivos alcanzados, observé las áreas de mejora y fuimos adquiriendo conceptos básicos de gestión, calidad y proyección futura.

El análisis de dichas Memorias oferta la consideración de los contenidos más importantes que iré desglosando por años:

1988

- Realizamos un enorme esfuerzo en darnos a conocer y dedicamos nuestros primeros pasos a formar básicamente a todos los estamentos asistenciales en

patologías crónicas como la diabetes: Realizamos los primeros cursos básicos de formación diabetológica.

- Establecimos cauces muy fluidos de derivación a Centros próximos para el tratamiento requerido e inexistente en nuestro Hospital.
- Los dos miembros de la plantilla también realizábamos guardias generales en el Servicio de Urgencias, sin posibilidad posterior de libranza.

1989

- Establecimos el primer cómputo del número total de ingresos anuales (169), muy similares a los de 2003 (177), con pacientes en su mayoría provenientes del área de Urgencias, sufriendo descompensaciones metabólicas agudas y severas, lo que conllevó a la realización de Cursos Docentes dirigidos al Servicio de Urgencias y a la elaboración de los protocolos asistenciales de «Atención de emergencias endocrinológicas».
- Se diseñan y discuten Protocolos de Asistencia dirigidos a Atención Primaria para el seguimiento del paciente diabético, así como ponencias sobre prevención del pie diabético y Nefropatía Diabética e Hipertensión arterial.
- Impartimos docencia a las A.T.S./D.U.E. de Hospital de día, sobre las bases clínicas y metodología de las pruebas diagnósticas de la especialidad, elaborando conjuntamente con endocrinología Infantil los protocolos de los test dinámicos, hasta la fecha realizados por los propios facultativos.

1990

- Se mantuvieron actividades docentes dirigidas a ATS de todo el hospital, sobre todo en educación diabetológica, impartándose cursos al efecto.
- Acudimos a cursos de formación continuada sobre metodología de publicaciones biomédicas

1991

- La presión asistencial nos impidió prácticamente ninguna otra actividad. Las actividades docentes se dirigieron a médicos del área de Urgencias del Hospital, a Médicos de Atención Primaria y a Asociaciones de diabéticos. Mantuvimos la priorización de actividades en esas áreas.

1992

- El Hospital de Basurto se integra en la red pública de Osalidetza. Alcanzamos un momento paradigmático, que a partir de éste momento irán destacados «en negrita».

1993

- Desde la Dirección de Área de Bilbao se nos ofertan 2 Facultativos Especialistas de Área (F.E.A.) que se Jerarquizan en la Sección. Comenzamos a disponer de técnicas diagnósticas más avanzadas, como el Cateterismo de Senos Petrosos inferiores para el diagnóstico topográfico del Síndrome de Cushing.
- Iniciamos reuniones interdisciplinarias con otros servicios del hospital:
- Creamos las Consultas Monográficas de «Diabetes y Embarazo» y «Pié Diabético».
- Reuniones con todos los Centros de Atención Primaria del Área de Bilbao, con la organización de las Consultas extrahospitalarias y discusión de protocolos conjuntos.

1994

- Se establecen protocolos de acción en patología interdisciplinaria:
Protocolo de la Unidad de Pié diabético conjuntamente con Rehabilitación Cirugía Cardiovascular, e Infecciosas.

Protocolo de atención conjunta de trastornos de alimentación(TCA) con el Servicio de Psiquiatría.

1995

- Se imparte un Curso de 5 jornadas sobre Actualización en diabetes tipo 2 a los Coordinadores de los Centros de Atención Primaria.

1996

- Se dota a la Unidad de un A.T.S.Educadora en Diabetes.
- Convocatoria de 2 plazas de Endocrinología en la Oferta pública de Empleo.
- Obtención de los nº 1 y 2º de los dos F.E.A. de la Unidad en dicha O.P.E..

1997

- Se nos dota de un tercer FEA, organizándose la Atención del AREA Norte de Bilbao.
- Se constata la reducción de 100 estancias de pacientes ingresados, por la ambulatorización que nos permite la disponibilidad de ATS Educadora.
- Colaboramos con la Comisión de Nutrición del Hospital en la elaboración de la «Guía de alimentación Parenteral y Enteral».
- Formación en el Curso de EFQM (Calidad Total) en el Hospital.
- Se inicia la «cultura de Calidad Total».

1998

- Participación en el Comité Asesor de Osakidetza sobre Trastornos de Conducta Alimentaria.
- Acreditación como Unidad Docente para la formación de Médicos especialistas de Endocrinología, por el Ministerio de Sanidad.
- Presentamos 2 ponencias en el Hospital de Basurto con motivo de la celebración de su centenario.

1999

- Impartimos Cursos de varias jornadas dirigidos a ATS de Atención Primaria (20 horas)

- Seminarios dirigidos a M. Atención Primaria en 2 Centros de Salud del área de Bilbao.

2000

- Se homogeneiza la Atención extrahospitalaria en el Ambulatorio Dr.Areilza.
- Alcanzamos los 20.000 pacientes atendidos.
- Se incorpora por primera vez un M.I.R. de primer año a la Unidad.
- Iniciamos 2 Ensayos clínicos internacionales en fase III.

2001

- Alcanzamos «techo» asistencial y de Publicaciones y Comunicaciones a Congresos.
- Adoptamos el 2001 como» standard «asistencial y científico.

2002

- Mejoramos colaboración con médicos de Atención Primaria, participando conjuntamente en: Ensayos clínico-epidemiológicos.
- Se incorpora el 2º M.I.R. en la Unidad.

2003

- Incorporación del 3º M.I.R. de la Unidad.
- Continuamos Colaborando con Centros de Atención Primaria en ensayos epidemiológicos.

2004

Creación del Servicio de Endocrinología

Resumen de los datos asistenciales, docentes y de publicaciones clínicas durante el año 2006:

Actividad Asistencial

Enfermos ingresados:

- Total de Altas: 144
- Estancia Media: 7.0
- Mortalidad: 4

La coordinación en el manejo de la Patología del Pié diabético se ha incrementado pues Cirugía Vasculard, Infecciosas y Rehabilitación contribuyen al mantenimiento de dicha Unidad de Pie Diabetico, interdisciplinar.

Así, Endocrino asume las gangrenas e Infecciones del Pié neuropático, que con frecuencia generan una larga estancia, no menor de 2-4 semanas, lo que artefacta la Estancia Media, ya que significan un porcentaje cercano al 10% de ingresos.

Hemos disminuido considerablemente los ingresos por Trastornos de alimentación gracias a la dotación de Hospital de Día ubicado en Pabellón Escuzar, que además ha disminuido la E Media de dicha patología a 15-20 días frente a las 4-6 semanas de años anteriores.

Interconsultas Intrahospitalarias

- Total: 1652

Consultas Intrahospitalarias:

- Nuevas: 844
- Sucesivas: 4399
- Total: 5243(+2,4%)
- Ratio S/N: 5.21

Consultas Dr Areilza

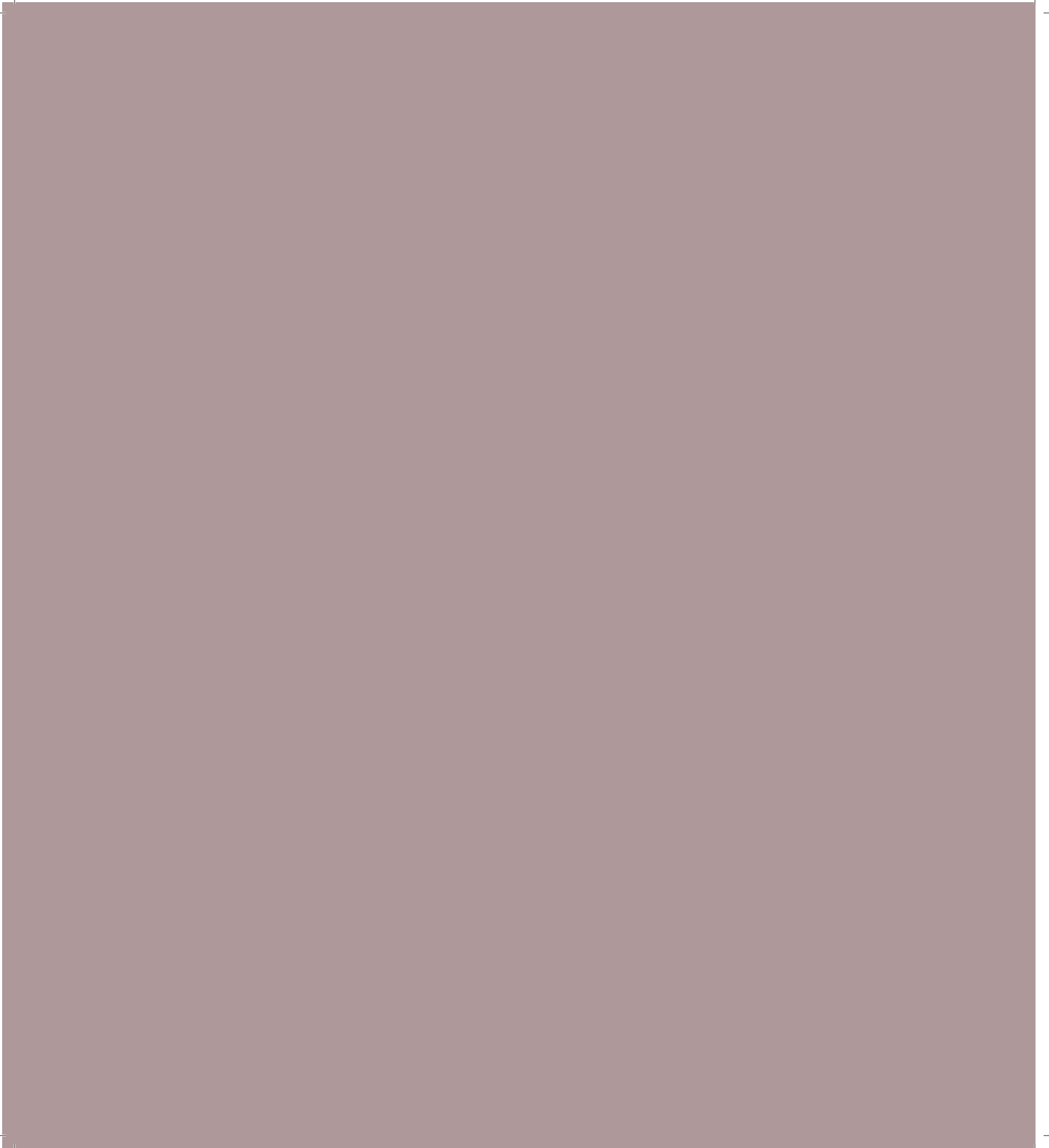
- Nuevas: 2364
- Sucesivas: 10889
- Totales: 13253
- Ratio S/N: 4,61

Consultas Ambulatorio de Deusto

- Nuevas: 1160
- Sucesivas: 2737
- Totales: 3897
- Ratio S/N: 2.36

Total de Consultas año 2006

- Nuevas: 4955
- Sucesivas: 2039
- Total: 25347
- Ratio: 4,12vs 4,56



Genética

DR. MANUEL MOLINA Y DRA. GARCÍA-BARCINA

Contexto histórico

En el año 1865 G. Mendel, tras su excelente y bien diseñado modelo experimental sobre una especie vegetal, los guisantes, formula los principios fundamentales de la herencia aunque no es hasta el año 1900 cuando tres investigadores independientemente, redescubren lo que en su día enunció aquel.

En los años siguientes se suceden una serie de hitos que irán jalonando lo que es hoy La Genética Moderna. Así, Sir Archibald Garrod describe en 1902 el primer error congénito del metabolismo, la alcaptonuria. En el 1909 W. Johannsen acuña el término de gen para designar la unidad básica de la herencia y es en el año 1944 cuando Oswald Avery demuestra que los genes están formados por ácido desoxiribonucleico (ADN).

No obstante, el descubrimiento que podríamos calificar de trascendental no se produce hasta el año 1953 cuando James Watson y Francis Crick demuestran la estructura física del ADN que en breve tiempo permitiría el conocimiento de la estructura y función de los genes a nivel molecular, inaugurando la etapa que hoy conocemos como Genética Molecular.

La Genética, muy en sus comienzos, confinada al estudio de las enfermedades relativamente raras pasa a ser el elemento central de nuestro conocimiento en el último tercio del siglo XX, desempeñando un papel de importancia creciente en la práctica de la medicina clínica en la mayoría de las principales enfermedades. Esto es así porque dado que nuestro organismo está gobernado por los genes, la enfer-

medad al no escapar a este control, supone que la Genética está en la base de la mayoría de las enfermedades médicas sobre las que ejerce innegable protagonismo.

Según esto, la Genética tendría que ver con el estudio de la herencia de las enfermedades, la ubicación de los genes en los distintos cromosomas, en el análisis de los mecanismos moleculares mediante los cuales los genes provocan la enfermedad como a su vez en el relevante papel que adquiere en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad genética. Un vasto campo este muy difícil de abordar si no es de forma interdisciplinar.

Existe pues un conocimiento amplio y diversificado, herramientas y metodologías con lo que trabajar en el diagnóstico clínico, bioquímico, cromosómico y molecular de las enfermedades que dependen de los genes alterados. Tan es así que, en el momento presente, no es exagerado aventurar que en un futuro, para algunas enfermedades asistamos a lo que se ha dado en llamar Terapia Génica de las enfermedades de origen genético.

Comienzan los estudios genéticos

Es en este contexto histórico, pero también actual cuando en el último tercio del siglo pasado, concretamente en el año 1969, surge la inquietud ante este desafiante panorama, en el Servicio de Pediatría del Hospital de Basurto, a la sazón dirigido por el Prof. Manuel Hernández, de abordar la disciplina de la Genética cuando aún son pocos los hospitales del resto de España los que se ocupan de estas tareas.

El Hospital de Basurto no dispone ni de medios tecnológicos adecuados ni de personal cualificado con los que hacer frente a esta pretensión. Los terrenos por los que transita la genética son muy amplios y diversos.

Con buen criterio, el Prof. M. Hernández propone que los comienzos sean modestos, orientándose inicialmente al estudio de las anomalías cromosómicas responsables de buena parte de los cuadros malformativos y/o de retraso mental expresados ya en la edad pediátrica. Llegados a este punto, es pertinente señalar que sólo han transcurrido 10 años desde la descripción de la primera cromosomopatía, la trisomía 21 o Síndrome de Down, por el Dr. J. Lejeune de París.

Le encomienda al Dr. M. Molina que organice en el Laboratorio de Pediatría lo que no sería otra cosa que el esbozo de algo que con el devenir de los años llegaría a ser la prestigiosa Unidad de Genética actual.

Los comienzos son difíciles, se parte de cero y las técnicas de cultivo nos son desconocidas, pero gracias al entusiasmo que nos anima y a la ayuda incondicional que en ocasiones nos presta el Estudio General de Navarra, lograremos que estos primeros estudios cromosómicos se plasmen en realidad.

Estamos en el buen camino, aunque arduo y difícil, dado que desconocemos el sinnúmero de circunstancias e imponderables que concurren en un cultivo de tejidos. Es tal el entusiasmo e interés porque salga bien, que pronto conseguimos estandarizar la técnica y hacerla reproducible. Atendemos así a las necesidades básicas de la Pediatría del Hospital de Basurto.

Tres años después incorporamos a la que ya es Sección de Genética, técnicas que permiten el estudio de las anomalías estructurales de los cromosomas responsables de otros cuadros y síndromes hasta ahora sin etiología o causa aparente.

Más adelante, animados por el mismo entusiasmo, nos atrevemos con el cultivo de Líquido Amniótico obtenido por Amniocentesis, con el que proporcionar un Diagnóstico Prenatal en gestantes expuestas ante determinados factores de riesgo, a tener descendencia con alteraciones cromosómicas responsables de los cuadros malformativos y/o de retraso mental que aparecen en el recién nacido.

Esta nueva tarea se le encomienda a la Dra. M.^a Luisa Onaindía, que con la ayuda de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid pone a punto la técnica de cultivo. Poco tiempo después se aborda el Diagnóstico Prenatal por Biopsia Corial.

Conseguiremos así lo que poco tiempo después sería la Sección de Diagnóstico Prenatal, primera que funcionaría como tal en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) y que inevitablemente se convertiría como referente para toda la CAPV y zona geográfica de influencia.

Se crea la Unidad de Genética

La todavía Sección de Genética del Servicio de Pediatría decide acometer poco tiempo después el estudio del DNA imprescindible para el Diagnóstico Molecular de las enfermedades hereditarias.

Se consulta a la Dirección Médica del Hospital de Basurto esta nuestra pretensión y no sólo nos anima a ello sino que decide crear un puesto de trabajo. Convoca para ello un concurso oposición para una plaza de Adjunto con el perfil de Genética Molecular.

A dicha convocatoria concurren profesionales con el perfil requerido recayendo la elección en la Dra. Isabel Tejada que en lo sucesivo será la encargada de esta Área de Conocimiento Genético.

Ya se dispone de los tres pilares básicos de la Genética del Hospital de Basurto necesarios para que una Unidad de Genética goce de la categoría de tal: Genética Clínica coordinada por el Dr. M. Molina, Citogenética Clínica y Diagnóstico Prenatal encargo que recae en la Dra. M.^aL. Onaindía y Genética Molecular de la que se ocupará la Dra. I. Tejada.

La Dirección Médica del Hospital consciente de que el contenido de la Sección de Genética del Servicio de Pediatría trasciende a dicha adscripción conviene en elevarla al categoría de Unidad De Genética.

A esta Unidad le incumbe la misión de ser el eje durante algunos años de la Genética de la CAPV que en los campos del Diagnóstico Prenatal y en el estudio del ADN sería como hemos apuntado, de referencia para las necesidades de nuestra Comunidad.

Pocos años después en el Hospital de Nta Sra de Aranzazu de San Sebastián y el Hospital Virgen del Camino de Pamplona se crean otras Unidades de Genética que contribuyen a la descentralización de buena parte de las tareas del Hospital de Basurto asumiendo las mismas con total acierto hasta convertirse en los prestigiosos Servicios actuales.

La nueva Unidad de Genética del Hospital de Basurto desde su creación a finales de los ochenta del pasado siglo, nos ha deparado gratificación permanente a través de su participación en foros y publicaciones, proyectos de investigación, tesis doctorales, premios y lo que es más importante, el reconocimiento por parte de la Comunidad de lo que aquella le ha proporcionado en servicio y prestigio.

El tiempo no pasa en balde y la biología exige el relevo para los que han dado, sino todo, buena parte de sus energías y entusiasmo. El Dr. M. Molina se jubila el año 2001 después de treinta apasionantes años desde aquel ya lejano en el que se le encomendó la misión que con el tiempo devino en lo que es hoy.

La Unidad de Genética actual

La Dra. María García Barcina en el mismo año 2001 tras concurso-oposición obtendría una plaza de Genética Clínica y Citogenética. Actualmente responsable de la Unidad de Genética asume la tarea de adaptar y encarrilar la Genética a las nuevas exigencias derivadas del espectacular avance conceptual, metodológico y tecnológico que quepa imaginar.

La actual Unidad de Genética sigue trabajando en los tres ámbitos diferentes pero estrechamente relacionados ya mencionados: una parte clínica con las consultas de Consejo Genético y de Prenatal, y otra parte de laboratorio, con Citogenética y Genética Molecular. El gran impulso de conocimiento creado a expensas del Proyecto Genoma Humano, ha hecho que aumente de manera exponencial las solicitudes de diagnósticos, cada vez más complejos, y la información-asesoría tanto a facultativos como a pacientes.

Siendo el centro de referencia para Bizkaia de diagnóstico prenatal, el número de análisis citogenéticos en líquido amniótico se ha triplicado en los últimos 10 años, pasando de 600 a más de 1.900 estudios prenatales en 2007. Estos estudios se complementan desde hace dos años con técnicas de citogenética molecular: FISH (hibridación in situ fluorescente). En concreto, en aquellos casos en los que se requiere una mayor premura en la obtención del diagnóstico se realiza una detección rápida, en 24-48 horas, de las aneuploidías con trascendencia clínica más frecuente como son el síndrome de Down, el de Edwards y el de Patau, además de las alteraciones de los cromosomas sexuales.

Esta última técnica adaptada permite también el diagnóstico postnatal en sangre periférica de síndromes producidos por microdeleciones, que no pueden ser visualizados con técnicas convencionales, como el CATCH22 o el de Prader-Willi o el de Angelman, o por reordenamientos cromosómicos complejos que van a provocar alteraciones neoplásicas.

Dando respuesta, aunque todavía parcial, a las necesidades actuales y favorecido por nuestra vinculación con el Servicio de Hematología y Hemoterapia hemos abierto el área citogenética al campo de la Onco-Hematología, dedicando parte de nuestros esfuerzos al análisis citogenético de las médulas óseas y de las fragilidades cromosómicas.

Este aumento exponencial de los estudios genéticos (tanto en número de solicitudes de cada prueba como de las pruebas disponibles) se ha realizado sin apenas incremento del personal, reduciendo tiempos y siempre de acuerdo con los controles de calidad externos pertinentes. Para ello se ha seguido el Modelo Europeo de Excelencia

en la Gestión o EFQM, por ser el modelo de referencia para el despliegue de la calidad en el Hospital de Basurto. Este proceso se materializó en el año 2006 con la certificación del Laboratorio de Genética según la norma ISO 9001:2000, certificación que este año hemos mantenido.

Por otro lado, de acuerdo con la vocación investigadora incluida en la Misión del Hospital de Basurto, la Unidad de Genética presta una labor de apoyo a la investigación de otros grupos y Servicios Hospitalarios. En este sentido somos nodo del Banco Vasco de DNA y como tal, la unidad de Genética ofrece un completo conjunto de prestaciones dirigidas a poner a disposición de los investigadores colecciones de muestras de ácidos nucleicos, principalmente DNA, procedentes de diversas fuentes. Estas prestaciones incluyen la extracción de DNA de distintas muestras tales como sangre total, leucocitos, tejidos procedentes de biopsias o necropsia o tejidos incluidos en parafina, la conservación de las muestras de DNA en condiciones apropiadas, la separación y conservación de leucocitos para la extracción de DNA de alto peso molecular, o la gestión y envío de dichas muestras.

Además, en los últimos años ha iniciado su participación en diversas líneas de investigación: en colaboración con el servicio de Neurología del Hospital trabajamos en distonías primarias, en Atrofia Muscular (esta línea está siendo financiada por la BBK a través de la Asociación de Enfermos Neuromusculares de Bizkaia) y en Enfermedad de Huntington (en colaboración con otros dos Hospitales de la Red y con la Universidad del País Vasco UPV/EHU. Esta línea ha sido subvencionada por el Departamento de Industria, Turismo y Comercio del Gobierno Vasco en tres convocatorias sucesivas). Por otro lado, en colaboración con el Departamento de Biología Celular y Células Madre del CIC bioGUNE participamos en el proyecto: «Organización espacial y funcional de genomas trisómicos», subvencionado por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. En el desarrollo de estos proyectos se han puesto a punto técnicas y ensayos que han permitido la incorporación de metodología desde un proyecto de investigación a la rutina diagnóstica asistencial. Así, en este momento en la Unidad se dispone de la metodología para detectar las deleciones en los exones 7 y 8 del gen SMN1 que ocasionan la atrofia espinal muscular y el diagnóstico de portadores de esta patología, así como las deleciones GAG y de 18pb y distintos polimorfismos asociados a distonía primaria, o la detección del gen de la región determinante del sexo SRY...

Parte de estos logros se han conseguido gracias a la financiación por parte del FIS (Fondo de investigaciones Sanitarias) de infraestructuras para el Hospital de Basurto como un secuenciador AB 3130 GENETIC ANALYZER, distintos aparatos de PCR a tiempo real como la 7500 REAL TIME

Unidad de Genética. ▶
Vista parcial de uno de
los locales de la actual
Unidad de Genética sita
en el Pabellón Gurtubay
en la planta 2.

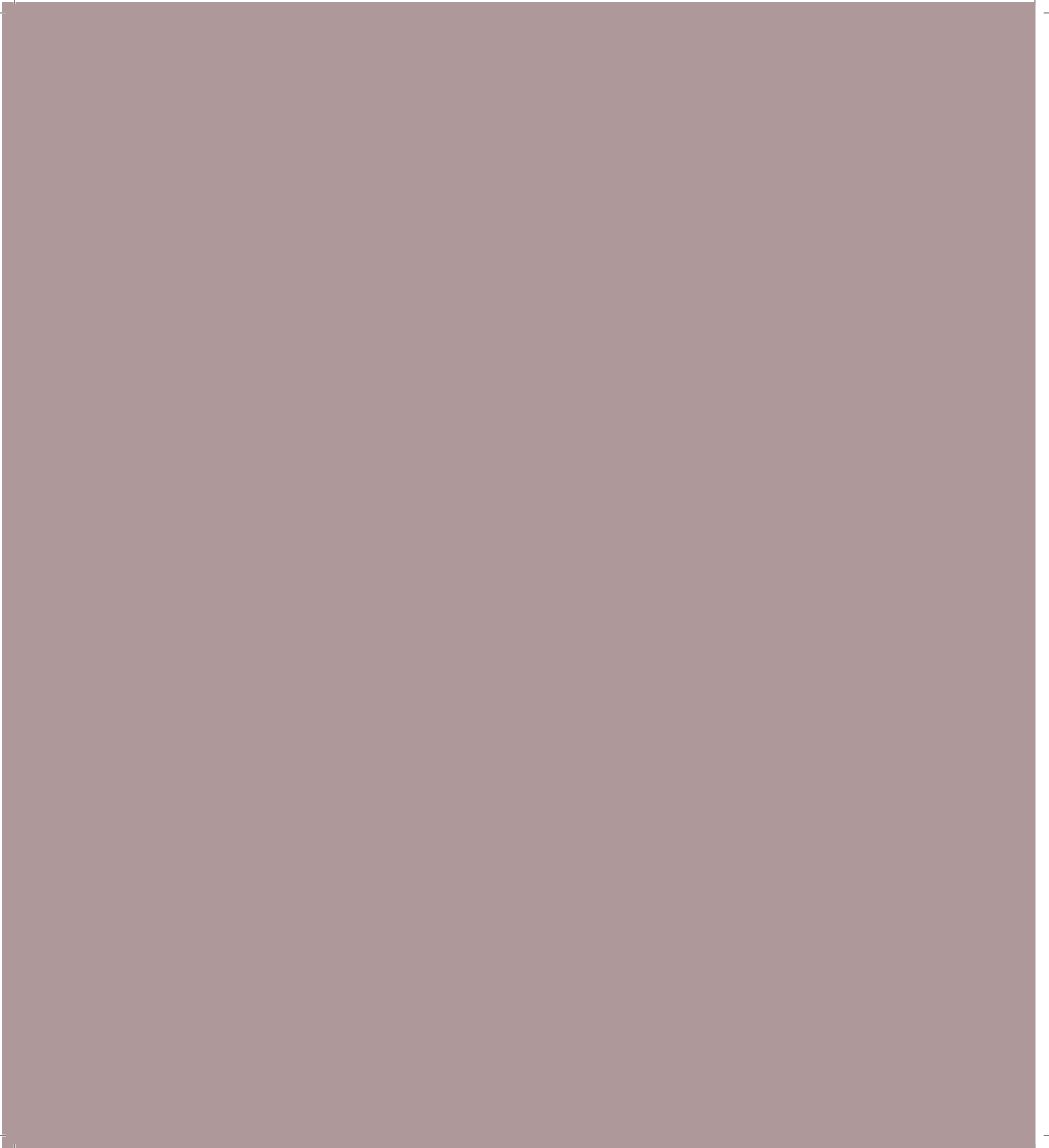


PCR SYSTEM, la o la LightCycler 2.0 LightCycler 480 Real-Time PCR System o un robot automatizado de extracción de ácidos nucleicos MagNA Pure LC, un dHPLC. D-HPLC (Denaturing High-Performance Liquid Chromatography), o un nuevo microscopio de fluorescencia con software para Multi-FISH e hibridación genómica comparada (CGH).

El premio Nobel James D. Watson dijo: «Solíamos creer que nuestro destino estaba escrito en las estrellas. Ahora sabemos que nuestro destino, en gran medida, está escrito en los genes». Anticiparse a él y ser capaces de prever e incluso prevenir ciertas enfermedades o sus complicaciones es, sin duda, un reto estimulante que nos abre la Genética. De ahí, que el objetivo por el que trabajamos en esta Unidad de Genética del Hospital de Basurto sea poner los hallazgos y avances tecnológicos en este fascinante campo, al servicio de la salud y de la calidad de vida de nuestra población.

Actualmente el personal que trabaja en la Unidad de Genética es el siguiente:

- Oliva Jato, Secretaria desde la Unidad desde la creación de la misma.
- Lola Etxebarria, Diplomada Universitaria en Enfermería.
- Justina García Cosgaya, Técnico Especialista de Laboratorio.
- M.ª Asun Tapia, Técnico Especialista de Laboratorio.
- Beatriz Barreña Oceja, Facultativo Biólogo.
- M.ª Luisa Onaindía Urquijo, Facultativo Biólogo.
- María García-Barcina, Facultativo Médico responsable de la Unidad de Genética.



Hematología y Hemoterapia

DRS. ALFONSO FERNÁNDEZ LÓPEZ Y JOSÉ MARÍA BELTRÁN DE HEREDIA

En 1960 por decisión del Prof. Piniés, en aquel momento Director del Hospital, se crea el Laboratorio de Hematología, Citología y Transfusión. Era el reconocimiento de la creciente complejidad del diagnóstico hematológico y de los problemas de una hemoterapia ejercida sin unas directivas racionales, cuestiones que rebasaban las posibilidades del Laboratorio General en el que estaban incluidas tales actividades hasta ese momento.

Su primer Jefe de Servicio fue el Dr. Víctor Bustamante Murga, nominado en marzo de 1960 tras un concurso de méritos restringido celebrado en el propio hospital. Comienza el montaje de técnicas de diagnóstico hematológico, algunas de ellas tan sofisticadas para esos años como la inmunoelectroforesis de proteínas séricas y técnicas citoquímicas de sangre periférica y centros hemopoyéticos. En mayo de 1965 el Dr. Bustamante Murga renuncia a la Jefatura del Laboratorio por haber obtenido la plaza de Jefe del Servicio de Medicina III de Basurto. Simultáneamente se convoca una plaza de Médico Adjunto por oposición libre, desarrollada en el Hospital y siendo adjudicada al Dr. Alfonso Fernández López, Médico Interno hasta ese momento del Servicio, con nombramiento inmediato de Médico Encargado del Laboratorio.

En un rasgo muy característico del Hospital en cuanto a la variabilidad de los métodos de acceso a las Jefaturas de Servicio, se convoca la plaza de Jefe de Servicio del Laboratorio en junio de 1966, mediante oposición libre celebrada en la Facultad de Medicina de Valladolid por ser en ese momento la cabecera del Distrito Universitario al que pertenecía Vizcaya. Cuatro opositores se enfrentan a una oposición desarrollada en dos días de noviembre de 1966, y tras las preceptivas Memoria, Examen Oral, Examen Escrito y Examen Práctico, la plaza es ganada por el Dr. Alfonso Fernández López.

En los años iniciales, el problema más imperioso a resolver era la consecución de una hemoterapia con donantes de sangre idóneos, establecer la obligatoriedad de los tests de compatibilidad inmunológica y primar el uso de sangre isogrupo, además de iniciar un fraccionamiento racional de la sangre. Durante la segunda mitad de 1965, se establecen contactos con personas sensibilizadas por experiencias personales relacionadas con la transfusión en nuestro medio hospitalario. Empezaron a surgir grupos rurales de donantes altruistas de sangre, encabezados por gente entusiasta entre los que hay que destacar al inolvidable Angel Celaya Eléjaga, primer Presidente de la Asociación de Hemodadores Altruistas del Hospital de Basurto, constituida formalmente a finales de 1966. La labor desarrollada por estos héroes anónimos fue tan eficaz, que ya desde principios de 1967 la actividad hemoterápica del Hospital de Basurto se realizaba al 100% con sangre procedente de donantes altruistas. El entusiasmo de estas personas era tan excepcional, que el primer Equipo Móvil de Extracción Sanguínea fue costeado mediante cuestaciones populares realizadas por los propios donantes de sangre.

Encauzada la hemoterapia, único aspecto clínico-asistencial del Servicio en aquellos años iniciales, se solicitó de la Dirección Médica la modificación del organigrama del Laboratorio con la cesión de la Sección de Citología Epitelial Exfoliativa al Servicio de Anatomía Patológica. Se consideró una actividad extraña a la naciente Hematología y Hemoterapia y propia de la indefinición en que se debatía la nueva especialidad. No sin ciertos reparos fue aceptado este criterio y el Servicio cambió su denominación a Laboratorio de Hematología y Transfusión a partir de 1970.

El Servicio aumenta de forma constante el catálogo de técnicas de diagnóstico en hemostasia, citología-citoquímica, eritropatología e inmunología, y se consigue el desa-

rollo de una hemoterapia racional dirigida por la Sección de Banco de Sangre. A esta inicial Sección, se van sumando a partir de 1975 secciones autónomas de diagnóstico hematológico como las Secciones de Citología periférica-Anemias, Hemostasia y Citodiagnóstico. Al mismo tiempo se comienza a compartir responsabilidades clínicas en el seguimiento y tratamiento de pacientes hematológicos hospitalizados en algunos Servicios, especialmente quirúrgicos.

La plantilla de facultativos médicos se va ampliando lentamente pero de forma constante, se van incorporando nuevos especialistas algunos de ellos formados en la Escuela de Especialidades del propio Hospital, donde permanecieron como becarios del Colegio mayor Gregorio de la Revilla, el famoso «internado», durante 3 años. Recordamos especialmente a las Dras Casanueva, Rodríguez Salazar, López de Sandaliano y Apraiz que por diferentes motivos han continuado luego su actividad profesional en otros Hospitales. Ya en 1987 el Servicio contaba con 3 Jefes de Sección, Dra. Rosa Sevilla, Dr. José Antonio Iriarte y Dr. José María Beltrán de Heredia, y 5 Médicos Adjuntos, Dra. Aranzazu Arana, Dra. Coro Orcolaga, Dra. Carmen Madrigal, Dra. María Victoria García Menoyo y Dra. Iciar Olabarría.

Desde 1980 era cada vez más habitual la implicación del Servicio no solo en el diagnóstico sino en el tratamiento y seguimiento clínico de pacientes hematológicos hospitalizados en los Servicios de Medicina Interna. Sin embargo ciertas resistencias retrasarían la creación de una Sección de Hematología Clínica hasta julio de 1988, con Unidad de hospitalización, Hospital de Día y Policlínica ambulatoria, nombrando al Dr. José María Beltrán de Heredia como su responsable.

La Sección de Banco de Sangre atendía con medios muy precarios, que nuestros donantes disculpaban, la actividad de la Asociación de Hemodadores Altruistas del Hospital de Basurto, tanto en sus aspectos organizativos con la Asamblea Anual de Donantes como gran referencia, como en las actividades de hemodonación que se desarrollaba en dos días de cada semana en los distintos pueblos de la provincia de Vizcaya en que se habían creado grupos de donantes de sangre. Para dar idea de la actividad de esta Sección de Banco de Sangre, se llegaba a procesar alrededor de 13.000 unidades de sangre/año, manteniendo no solo la autosuficiencia para nuestro Centro lograda ya desde el mismo 1967, sino la atención a las necesidades hemoterápicas del Hospital de Santa Marina y ocasionalmente y de forma desinteresada las carencias urgentes de centros sanitarios privados. En 1993 se realizó la última reunión anual de la Asociación de Hemodadores Altruistas del Hospital de Basurto, en la que se propuso a los delegados de los diferentes grupos de donantes su integración en el recientemente creado Centro Vasco de Transfusión, cediendo no solo el registro de donan-

tes sino parte del personal de nuestro Banco de Sangre y un moderno Equipo Móvil de Extracción Sanguínea. Con cierta nostalgia recordamos la ausencia de reconocimiento institucional en aquellos momentos hacia la labor pionera de este Servicio y del Hospital de Basurto en la donación sanguínea altruista en Vizcaya, y hacia la atención y desarrollo de la Asociación de Hemodadores del Hospital de Basurto a lo largo de sus 28 años de existencia.

En la década de los 80 la dinámica del Servicio, que ya se denomina Servicio de Hematología y Hemoterapia, es cada vez más acelerada. La Sección de Hematología Clínica cobra una importancia y prestigio notables, paralelamente al desarrollo del Banco de Sangre y de las Secciones de Diagnóstico Hematológico. Más adelante se incorporan técnicas de diagnóstico hematológico cada vez más sofisticadas, con la irrupción definitiva de la inmunocitometría celular, biología molecular y la genética, en el diagnóstico y evolución clínica de las hemopatías. Sin embargo esta evolución positiva se ve interrumpida en el año 2003 con motivo de la creación de un Laboratorio General unificado en el Hospital de Basurto, para hacer frente a la centralización de los requerimientos analíticos del sector primario correspondiente a nuestro Hospital. Se dispone que nuestra Unidad de Citología Sanguínea Periférica sea cedida a dicho Laboratorio General y se impide al Servicio el uso de autoanalizadores de citología sanguínea periférica, contra nuestro criterio reiteradamente expresado, en el que razonábamos la quiebra funcional, docente e investigadora que sufriríamos con estas medidas y entendíamos que el carácter de «rutina hematológica» no debía rebajar las exigencias en la formación de los facultativos de dicha Unidad, que debían corresponder a hematólogos de alta cualificación. Esperemos que directivos más sensibilizados reconsideren el impacto de esta situación.

La plantilla de facultativos se va ampliando con las incorporaciones del Dr. José Antonio Márquez y el Dr. Fernando Marco, que suman su esfuerzo al constante entusiasmo del resto de la plantilla. A finales del 2006 el Servicio de Hematología contaba con 10 Médicos Especialistas en Hematología, 5 Licenciados en Biología General, 10 ATS, 7 Técnicos de Laboratorio, 3 Administrativas, 1 Celador y 2 Personas de Mantenimiento, además del personal compartido en las unidades de hospitalización, hospital de día y consulta ambulatoria. El contraste de las 38 personas de la plantilla actual con las 8 personas con que contaba el inicial Laboratorio de Hematología, Citología y Transfusión, resume bien el grado de desarrollo de la clínica y diagnóstico hematológico en estos años.

La actividad actual y su incremento constante queda perfectamente reflejada en la Memoria correspondiente al año 2006, que pasamos a desarrollar de forma gráfica y resumida (ver Gráficos 1, 2 y Tabla 1):

Cartera de Servicios

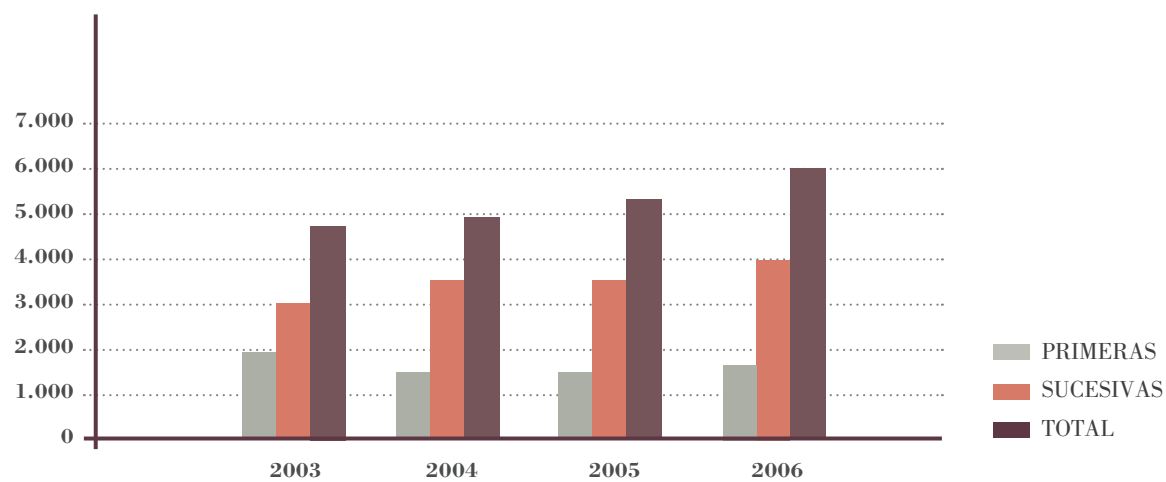
- Consultas externas
- Hospitalización
- Hospital de Día
 - Quimioterapia ambulatoria
 - Hemoterapia
 - Tratamiento alternativo a la transfusión
 - Otros procedimientos terapéuticos
 - Infusión intravenosa de fármacos
 - Administración de medicación intratecal
 - Perfusión de soluciones por otras vías
 - Procedimientos Diagnósticos
 - Aspirados y biopsias de médula ósea
 - Punciones ganglionares
 - Punciones lumbares
 - Mantenimiento de «vías» y «reservorios»
- Extracciones de muestras de sangre para análisis especiales
 - Hospitalaria y Ambulatoria
- Laboratorio
 - Revisión de Hematimetrías anormales
 - Recuento diferencial de todas las de rutina fuera de rango
 - Procesamiento de muestras de Sangre, Médula, LCR y otros.

- Citología óptica
- Citoquímica
- Citometría de flujo con marcadores inmunológicos.
- Estudios de patología eritrocitaria.
- Determinaciones inmunológicas relacionadas con enfermedad sistémica
- Estudios de Hemostasia (rutina y especiales).
- Estudios de Trombofilia
- Control de tratamiento anticoagulante y antiagregante
- Extracción de ADN y RNA
- Estudios orientados de biología molecular (PCR y FISH) Interacción con la Unidad de Genética

Banco de sangre

- Pruebas de Banco de Sangre para hemoterapia.
- Selección, atención y extracción de sangre a Donantes
- Realización de sangrías terapéuticas
- Realización de Exanguinotransfusiones
- Estudios inmunohematológicos especiales

Gráfico 1. Consultas de Hematología



La vocación docente del Servicio ha sido una constante a lo largo del tiempo. La relación con la Facultad de Medicina se ha mantenido desde su fundación y varios médicos han sido o son profesores que colaboran con el Departamento de Medicina. Sin embargo, desde la desaparición de la Escuela de Especialidades Médicas no se han formado especialistas vía MIR en Hematología, aunque se ha colaborado en la formación de otros que rotan por el Servicio. Nuestra inquietud investigadora se refleja en las diferentes publicaciones en revistas y comunicaciones a congresos que se vienen haciendo, así como en la colabo-

ración con grupos cooperativos de trabajo y participación en ensayos clínicos nacionales e internacionales.

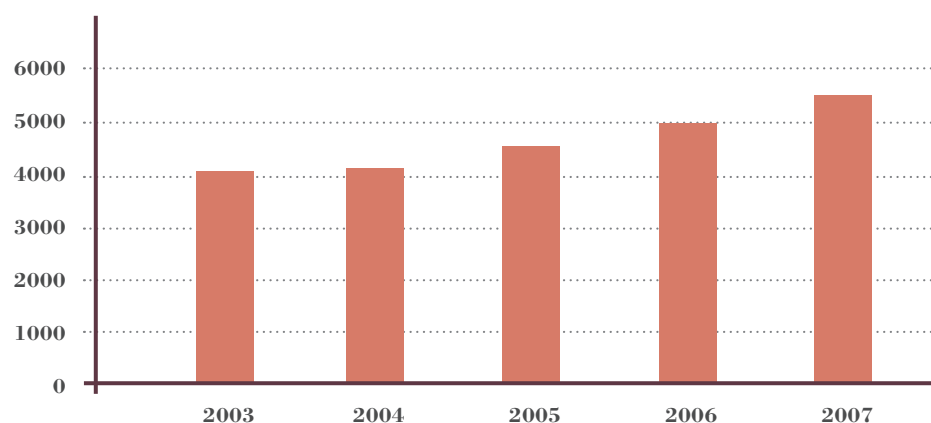
Así comentada, la historia de este Servicio parece el relato de un devenir ordenado y casi bucólico. Nada más erróneo. Hubo una larga lucha inicial en la definición de la especialidad de Hematología y Hemoterapia, se sufrieron momentos dramáticos en las crisis institucionales que afectaron al Hospital en los años setenta y afrontamos situaciones de precariedad económica extrema. Y en todos esos momentos críticos se puso de manifiesto el famoso «espíritu Basurto», que no era otra cosa que el compromiso de todas

Tabla 1. Hospitalización

	2003	2004	2005	2006	2007
Total de ingresos	233	208	245	225	91
Total de altas	231	211	245	220	97
Estancias (decenas)	221,6	234	224,2	192	80,4
Estancia media	9,51	11,25	9,15	8,53	8,83
Índice de ocupación	60,7	63,9	61,4	52,6	67,0
Índice de rotación	2,32	2,08	2,45	2,25	2,30
Defunciones	39	26	22	33	8
Tasa de mortalidad	16,88	12,32	8,98	15	8,25
Interconsultas	236	240	276	261	88

(** Los datos referentes a 2007 corresponden a los acumulados a 30 de Abril)

Gráfico 2. Hospital de día



Incremento acumulado en 5 años =43%

las personas en seguir involucradas en un proyecto, especialmente en los momentos de mayores dificultades.

El Dr. Fernández López se jubiló en agosto del 2006 tras 40 años de Jefe de Servicio y haber asistido al nacimiento y desarrollo de la especialidad de Hematología en España, compartiendo este camino con unos colaboradores de la más alta calidad humana y profesional. Convocada de nuevo la plaza de Jefe de Servicio, en julio del

2007 fue adjudicada por unanimidad tras un brillante ejercicio al Dr. José María Beltrán de Heredia, que hasta ese momento ocupaba la Jefatura de la Sección de Hematología Clínica. Afortunadamente la dinámica del propio Servicio completa el círculo funcional generando colaboradores de la más sólida formación, capaces de afrontar los retos que la sociedad plantee a la especialidad de Hematología y Hemoterapia en el futuro.

Tabla 2. Laboratorio

SERIE ROJA	2004	2005	2006	2007
Estudios Serie Roja	335	382	419	159
Coombs directo en recién nacidos			1.129	383
Estudios Citológicos De Sp	4.890	6.637	6.483	2.371
Citología	4.752	6.491	6.338	2.315
FAG	138	146	145	56
Estudio De Médula Ósea			453	177
Punción De Médula Ósea	338	320	307	121
Estudio De Citometria	3.824	4.110	4.380	1.484
Estudio De Poblaciones Linfoides En VIH +	3.544	3.716	3.901	1.283
Diagnostico Y Seguimiento Hematológico	280	394	479	201
Estudio Especiales	574	631	635	259
HLA	358	376	404	187
Ac. Anti-Plaquetares	216	255	231	72
Estudios Biología Molecular		56	189	126
FISH		24	98	39
Per En Tiempo Real (Reordenamiento Bcr-Abl)			18	16
Hemostasia	279.145	281.427	294.912	103.931
INR	110.046	117.649	113.468	53.688
Rutina Y Preoperatorio	37.796	38.655	43.164	22.468
Especial	6.604	6.274	6.147	2.572
Estudio De Síndrome Antifosfolípido	267	343	468	144
Estudio De Trombofilia	279	343	334	116
Determinaciones De Autoinmunidad	28.227	37.045	440.704	16.961

Tabla 3. Actividad de la consulta de Control TAO 2006

MES	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	ANUAL
Controles propios	4.894	4.246	5.174	4.235	4.652	4.279	3.642	3.455	3.633	3.690	3.859	3.717	49.476
Inicios	94	105	128	91	91	109	93	69	94	100	112	110	1.196
Reinicios	102	148	149	142	157	141	112	112	133	131	151	154	1.632
Cita automática valida médico	1.425	1.209	1.499	1.258	1.362	1.193	1.012	911	1.008	878	951	896	13.602
Intercitas 35 — 65 días	2.290	1982	2.256	1986	2.194	2.006	1.736	1.748	1.811	1.750	1.669	1.532	22.960
Preparación Quirúrgica	187	166	200	136	164	145	104	45	112	130	114	74	1.577

Tabla 4. Actividad transfusional

	2004	2005	2006	2007
Pacientes transfundidos	2.719	2.890	2.684	1.185
Transfusiones realizadas	16.635	17.254	16.274	5.061
Transfusiones por paciente	6,11	5,97	6,06	4,27
Transfusiones por hemocomponente				
Sangre total	0	0	0	0
Autotransfusión	60	95	104	40
Exanguinotransfusión	1	0	2	0
Hematíes	11.333	11974	12.474	4.244
C. Plaquetas				
Unitarias	3.305	2.956	561	1
Aféresis	308	452	420	260
Pool (5)	0	0	962	118
Plasma				
PFC	1.069	1.349	1.225	307
Aféresis	559	428	526	191
Unidades Cruzadas	19.740	20.725	21.382	7.511
Unidades Transfundidas	11.332	11974	12.479	4.244
Cociente U. Cruzadas/Transfundidas	1,74	1,73	1,71	1,76
Suspensión de intervenciones por no disponibilidad de sangre				
En stock	0	0	0	0
Compatible	0	1	0	0
Flebotomías terapéuticas	738	1.002	1.368	522
Donaciones	205	203	203	87

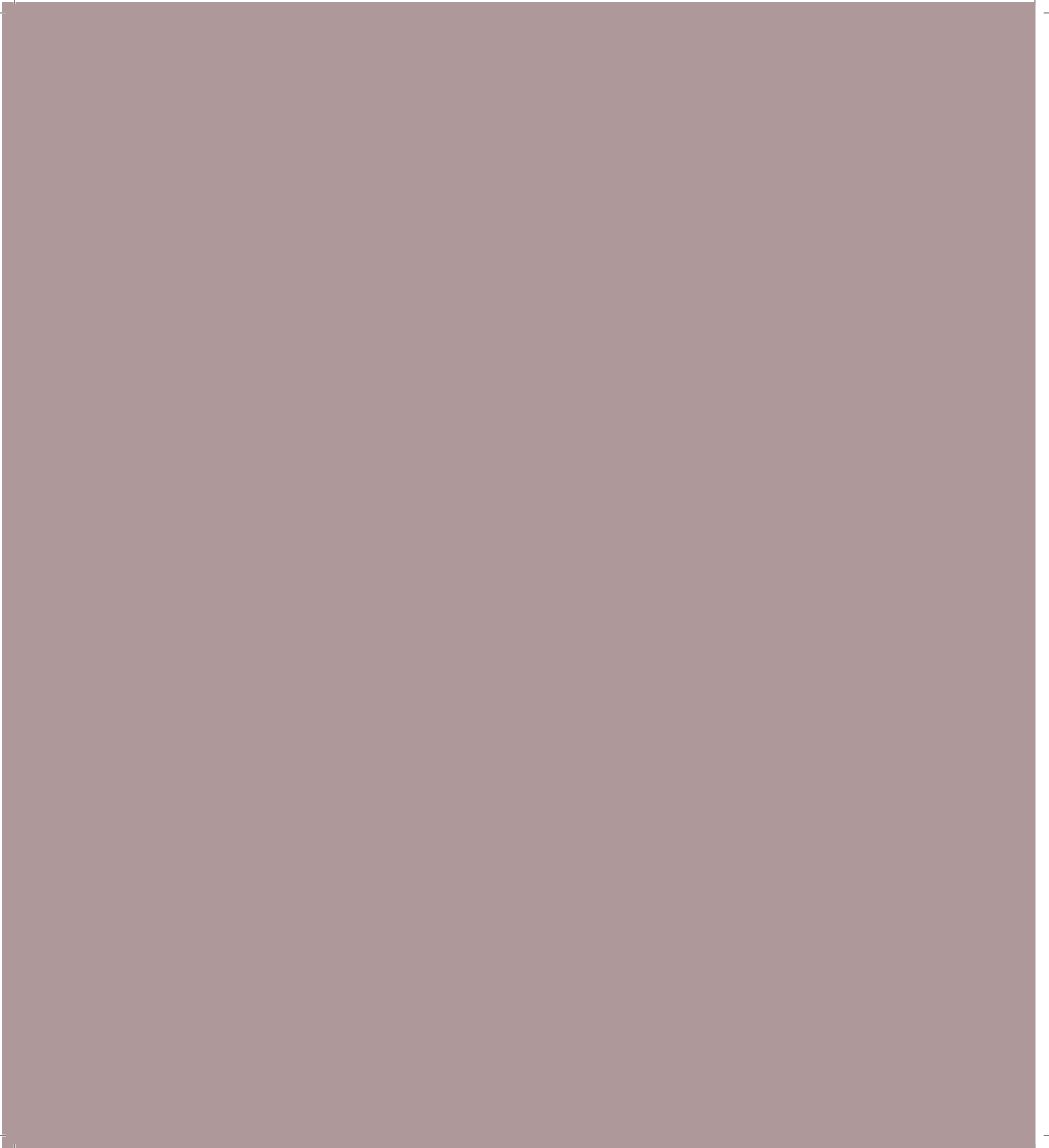
La vocación docente del Servicio ha sido una constante a lo largo del tiempo. La relación con la Facultad de Medicina se ha mantenido desde su fundación y varios médicos han sido o son profesores que colaboran con el Departamento de Medicina. Sin embargo, desde la desaparición de la Escuela de Especialidades Médicas no se han formado especialistas vía MIR en Hematología, aunque se ha colaborado en la formación de otros que rotan por el Servicio. Nuestra inquietud investigadora se refleja en las diferentes publicaciones en revistas y comunicaciones a congresos que se vienen haciendo, así como en la colaboración con grupos cooperativos de trabajo y participación en ensayos clínicos nacionales e internacionales.

Así comentada, la historia de este Servicio parece el relato de un devenir ordenado y casi bucólico. Nada más erróneo. Hubo una larga lucha inicial en la definición de la especialidad de Hematología y Hemoterapia, se sufrieron momentos dramáticos en las crisis institucionales que afectaron al Hospital en los años setenta y afrontamos situaciones de precariedad económica extrema. Y en todos esos momentos críticos se puso de manifiesto el famoso «espíritu Basurto», que no era otra cosa que el compromiso de todas las personas en seguir involucradas en un proyecto, especialmente en los momentos de mayores dificultades.

El Dr. Fernández López se jubiló en agosto del 2006 tras 40 años de Jefe de Servicio y haber asistido al nacimiento y desarrollo de la especialidad de Hematología en España, compartiendo este camino con unos colaboradores de la más alta calidad humana y profesional. Convocada de nuevo la plaza de Jefe de Servicio, en julio del 2007 fue adjudicada por unanimidad tras un brillante ejercicio al Dr. José María Beltrán de Heredia, que hasta ese momento ocupaba la Jefatura de la Sección de Hematología Clínica. Afortunadamente la dinámica del propio Servicio completa el círculo funcional generando colaboradores de la más sólida formación, capaces de afrontar los retos que la sociedad plantea a la especialidad de Hematología y Hemoterapia en el futuro.

En la tabla adjunta puede verse la evolución de los indicadores y cabe destacar que en general se encuentran en rango similar al año 2005.

- En la columna de la derecha aparecen algunos globales del Hospital.
- La mayor tasa de mortalidad coincide también con una edad media más alta en los Exitus.
- La disminución de la estancia media se acompaña de una menor complejidad y de un mayor coste total aunque el coste por proceso se ha incrementado mínimamente.



Hospitalización a Domicilio

DRS. ANTXÓN APEZETXEA CELAYA,
RAFAEL LANDÍN VICUÑA,
ASCENSIÓN PALACIOS ANTÓN

Creación de la Unidad (1988)

Una mañana de octubre, Encarni Bueno, secretaria del Servicio de Cirugía General B, me avisó que habían llamado de Dirección Médica porque la entonces Directora, la Dra. Begoña Urtiaga, quería hablar conmigo. Era el año 1988 y yo por entonces tenía un contrato para hacer guardias de cirugía por lo que pensé que se trataba de algún otro contrato que querría ofrecerme. Cuando entré en su despacho, tras los tópicos de rigor, me preguntó: «¿Tú sabes qué es la Hospitalización a Domicilio?». Era la primera vez que oía ese término. Me explicó que el Hospital tenía un problema con la prolongada estancia de los pacientes quirúrgicos, fundamentalmente de los Servicios de Cirugía General, Cirugía Vasculosa y Urología, por culpa de complicaciones postoperatorias que demoraban el momento del alta. En 1983, en el vecino Hospital de Cruces, se había puesto en marcha el primer Servicio de Hospitalización a Domicilio dependiente del INSALUD, y me propuso que recabara información para crear un Servicio similar en Basurto pero dirigido exclusivamente a los Servicios quirúrgicos. Dado que yo era cirujano, que había estado trabajando en todos esos Servicios y mantenía buenas relaciones con todos ellos y que en ese momento sólo tenía un contrato de guardias, pensé que era el candidato ideal para esa tarea. Cuando salí del despacho todavía iba dándole vueltas a la cabeza: «¿Hospitalización a Domicilio? Pero, ¿qué será eso?. ¡En qué lío me voy a meter! Pero como ya me había comprometido, me puse manos a la obra. Lo primero que averigüé fue el nombre de la persona que había iniciado la Hospitalización a Domicilio en Cruces. Era la Dra. Blanca Urkola. Tenía interés en saber como se iniciaba desde cero una Unidad de este tipo por lo

que pensé que sería más útil el hablar con ella que con los miembros del Servicio ya constituido. En 1988 la Dra. Urkola ya no estaba en la Hospitalización a Domicilio sino que era la Responsable del Servicio de Atención al Paciente del Hospital de Cruces por lo que unos días después de la conversación con la Dra. Urtiaga quedé con ella. Me contó cómo habían sido los inicios y cómo había ido convenciendo a los médicos de su Hospital para que derivaran pacientes con determinadas características a su Servicio y acortar así las estancias. Poco a poco me iba haciendo una idea de lo que tendría que ir haciendo en mi Hospital para poner en marcha esta actividad. Simultáneamente a mis gestiones, desde la Dirección de Enfermería ya habían seleccionado a una enfermera para completar el equipo. Se trataba de Ascensión Palacios (Ascen), procedente del Servicio de Cirugía General A y con mucha experiencia en el manejo de pacientes quirúrgicos. Ella y yo mantuvimos los primeros contactos y el planteamiento fue que ella se dedicaría exclusivamente a la atención en los domicilios, mientras que yo compaginaría mi actividad quirúrgica con la valoración y aceptación de las peticiones de traslado, la primera visita en el domicilio, al menos una visita semanal a nuestros pacientes así como a los que me indicara Ascen en la reunión que teníamos diariamente al final de la mañana y asimismo visitaría a los pacientes el día que eran dados de alta. Inicialmente no teníamos ningún tipo de infraestructura por lo que los primeros meses utilizábamos mi vehículo particular, o el de Ascen cuando iba sola. Tampoco disponíamos de secretaria, utilizando para tal menester a Encarni, ya que era la secretaria del Servicio del que yo procedía. Nuestra actividad no estaba recogida en el sistema informático general del Hospital para gestión de pacientes por lo que tuvimos que crear una base de datos específica para nuestros pacientes. Esta aplicación se denominó HOSPIDOM porque el sistema informático sólo

Hospital de Basurto

En muchas ocasiones hemos oído o leído en la prensa problemas derivados de la atención sanitaria del Hospital de Basurto.

Desde estas líneas quiero salir en defensa del personal del citado hospital que tan bien han tratado a mi marido. Debido a su enfermedad pasó por diversos pabellones: Jado, Allende, San Pelayo y Ampuero, en este último, donde pasó sus últimas horas, la atención fue constante.

De manera especial quiero destacar el servicio domiciliario que atiende a aquellos enfermos que no necesitando estar hospitalizados, pero si vigilados y curado (heridas por diabetes u operaciones) se desplazan diariamente a sus domicilios. En el caso de mi marido ha sido durante cinco meses.

Desde estas líneas quiero públicamente dar las gracias al personal del Hospital de Basurto.

D. Uriarte
(Bilbao)

▲
Carta al director aparecida en la prensa local el 27 de diciembre de 1990.

aceptaba un máximo de 8 campos para nombrar a los programas. Posteriormente este nombre se popularizó pasando a ser la denominación oficiosa de la Unidad en el Hospital. Por supuesto, no disponíamos de local y nos teníamos que arreglar para dejar el material y mantener las reuniones, con un hueco bajo las escaleras del antiguo Cuarto de Socorro que solían utilizar las Auxiliares de Urgencias a modo de vestuario. Recuerdo aquellos meses como una época en la que trabajábamos con mucha ilusión pero con la incertidumbre de si esta iniciativa tendría futuro o no.

Primeros años (1988-1993)

Los tres primeros pacientes ingresaron en la Unidad el martes 24 de octubre y dos de ellos procedían del Servicio de Cirugía Cardiovascular y el tercero del de Cirugía General A. Uno de los pacientes de Cirugía Vasculuar había sufrido una amputación de la extremidad inferior izquierda por isquemia crónica necesitando curas del muñón, y el otro presentaba una extensa dehiscencia de herida quirúrgica inguinal por infección tras serle realizado un injerto aorto-femoral. Al paciente procedente del Servicio de Cirugía General se le había practicado una herniorrafia inguinal cuatro días antes del alta y se le remitía a su domicilio para seguir siendo controlado hasta la retirada de puntos ya que este solía ser el factor determinante hasta ese momento para dar el alta a un paciente. Eran los inicios en nuestro Hospital de la Cirugía de Corta Estancia. Poco a poco fueron llegando pacientes de los demás Servicios quirúrgicos. Así el 3 de noviembre ingresó el primer paciente del Servicio de Cirugía del Aparato Digestivo (infección de herida tras apendicectomía), el 25 de noviembre de Cirugía General B (dehiscencia por necrosis tras escrotoplastia por carcinoma epidermoide de escroto) y por último el 29 de diciembre de Urología (cura radical de hidrocele).



►
El primer vehículo de HDOM unos días antes de ser dado de baja en 2006.

En enero de 1989 el Hospital adquirió un vehículo para la Unidad. Se trataba de un Fiat Uno con el logotipo del Hospital y la inscripción «Hospitalización a Domicilio». Este hecho supuso para Ascen y para mi una confirmación de que para la Dirección del Hospital este proyecto tenía futuro.

Asimismo, tras un breve paso por los locales que habían constituido la Sala de Espera de familiares de la Urgencia, nos facilitaron un pequeño espacio propio en la tercera planta en el recién construido Pabellón Makua.

Durante estos primeros años fue afianzándose la Unidad siendo habitual la derivación de pacientes quirúrgicos complicados desde los diferentes Servicios. Por la Unidad también fueron pasando distintos facultativos, todos ellos del campo quirúrgico, en los periodos en los que me ausentaba. Así, forman parte de nuestra pequeña Historia el Dr. José Ignacio Lara, el Dr. Javier Ortiz, el Dr. Ángel González Zorraquino, el Dr. Carlos Emparan y el Dr. Fernando Aróstegui.

En 1992 la Asociación Vizcaína de la Lucha contra el Cáncer llegó a un acuerdo de colaboración con el Hospital ofreciéndose a atender en sus domicilios a pacientes procedentes del Hospital y subsidiarios de Cuidados Paliativos. Para ello se utilizó la infraestructura creada para la Hospitalización a Domicilio (material, vías de acceso, base de datos informática y secretaria), poniendo por parte de la Asociación un facultativo, una enfermera y un vehículo. Durante los 4 años que se mantuvo esta colaboración pasaron por este equipo de Cuidados Paliativos tres facultativos: la Dra. Ana Martínez, la Dra. Begoña Ruiz y el Dr. Serafín Piñero y una enfermera, Sor Begoña.

Nuestra labor empezó a ser conocida fuera del Hospital con gran aceptación por parte de pacientes y familiares. No era raro encontrar en la prensa felicitaciones y agradecimientos (Ver Fot. Carta al director).

Integración en el Plan de Alternativas a la Hospitalización Tradicional de Osakidetza (1993-1995)

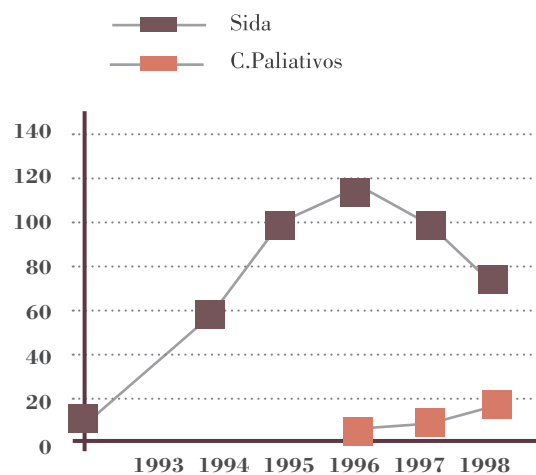
En 1993, Osakidetza dentro del Programa de Alternativas a la Hospitalización tradicional, apostó decididamente por la Hospitalización a Domicilio. Para ello potenció aquellas Unidades que ya existían (Cruces, Basurto y Nuestra Señora de Aránzazu) y creó dos nuevas (Galdácano y Txagorritxu). Ello se tradujo en una mayor dotación presupuestaria y una unificación de todas las Unidades en

cuanto a funcionamiento y Cartera de Servicios extendiéndose entonces la oferta a todos los Servicios del Hospital excepto Psiquiatría por la necesidad de personal específico y exclusivo para estos pacientes. En nuestro Hospital estos cambios se tradujeron en tres vehículos más a añadir al ya existente y la ampliación de la plantilla. En abril se incorporaron a la Unidad la Dra. Amaya Urtizberea y el Dr. Rafael Landín y las enfermeras Arrate Maguregui, Ana Pili Goiti y Sagrario Ulzurrun. Como consecuencia de la apuesta decidida del Profesor Don Felipe de Miguel por la Hospitalización a Domicilio y del interés de que los nuevos facultativos fueran especialistas en Medicina Interna y formados en el Hospital, en mayo se produjo la sustitución de la Dra. Urtizberea por la Dra. Marta Olivera. Por la misma razón de la conveniencia estratégica de que inicialmente todos los miembros procedieran del Hospital, Tomás García Cortazar sustituyó a Sagrario Ulzurrun. Coincidiendo con la incorporación del personal sanitario, se produjo la asignación de una secretaria específica para la unidad, puesto para el que fue nombrada Conchi Blave. En el primer trimestre de 1994 se habilitó un espacio existente en el sótano del Pabellón Makua como local de la unidad y sigue siendo ubicación actual del servicio

En el año 1993 se inicia la actividad docente de postgrado con la rotación de los residentes de 5º año de Medicina Interna. Aunque con posterioridad ya se habían atendido pacientes procedentes del área médica por presentar problemas quirúrgicos (fundamentalmente lesiones que precisaban curas), el primer paciente con patología médica tras esta aplicación llegó el 30 de abril remitido por el Dr. Nicanor García del Servicio de Medicina Interna para el control de una infección respiratoria. También en abril pero de 1994 iniciamos la Nutrición Parenteral Domiciliaria con un paciente con Síndrome de Intestino Corto remitido por la Dra. Lucía Laborda desde la Unidad de Nutrición del Hospital de Cruces. A finales de ese año se realizó la primera administración de antibioterapia intravenosa domiciliaria a este mismo paciente, por infección del reservorio subcutáneo a través del cual se le administraba la Nutrición. Este paciente estuvo en nuestro censo durante nueve años, con algunos periodos de ingreso en el Hospital por diversas incidencias, hasta que falleció en abril de 2003.

La actividad asistencial lógicamente aumentó pasando de un censo/día de 11 pacientes en el primer trimestre de 1983 a 25 en diciembre de ese mismo año, a 35 pacientes/día en 1994 y a 40 en el primer trimestre de 1995. Este progresivo incremento de pacientes hizo necesario aumentar la plantilla. Esto se llevó a cabo en febrero de 1995 incorporándose el Dr. Santiago González de Etxábarri y la enfermera Begoña Ortega.

Gráfico 1. Evolución de los ingresos de los pacientes con SIDA y de los oncológicos tributarios de Cuidados Paliativos (1993-1998)



Consolidación (1995-1998)

La incorporación del Dr. González de Etxábarri coincidió con el incremento de los pacientes diagnosticados de SIDA y que eran trasladados a Hospitalización a Domicilio bien para control de síntomas o bien para administración de medicación intravenosa. Por ello se buscó un perfil de especialista en Medicina Interna con experiencia en el campo de las Enfermedades Infecciosas, como era su caso.

El pico máximo de pacientes con SIDA se produjo en 1996 con 115 pacientes, lo que supuso casi el 10 % del total de ingresos de ese año. Por otra parte, y coincidiendo con la finalización de la colaboración con la Asociación Española de la Lucha contra el Cáncer en 1996 y la consiguiente asunción de los pacientes que hasta ese momento eran asistidos por el Equipo de Cuidados Paliativos, empezó a aumentar el número de pacientes oncológicos en situación terminal para su control por nuestro Servicio (ver Gráfico 1).

Como consecuencia de la OPE de 1996 se incorporó al puesto de Administrativa Eukene Abiega, por lo que Conchi fue trasladada a la Secretaría del Servicio de Rehabilitación. Asimismo, y por esa misma OPE, se produjeron cambios en el personal de enfermería llegando Luis Cepeda procedente del Hospital de Galdácano y Aitziber Murua del propio Hospital por lo que Ana Pili Goiti fue trasladada a la Unidad de Enfermería de la primera planta del Pabellón Gandarias. En noviembre de 1998 Aitziber abandona el Servicio por traslado, ocupando su plaza Selene Blanco.

El personal sanitario de la Unidad en diciembre de 2003. ▶



También se producen cambios en el área médica. Así, en 1995 se crea el puesto de Jefe de Sección de la Unidad, en 1996 la Dra. Olivera se traslada a Madrid ocupando su plaza la Dra. M.^a Angeles Campo y en enero de 1998 se aprueba la contratación de un nuevo facultativo, incorporándose el Dr. Manu Virosta.

En el camino hacia la Calidad (1998-2005)

Durante este periodo se siguen produciendo cambios en la plantilla. Así en junio de 1998 se produce la incorporación de la séptima enfermera ocupando esa nueva plaza Ana Pili Goiti que de esta manera regresa al Servicio. En noviembre de ese mismo año Aitziber Murua se traslada a un Centro de Salud ocupando su plaza de manera interina Selene Blanco. Finalmente en enero del 2004 M.^a José Arrizabalaga ocupa esa plaza en Comisión de Servicios por lo que Selene es destinada a la Unidad de Enfermería de Jado 2.

En 1998 se produce el inicio de la transformación de la Unidad en una Unidad de Gestión Clínica. Se buscaba con este nuevo enfoque el que las Unidades Clínicas asumie-

ran mayores responsabilidades en gestión. Hospitalización a Domicilio fue uno de los cuatro Servicios que en nuestro Hospital se embarcaron en esta aventura. Esto supuso el que algunos miembros del Servicio tuvieran que formarse en Calidad y nos replanteamos si nuestro modo de hacer las cosas era susceptible de mejorar. Para ello realizamos una autoevaluación en el año 2000 en la que se detectaron varias áreas de mejora en el aspecto de funcionamiento que se fueron desarrollando a lo largo de los años. Aunque el proyecto de las Unidades de Gestión Clínica no llegó a desplegarse y avanzar en Osakidetza por la dificultad que suponía una real y efectiva autonomía de gestión, este intento supuso el germen para la reorganización de la Unidad y la definición de nuestra Misión y Visión, el diseño del mapa de nuestro Proceso Asistencial, la utilización de indicadores tanto asistenciales como de calidad para medir nuestra actividad, etc... Fruto del trabajo de todos esos años fue la obtención en noviembre del 2005 de la Certificación ISO 9001:2000 de nuestro Sistema de Gestión.

La actividad asistencial, por su parte se estabiliza en cuanto al número de ingresos en unos 1250 ingresos/año pero lo que cambia es el perfil de los mismos. La patología relacionada con el VIH va disminuyendo, irrumpiendo con fuerza algo que ya se intuía al final del periodo anterior que eran los pacientes oncológicos terminales subsidiarios

de cuidados paliativos cuya necesidad de atención médica superaba a la que se le podía ofertar desde la Atención Primaria y a los que sus familiares querían que fueran atendidos en su domicilio (ver Gráfico 2).

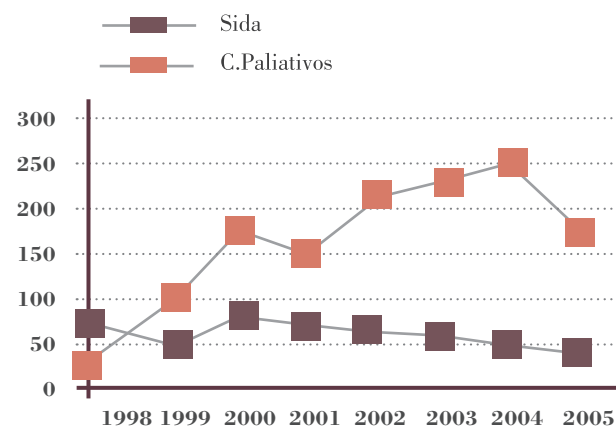
Aunque desde 1993 rotaban residentes por nuestro Servicio, es en este periodo cuando esta actividad entra a formar parte de nuestro día a día. Ya no se limita a residentes de Medicina Interna, sino que también se integran en nuestro Servicio los de Medicina de Familia y Comunitaria y no sólo de nuestro Hospital sino que proceden de los de Txagorritxu, Santiago, San Eloy, Zumárraga, Alto Deva, San Millán (La Rioja) y Mieres (Asturias). Fruto de esta actividad y por propuesta de los propios residentes, en el 2003 asumimos la tutoría de la formación en su fase hospitalaria de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria en la persona de Manu Virosta. También pasan periodos con nosotros médicos de Atención Primaria que dedican su tiempo de formación a conocer nuestra actividad interesados fundamentalmente en el manejo de los pacientes en situación terminal.

Paralelamente al desarrollo de la Hospitalización a Domicilio en el País Vasco, se van creando Unidades por el resto de España. Los promotores y actuales responsables de algunas de ellas nos visitaron antes de su puesta en marcha para ver cómo hacíamos las cosas. Así compartimos horas, y en algunos casos días con los actuales miembros de Unidades de Hospitalización a Domicilio del Hospital Marqués de Valdecilla, Fundación Hospital de Calahorra, Hospital Arnau de Vilanova de Lleida, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona, Hospital Reina Sofía de Tudela y Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca. También estuvieron con nosotros miembros del Institut Català de la Salut interesados en conocer nuestro modelo para implantarlo en la red pública de los hospitales dependientes del ICS en Cataluña.

Situación actual y perspectivas de futuro

En la actualidad, y tras 18 años de andadura, hemos alcanzado nuestra mayoría de edad. Somos un Servicio perfectamente integrado en la dinámica del Hospital, con relaciones consolidadas de colaboración en patologías concretas con diversos Servicios del Hospital (Urgencias, Traumatología, Medicina Interna, Oncología, Ginecología, Obstetricia, Otorrinolaringología, Cirugía Plástica, Cirugía General y Urología). Asimismo, somos un referente en la atención de pacientes oncológicos terminales en su domicilio. Nuestra influencia no se limita únicamente al área de actuación

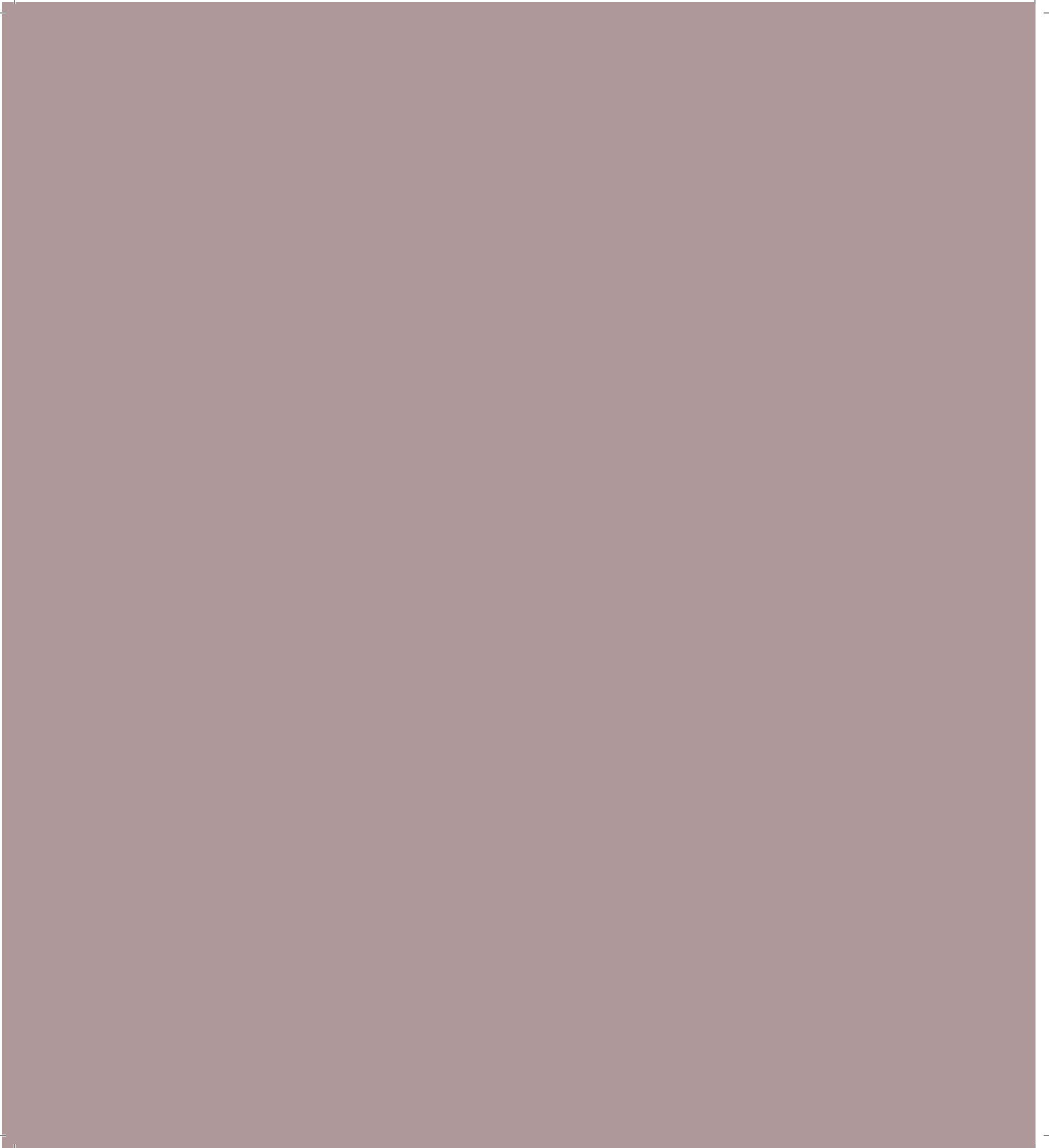
Gráfico 2. Evolución de los ingresos de los pacientes con SIDA y de los oncológicos tributarios de Cuidados Paliativos (1998-2005)



de nuestra actividad (Bilbao) sino que actualmente ostentamos la presidencia de la Sociedad Vasca de Hospitalización a Domicilio y de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio en la persona del responsable de la Unidad.

Lo que somos ahora no es sólo responsabilidad de los que formamos actualmente el Servicio de Hospitalización a Domicilio sino que es la resultante de las aportaciones de todos los que en algún momento han trabajado con nosotros. Cabe recordar a la Dra. Arantza Arrieta, la Dra. Conchi Carabias, el Dr. Vicente Catalán, el Dr. Borja Cobanera, la Dra. Cristina Corredera, el Dr. Mikel Escalante, el Dr. Oscar Ferrero, el Dr. Javi Fresco, el Dr. Fran García Llorente, el Dr. Javier Gardoqui, el Dr. Iñaki Gorostiaga, la Dra. Marta Ibarrola, la Dra. Miren Larruskain, el Dr. Gerardo López Legarra, la Dra. Eva Lizarralde, la Dra. Ameli López Capel, el Dr. Llamazares, el Dr. Iñigo Melchor, la Dra. Sonia Merino, el Dr. Joaquín Naya, la Dra. Elena Núñez, la Dra. Ester Oceja, la Dra. Nora Patús, el Dr. José Pérez Agote, el Dr. Patxi Santos, la Dra. Juana Trinidad, el Dr. Emilio Uriarte, el Dr. Juanjo Villarreal, la Dra. Carmen Virto, así como a todo al personal de enfermería que ha tenido la ocasión de colaborar con nosotros a lo largo de estos años.

En nuestro horizonte cercano vemos la necesidad de apoyar todas aquellas iniciativas del Hospital tendentes a la ambulatorización de los procesos, tanto médicos como quirúrgicos, seguir avanzando en la Gestión por Procesos y potenciar la colaboración con la Atención Primaria tanto para poder derivar a los Centros de Salud pacientes que actualmente atendemos nosotros así como para captar directamente por iniciativa de los Médicos de Familia a pacientes que actualmente son remitidos al Hospital.



Enfermedades infecciosas

JUAN MIGUEL SANTAMARÍA JÁUREGUI
JOSU BARAIAETXABURU ARTETXE

La patología infecciosa en la historia del Hospital de Basurto

Las enfermedades infecciosas ocupan un lugar primordial entre las enfermedades que ha padecido la humanidad a lo largo de su historia. Engloban a un grupo diverso de enfermedades cuya incidencia ha variado a lo largo del tiempo.

En este apartado nos proponemos hacer un recorrido histórico de las enfermedades infecciosas más comunes ligadas a la historia del Hospital de Basurto, comenzando con la época inmediatamente anterior y siguiendo con los 100 años transcurridos desde el inicio de su labor asistencial en 1908.

Siglo XIX

Conviene recordar que en el siglo XIX, las enfermedades infecciosas supusieron la mayor causa de morbimortalidad en la población de Bilbao y del Señorío de Vizcaya. En ese periodo, conocido como prebacteriológico, por ser previo a los trabajos de Pasteur, estas enfermedades, denominadas entonces «pestilenciales», incluían dolencias tan diversas como el cólera, las fiebres tíficas, la brucelosis, la tuberculosis, la viruela, la difteria, la escarlatina, el sarampión, la neumonía y las enfermedades venéreas, entre otras muchas. De todas ellas, destacaremos en primer lugar, el cólera y en segundo lugar, la tuberculosis.

El cólera inició su primer viaje a Europa desde el Ganges a través de Afganistán en 1823. A lo largo de todo el siglo XIX se sucedieron diversos brotes de cólera cuya mortalidad

recordaba a la de la peste. Estos brotes, acaecidos en Vizcaya en los años 1834, 1854-55, 1885 y 1893, dispararon la demanda de asistencia sanitaria y fueron la causa de que progresivamente, ante la «ineficiencia de un solo hospital, el de Achuri», se fueran abriendo otros «hospitales de epidemias» en Bilbao, entre los cuales unos años más tarde estaría el Hospital de Basurto. A pesar de ese esfuerzo, en aquella época la única terapia de cierta efectividad era el aislamiento (la cuarentena) de los pacientes afectados.

Pero la enfermedad que a lo largo de toda la historia de la humanidad, aunque en mayor medida en los siglos XIX, XX y XXI, ha tenido un lugar estelar entre las enfermedades de causa infecciosa por su gran incidencia, ha sido la tuberculosis, también conocida como tisis o peste blanca. Esta enfermedad, cuyos vestigios se han reconocido en momias egipcias de hace más de 8000 años, ya fue descrita por el padre de la medicina, Hipócrates (460-377 a.C.), como «la más grande de todas las enfermedades, la más difícil de curar y la que más víctimas causa».

La tuberculosis, como el resto de enfermedades infecciosas que vamos a comentar, se encontraba muy ligada a las malas condiciones socio-sanitarias que imperaban en la época a la que nos estamos refiriendo, caracterizada por el auge de la industrialización, los movimientos migratorios y la penuria económica de amplias capas de la sociedad.

Siglos XX y XXI

Cuando en 1908 se inaugura el Hospital de Basurto, la hospitalización se organiza en Servicios, siendo los principales en ese momento, los de Medicina, Cirugía, «Niños», Ginecología y Oftalmía. La asistencia de la patología infecciosa se realiza dentro del Servicio de Medicina en una

Pabellón de infecciosos. ▶



serie de Servicios o Pabellones especiales, como son los de «Tuberculosos», «Venéreas» y los que integran el «Hospital de Infecciosas». El pabellón de tuberculosos, se ubicó en el pabellón de Revilla, cuyas terrazas y toldos permitían disfrutar de las supuestas propiedades curativas del sol y el aire libre.

En las primeras décadas del siglo XX, las enfermedades infecciosas que con mayor frecuencia se atendían en el Hospital de Basurto fueron, además de la ya mencionada tuberculosis, las siguientes: el tífus y la fiebre tifoidea, la difteria, la tos ferina, la meningitis, la escarlatina, las infecciones respiratorias, la disentería, el sarampión, la parotiditis e incluso algunos casos de paludismo (ver Tabla 1).

La tabla 1 nos ofrece un claro reflejo del importante lugar que ocupaban las enfermedades infecciosas, tanto por su

incidencia como por su gran mortalidad, entre las enfermedades que se diagnosticaban en aquella época en el Hospital de Basurto.

La prevalencia de la tuberculosis en estos 100 años de actividad del hospital ha sido muy elevada y hasta mediados de siglo ha conllevado una elevada mortalidad: en el año 1946 se diagnosticaron 448 enfermos, de los cuales fallecieron 101 (22,54%) (ver Tabla 2).

Afortunadamente, a partir de esa fecha, comienza un paulatino descenso de la morbilidad y mortalidad de la tuberculosis y del resto de enfermedades infecciosas que hemos mencionado. Ello fue debido a dos factores principales:

a) El primero y más importante, fue la mejora de las condiciones económicas y sociales de la población de Vizcaya, que dio lugar a un incremento de las medidas de higiene

Tabla 1. Evolución del número de pacientes ingresados por enfermedades infecciosas y su mortalidad

AÑO	HOSPITALIZACIÓN POR ENFER. INFECCIOSA	PORCENTAJE SOBRE LA CIFRA TOTAL DE HOSPITALIZACIÓN	MORTALIDAD
1909	319	8,7%	29,6%
1917	593	8,9%	32%
1929	705	8,5%	26,7%
1935	897	9,2%	16,9%
1946	811	9,9%	18,7%
1964	529	5,5%	4,3%



◀ Pabellón Revilla.

(agua potable en las casas, alcantarillado urbano...) y del estado nutricional de la población.

b) El segundo fue el desarrollo de diversos medicamentos frente a las enfermedades infecciosas, destacando fundamentalmente las vacunas, las cuáles contribuyeron a un descenso muy significativo de las enfermedades exantemáticas infantiles. Su máximo exponente fue la vacuna contra la viruela, que contribuyó a que esta enfermedad se considerara erradicada por la O.M.S en 1980.

Esta disminución progresiva de la prevalencia de las enfermedades infecciosas en el conjunto de las patologías atendidas por el Hospital de Basurto hizo que a partir de la década de los 60, fuera innecesario mantener los pabellones de «Hospital de Infecciosos», el pabellón de «Tuberculosos» y el de pacientes con enfermedades venéreas.

A pesar de ese notable descenso, todavía hoy en día las enfermedades infecciosas continúan afectando de manera importante a nuestra población, si bien su espectro ha variado. Las enfermedades infecciosas que atendemos en la actualidad en el Hospital de Basurto incluyen, además de la patología infecciosa clásica (tuberculosis, infecciones respiratorias, intestinales, óseas...), la infección por VIH-sida, las patologías importadas del inmigrante/viajero, la infección cardio-vascular... y estamos en disposición de atender las infecciones emergentes como la gripe aviar y el síndrome respiratorio agudo grave (SRAG).

Esta persistencia de las enfermedades infecciosas clásicas, junto con el auge de enfermedades nuevas como el sida, fue la base para que a partir de 1988 se creara el Servicio de Enfermedades Infecciosas.

Creación de la sección de enfermedades infecciosas. Antecedentes

Como hemos visto, las enfermedades infecciosas tienen una larga historia en el Hospital de Basurto; historia que para mí, Juan Miguel Santamaría, comenzó durante mi formación en Medicina Interna con el Profesor Víctor Bustamante Murga. En mis primeros años como Médico Adjunto del Servicio de Medicina Interna atendía a las complicaciones físicas infecciosas secundarias al consumo de drogas intravenosas, como la hepatitis o endocarditis. Además, en aquella época se produjeron una serie de cambios técnicos en otras especialidades que tuvieron como consecuencia no deseada un aumento de las complicaciones infecciosas. Estos hechos me animaron a completar mi formación en enfermedades infecciosas en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid con el Dr. Emilio Bouza, durante los primeros meses del año 1983. En una sesión bibliográfica en ese Servicio, se hizo la reseña de los primeros casos de una nueva enfermedad de la que no se conocía su causa, que se denominó síndrome de inmunodeficiencia adquirida; enfermedad que ha dejado una huella profunda en mi vida profesional y personal y en la de todo el equipo.

En el año 1985, ante los primeros casos de sida en nuestra Comunidad, se decidió formar Unidades de seguimiento de sida en los hospitales. El Dr. Sarabia, Director médico del Hospital, y el Dr. Daniel Zulaika, Coordinador del Plan del sida del Gobierno Vasco, me convocaron a una

Tabla 2.
Mortalidad en el Hospital de Basurto en el año 1946

Mortalidad 1946.

Clínicas	NÚMERO DE ENFERMOS		NÚMERO DE MUERTOS		PROPORCIÓN %				
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL			
Clínica A	420	821	124	8	21	3,09	2,25	2,69	
" B	428	404	329	20	6	23	4,92	3,43	3,55
Traumatología	132	241	112	28	14	47	6,92	2,44	5,43
Med. Quirúrgica	132	250	112	28	24	60	8,58	4,62	7,59
Neurología	250	137	219	20	7	33	10,88	4,42	8,31
Quir. Infantil	212	211	214	4	6	12	2,33	2,29	2,31
Medicina Adultos	624	912	1331	123	40	213	19,43	12,64	15,40
Tuberculosis	224	144	443	61	40	101	24,07	20,67	22,54
Medicina Infantil	249	320	478	23	14	42	4,30	4,37	4,33
Piel	63	67	130	-	-	-	-	-	-
Otorrinolaringología	108	118	223	14	2	16	14,40	1,73	7,17
Neurología	4	812	521	1	17	18	11,11	2,08	2,11
Oftalmología	64	37	121	-	-	-	-	-	-
Lactium	24	117	141	1	8	9	4,16	6,83	6,25
Ancianos	40	33	73	4	7	11	10,-	21,21	15,00
Hijos Adultos	67	108	164	6	4	10	4,55	3,70	5,11
" Infantil	19	36	66	-	7	7	-	2,77	1,81
Difteria	3	10	13	1	2	3	12,5	20,-	16,66
Polio	1	3	4	-	-	-	-	-	-
Varicela	17	20	37	1	2	3	5,95	10,-	8,10
"	1	1	2	-	-	-	-	-	-
Menigitis	10	12	22	1	1	2	10,-	-	4,54
Varicela	3	1	4	-	-	-	-	-	-
Varicela	9	2	12	-	1	1	-	20,-	8,33
Difteria	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sarampión	26	30	56	-	-	-	-	-	-
Maludismo	4	4	8	-	-	-	-	-	-
Varicela	2	1	3	-	-	-	-	-	-
Varicela	3483	4313	5521	315	260	635	4,40	5,76	7,46

reunión para formar esta Unidad en el Hospital. Acepté y comencé a pasar consultas externas para pacientes con sida dos días por semana. En este tiempo, alterné el seguimiento y el tratamiento de pacientes con sida con la atención a otros enfermos con patología infecciosa.

El número de pacientes aumentó rápidamente. Al no existir tratamientos antivirales, muchos de ellos estaban en fases muy avanzadas de la enfermedad con lo que tenían infecciones múltiples, se originaban repetidos ingresos con periodos muy prolongados de hospitalización y una mortalidad muy alta. En el año 1987 se adscribieron 16 camas de hospitalización en el pabellón Gandarias, y se incorporó la Dra. Zuriñe Zubero.

Además, en aquellos años iniciales, existía miedo al contagio, tanto en otros pacientes como entre el personal sanitario. La vía de transmisión sexual y la alta proporción de pacientes que habían adquirido la infección por el uso de drogas, originaban problemas de rechazo y de convivencia en los hospitales. Estos hechos, unidos a una patología altamente compleja y a la dificultad de coordinación con la Atención Primaria, generaron un serio problema asistencial, que fue sin duda un factor determinante en la creación de la Sección de Enfermedades Infecciosas.

En el año 1988, la Dra. Begoña Urtiaga, como Director Médico dio un impulso general a las especialidades médicas del Hospital y me propuso la creación de una Sección de Enfermedades Infecciosas. Nos dotaron de 22 camas en el Pabellón Revilla (4 de aislamiento respiratorio) y se incorporó como Supervisora de enfermería Dña. Amelia Urbaneja, estando de Adjunta de enfermería Alicia Valtierra. En noviembre de ese mismo año pudimos contar con la Dra. Josefa Muñoz.

Primeros años: 1988-1996

Los primeros años de la Sección de Infecciosas fueron muy duros, pues a la dificultad de cualquier proyecto que se inicia, había que añadir la escasez de referencias, al ser una de las primeras Secciones de Infecciosas del estado español. Los continuos avances en el conocimiento de las complicaciones relacionadas con el VIH/sida y los primeros tratamientos antirretrovirales exigían un ritmo de actualización muy rápido.

El grueso de la actividad asistencial se polarizó hacia la atención a los enfermos con infección por VIH, aunque mantuvimos y desarrollamos otras áreas de asistencia. A partir de 1989, iniciamos nuestra actividad en el recién creado Hospital de Día, donde realizamos tratamientos y procedimientos diagnósticos que permitieron disminuir la

hospitalización de los enfermos y mejorar su calidad de vida. A ello también contribuyó sin duda la creación y colaboración con el Servicio de Hospitalización a Domicilio, dirigido por el Dr. Apezetxea, que hizo posible los cuidados paliativos de estos enfermos.

En 1990 pudimos contar con la colaboración de un nuevo médico, el Dr. Ramón Teira.

La coordinación con la Dra. María José Carvajal, del Servicio de Psiquiatría y de Fabiola Moreno, trabajadora Social, facilitó en gran medida la resolución de problemas psiquiátricos y sociales de los pacientes. En agosto de 1989, se pone en marcha la primera casa para enfermos de sida sin hogar de todo el estado español, creada por el Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Vizcaya. La implicación de Sor Nieves Díaz Corres, Hija de la Caridad, Iñigo Pombo, el Dr. Daniel Zulaika y los médicos del Servicio, tanto en la elaboración de criterios iniciales como en la prestación de asistencia médica semanal a los allí residentes, posibilitó que muchas personas enfermas de sida vivieran y murieran en unas condiciones clínicas y humanas dignas. En el año 1992, el Dr. Josu Baraiaetxaburu entra a formar parte del equipo médico.

En el año 1994, la Sección de Enfermedades Infecciosas se hace cargo de la Unidad de Enfermedades de transmisión sexual, que se ocupaba de la asistencia en esta patología para toda la provincia de Vizcaya y que controlaba, además, a un número significativo de pacientes con infección por VIH. Dicha labor la realizaban las Dras. María del Mar Cámara y Josefina López de Munain, las cuales pasaron a engrosar desde entonces las filas de la Sección.

El cambio del Sida y el desarrollo posterior: 1996-2000

En el año 1996, en la Conferencia mundial sobre el sida de Vancouver, se ponen las bases de las nuevas terapias antirretrovirales, lo que se tradujo en un aumento de la supervivencia y de la calidad de vida de estos pacientes, así como la consiguiente disminución de su hospitalización, pasando a ser seguidos mayoritariamente de forma ambulatoria.

Esto nos permitió aumentar nuestra oferta asistencial en otras áreas. De esta manera, abrimos la primera consulta específica de Enfermedades Tropicales de la Comunidad Autónoma Vasca (Dra. Zubero) y potenciamos, en colaboración con los Servicios de Hematología (Dr. Teira), Traumatología (Dr. Baraiaetxaburu) y Cirugía Cardiovascular (Dra. Muñoz) la atención al paciente infectado de dichas especialidades, y, en general, en todas las áreas del hospital.

En el año 2000, el Dr. Mikel Alvarez, Director Gerente del Hospital, impulsa la implicación de nuestro Servicio en la gestión clínica y consolida nuestra actividad pasando a constituirse el primer Servicio de Enfermedades Infecciosas de la moderna historia del hospital.

Situación actual y futuro inmediato

El Servicio de Enfermedades Infecciosas está consolidado dentro y fuera del hospital manteniendo relaciones estables con todos los Servicios del hospital y con otras Unidades o Servicios de Enfermedades Infecciosas de nuestra Comunidad y estatales. Desde hace años formamos parte de diversos grupos de trabajo y asesoría clínica a la Administración (Secretaría Nacional del plan del sida, Plan del sida del Gobierno Vasco, Comisión de la gripe aviar etc...).

En el año 2005, el Dr. Ramón Teira vuelve a su tierra cántabra, pero sigue unido a nosotros en la investigación. La incorporación de dos nuevos profesionales, los Dres. Oscar Luis Ferrero y Sofía Ibarra, nos permiten confiar en el futuro relevo del Servicio.

Nuestra actividad actual se reparte en 3 apartados fundamentales, a los cuales añadimos, como cuarto apartado, nuestra previsión de futuro.

1. Asistencia

En la asistencia contamos con unas cifras estables de atención (Tabla 3) en las diversas áreas (infección por el VIH y resto de infecciones), con tendencia al aumento en la demanda de la interconsulta, en la atención a la infección nosocomial y en el control de las enfermedades de transmisión sexual (ver tabla 3).

2. Formación y docencia

La formación de pregrado se realiza en el Servicio por la pertenencia a la Universidad del País Vasco del Dr. Santamaría, en el periodo de 1976 a 2001 y del Dr. Baraiaetxaburu, desde 1997 hasta la actualidad.

A pesar de la intensa actividad desarrollada por el Servicio (asistencial, docente e investigadora), la especialidad de enfermedades infecciosas no está reconocida como tal, por lo que no contamos con médicos propios en formación. Sin embargo, durante periodos de tiempo variable, rotan por nuestro Servicio médicos en formación de otras

especialidades del hospital (Medicina Interna, Microbiología, Cuidados Intensivos, Reumatología...) y de los Servicios de Medicina Interna de otros hospitales, como los de Vitoria, Logroño o Burgos.

Todos los componentes del Servicio se han implicado en la formación en enfermedades infecciosas, preferentemente en sida, de postgraduados de Atención Primaria.

Asistimos regularmente a las reuniones más significativas nacionales e internacionales con participación activa en las mismas. En estos casi 20 años de historia de nuestro Servicio hemos presentado más de 100 comunicaciones y ponencias orales. Todos los miembros del Servicio pertenecemos a las Sociedades científicas locales y regionales de la especialidad, habiendo formado parte de sus juntas directivas.

La formación abarca no solo los conocimientos clínicos sino también el manejo de herramientas básicas, como tecnología, informática, estadística, idiomas.... Además, se encuentran perfectamente estructuradas en el Servicio las sesiones clínicas y bibliográficas.

3. Investigación

El rápido desarrollo de la investigación en enfermedades infecciosas a nivel global nos ha permitido tener una intensa actividad investigadora, habiendo participado en más de 40 ensayos clínicos en estos años y en estudios de investigación con un factor impacto medio anual superior a 5 (Scientific Citation Index). Actualmente tenemos en activo 4 ensayos clínicos de gran relieve en el área de antirretrovirales.

Tabla 3. Datos de actividad asistencial media anual en los últimos 5 años en el Servicio de Enfermedades Infecciosas

Ingresos hospitalización	752
Consultas externas	8.900
— Nuevas	2.800
— Sucesivas	6.100
Interconsultas de otros servicios	560

4. El futuro inmediato

La atención a los enfermos de VIH seguirá conformando una parte importante de nuestra actividad, aunque objetivaremos un aumento de demanda en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y de la infección nosocomial. La globalización y la movilidad de la población nos traerán, sin duda, el reto de las enfermedades infecciosas emergentes (Gripe aviar, SRAG...), para las cuales ya nos estamos preparando. La inmigración de personas procedentes de países en vías de desarrollo nos obligarán a adaptarnos no solamente a nuevas situaciones sociales y culturales, sino también a nuevos problemas clínicos. La incomprensible falta de reconocimiento de la especialidad de enfermedades infecciosas en el momento actual puede comprometer el necesario relevo de médicos formados en esta patología, con el consiguiente impacto a nivel de la salud individual y comunitaria.

Somos, no obstante, optimistas porque nuestra experiencia con el sida nos ha hecho comprender el valor del conocimiento y del tesón.

Componentes actuales del Servicio de Enfermedades Infecciosas

Jefe de Servicio:

Juan Miguel Santamaría Jáuregui

Médicos Adjuntos:

Zuriñe Zubero Sulibarria
Josefa Muñoz Sánchez
Josu Baraiaetxaburu Artetxe
Oscar Luis Ferrero Benéitez
Sofía Ibarra Ugarte
Josefina López de Munain (Servicio de ETS-VIH)
María del Mar Cámara (Servicio de ETS-VIH)

Supervisora de Enfermería:

Amelia Urbaneja Arrue

Enfermeras:

M.^a Jesus Charramendieta
Marisa Gosende
Alfredo Aristegui
Yolanda Landazabal

Esther Veiga
Esther Pérez
Victoria Cuesta
M.^a Isabel Salinero
Noemí Alvarez
Amaia Ruiz
Nekane Juaristi
Marian Aizpuru
Natividad Aparicio

Auxiliares de enfermería:

Exiquia Antón
Marina Fano
Carmen Torres
Ana Isabel Rodríguez
Sonia González
Lourdes Urrutia
Fátima Pardo
Belén Soldevilla
M.^a Concepción Pérez
Montserrat Canalejo
Ana Abelleira
Vanesa Javega
M.^a Jesus Alvarez
Begoña Fraile
Inés Magaz
M.^a Angeles Vega
M.^a Angeles Almeida
Ana Tejada

Personal de limpieza:

Rosario Oreca (Coordinadora)
M.^a José Callejones
M.^a Teodora Carrillo
M.^a Jesús Bezares
Teresa Cosgaya
Manuela Abad
Luisa Etxezarreta
Loreto Sebastián

Celadores:

Pedro Maleta
Guillermo Aguiar

Secretaria:

Pilar Martínez
Rosa Elena Arnaiz



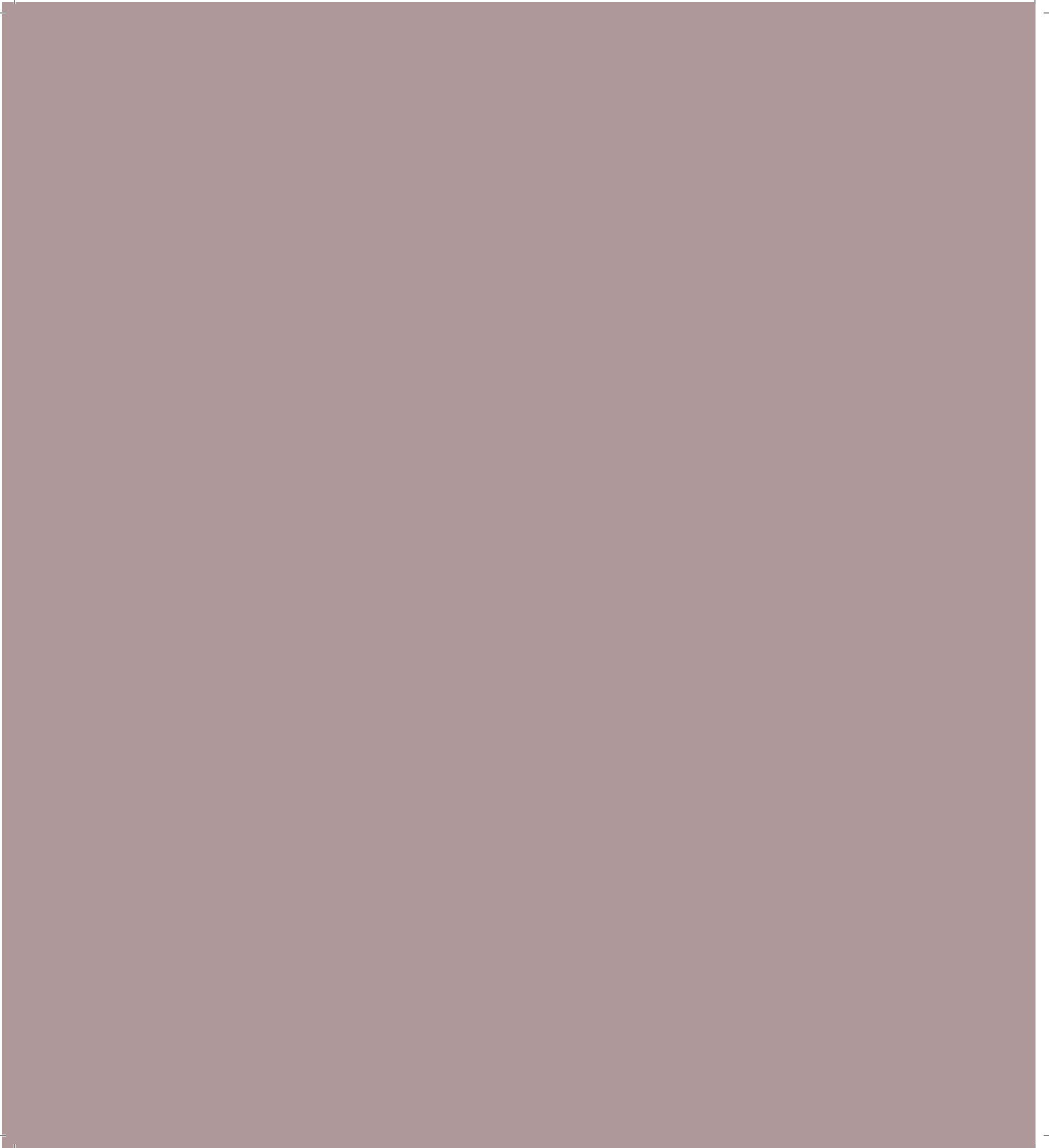
◀ Una parte de nuestro Servicio de Enfermedades Infecciosas.

Queremos tener un recuerdo y reconocimiento especial para todos aquellos que han formado parte del Servicio y que, aunque en la actualidad no sigan con nosotros, han contribuido decisivamente a su desarrollo, como son: Ramon Teira Cobo (médico), Sor Teresa (enfermera), Sor Carmen (enfermera), Irene Ansorena (enfermera), Arantza Rivera (enfermera), Karmele Samper (enfermera), Rafael Casado (celador), Inmaculada Alvarez (secretaria), Enriqueta Busto —Geni— (secretaria) y muchos más.

Agradecimientos

A Dña. Begoña Lejona, responsable de la Biblioteca del Hospital de Basurto, por su inestimable ayuda en el asesoramiento sobre las fuentes bibliográficas utilizadas en la elaboración de este trabajo.

A D. Javier Sarrugarte y a D. Jesús Tomás González, miembros del Servicio de Documentación Gráfica del Hospital, por su gran colaboración en la adecuación de testimonios gráficos antiguos y actuales.



Nefrología

FERNANDO CABRERA MARTÍNEZ

La «Prehistoria»

En los años sesenta se practicaba en Basurto una «medicina heroica» y de muy alta calidad. Heroica por las formidables carencias presupuestarias que sufríamos, que habían de ser suplidas con el entusiasmo y esfuerzo personal de todos los que nos tocaba atender a los pacientes, que acudían al Servicio y de alta calidad por lo que a continuación se verá.

El sótano de Gandarias era el semillero donde y bajo la batuta del Prof. Luis Manuel y Piniés, nacían y se cultivaban clínicos y científicos que luego se repartían por toda la geografía. Fue allí donde monté el laboratorio de regulación humoral, siendo yo médico del Servicio de Medicina Interna I a las órdenes de Don Luis. Nos obligó la necesidad de tratar adecuadamente a los enfermos graves. Los que hoy están en las diversas UCIS, (reanimación, coronarias, etc.), en aquellos momentos no disponíamos de esos lujos. En treinta minutos, desde la toma de muestra hasta el resultado, se obtenía un ionograma completo, equilibrio ácido-base, uremia, glucemia, hematocrito y proteínas totales, parámetros suficientes para instaurar y seguir un tratamiento de regulación humoral con microtécnicas porque la toma de muestras había de ser frecuente y para no desangrar al paciente. Del resto de la analítica se ocupaban los laboratorios centrales.

Con esta infraestructura conseguíamos tratar con éxito, en la sala general, a veces podíamos habilitar la sala de curas como UCI y allí tuvimos: comas hepáticos, accidentes cerebrovasculares, diabetes descompensadas, algunas intoxicaciones, en fin un amplio abanico de patologías agudas y muy graves que salían adelante con el esfuerzo de todos, especialmente médicos internos y enfermeras, sin

olvidar el concurso de las hermanas de la caridad, pilares inmovibles, demasiado inmovibles a veces, que dirigían a las enfermeras de la escuela, estudiantes en aquellos momentos, que vivían y sufrían a este tipo de enfermos, poniendo en su tratamiento un entusiasmo digno de agradecer y que no les agradecía nadie; sirva esta mención como desagravio por los olvidos y agradecimiento a las estudiantes de la escuela de enfermería de Basurto.

Con todo y con esto había patologías que se nos escapaban; las uremias de entonces, aquí el problema no era de reponer o sustituir sino de sacar. Así pues para este grupo de enfermos puse en marcha la diálisis peritoneal en el año 1964. La ayuda puntual del Dr. J. A. Libano fue esencial para iniciar este trabajo casi en solitario. Nuestros trabajos sirvieron para que al fabricante de los sueros de diálisis le fuesen autorizados por sanidad.

Del sótano de Gandarias pasé al entresuelo de San Pelayo en 1965. San Pelayo, entonces era la sede del Servicio de Medicina Interna III, dirigido por el Prof. Víctor Bustamante. En el entresuelo había unos metros cuadrados dedicados a secretaría, archivo de historias clínicas, sala de reuniones y laboratorio. Fue en el laboratorio donde y siguiendo instrucciones de Don Víctor, monté la diálisis extracorpórea. Don Víctor consiguió que un amigo suyo nos regalase un dializador (riñón artificial) norteamericano llamado dialung. Era una prensa de acero inoxidable de 25 x 25 cm. que mantenían prensadas treinta placas rígidas y el doble de celofanas que venían ya troqueladas. Todo el conjunto se esterilizaba en autoclave. La solución de diálisis caía por gravedad desde un bidón de plástico al que habíamos echado las sales y el agua desionizada que obteníamos de un cartucho de resinas de intercambio iónico que enchufábamos al grifo del lavabo, cuando el cartucho se saturaba nos lo cambiaban, como ahora se hace con las bombonas de butano. La

presión negativa la conseguíamos sacando por la ventana el drenaje por un tubo de PVC largo con un peso en la punta, cuanto más bajábamos la punta más presión negativa teníamos. En poco tiempo Don Víctor consiguió que un amigo suyo nos hiciese otra prensa y un piloto de avión nos trajese varios juegos de celofanas y placas rígidas en su equipaje. Con este montaje tan artesanal comencé a dializar perros para entrenar al personal que estaba constituido, aparte de por mi mismo, una enfermera y el Dr. José Luis Cañón, en aquel momento Médico Interno del Servicio de Medicina Interna III, designado por Don Víctor para ayudarme. Los accesos vasculares nos los hacía el Dr. Pablo Martínez Corrales, médico interno del Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular. Con la práctica que había cogido en Procardíacos y una habilidad extraordinaria conseguía meter en las arterias y venas del animal unas pipetas pasteur que yo hacía con mucho cuidado porque si las puntas cortaban luego rasgaban el vaso en que se introducían. Vasos que eran como papel de fumar mojado, muy difíciles de manejar. Cuando aprendimos y comenzamos a canalizar nosotros lo pudimos comprobar fehacientemente. Entre diálisis y diálisis teníamos los perros en el sótano de San Pelayo, en la antigua carbonera del edificio que tuvimos que adecuar adecuadamente.

Con esta infraestructura llegamos a realizar cuarenta y cinco hemodiálisis en perros antes de dializar pacientes humanos de las que hicimos cinco en enfermos agudos, en los que utilizábamos fistulas arterio-venosas externas de Quinton-Scribner. Todo esto sirvió, aparte de entrenar al equipo, para poner de manifiesto la necesidad de crear en el hospital una unidad específica y especializada en estas técnicas, de suerte que así lo entendió la Junta de Caridad y la Dirección del Hospital. De modo que aquí termina la Prehistoria de la nefrología en Basurto.

La Historia del Servicio

La «historia» comienza cuando con el patrocinio del Dr. Ramón Cebreiro Jefe del Laboratorio de Bioquímica, montamos la primera Unidad de Hemodiálisis en una habitación del pabellón Alonso Allende, dedicada, en principio, al control de los postoperatorios de Cirugía torácica y Cardiovascular. En una habitación próxima, se instaló el Laboratorio de Regulación Humoral, de suerte que los controles de diálisis, como la analítica de los enfermos ingresados en sala los obteníamos en un tiempo récord. De todas formas para salvar últimos escollos tuve que pedir prestados, a una casa comercial, un gabinete automático y un dializador Kiil de placas paralelas, que no estaba dispuesto a comprar el Hos-

pital, aunque paradójicamente si que pagaba religiosamente todos los consumibles que gastábamos. Era una situación pintoresca desde el punto de vista administrativo y prácticamente se ha mantenido así durante toda la vida de la sección de nefrología, no había problemas para los consumibles y había que pelear por el inventariable y el personal.

A pesar de todo conseguimos crecer y tener consulta específica de nefrología, montamos las pruebas de función renal, tuvimos los primeros médicos internos y camas propias en Alonso Allende. El 3 de marzo de 1970 hicimos la primera hemodiálisis crónica a través de una fístula arterio-venosa interna de Brescia-Cimino, que realizó el Dr. Pablo Martínez Corrales, como todas las siguientes. Este primer paciente se llamaba Don Gumersindo Souto con lo que quedó incorporado a la historia de la nefrología de Basurto.

El trasplante renal

Inmediatamente nos dimos cuenta de que el futuro de nuestros crónicos estaba en el trasplante o la muerte por lo que comenzamos la aventura del trasplante renal, como parte integral de su tratamiento. Uno de los primeros trasplantados fue precisamente el Sr. Souto.

El Dr. Carlos Bernuy me puso en contacto con el Prof. Antonio Caralps Riera, nefrólogo del Servicio de Urología del Clínico de Barcelona dirigido por el Prof. José M.^a Gil Vernet, cirujano excepcional donde los haya. Operaba sentado de modo que era capaz de aguantar muchas horas de quirófano con la mente fresca y el pulso firme, era un espectáculo ver trabajar aquellas manos. En este servicio el trasplante renal era ya moneda corriente, a favor de las manos del Prof. Gil Vernet y la infraestructura que mantenía el Dr. Caralps. Comenzamos por mandar nuestra lista de espera a este servicio, para lo cual nuestros receptores tenían que viajar a Barcelona para que les hiciesen el tipaje HLA allí. Luego nos los hacía la Dra. Rosa Sevilla, del Servicio de Hematología de Basurto y ya nuestros enfermos no hacían ese viaje previo, cuando tenían un donante adecuado nos avisaban por teléfono, llamábamos al paciente, le dábamos toda su historia clínica e iconografía y en mas de una ocasión les buscábamos billete de avión para trasladarse. Mas de una vez he llamado al gobernador civil de la provincia para que me cediese los dos billetes que permanentemente tenía reservados hasta última hora. Así se trasplantaron varios de nuestros enfermos. Enseguida monté la extracción de órganos en Basurto.

En aquel momento dirigía el laboratorio de electroencefalografía el Dr. Fco. Javier de Ariño Aldazabal, en el pabellón de infecciosos, situado entre la farmacia y ancianos,

ya teníamos reanimación en el pabellón de quirófanos y enseguida tuvimos otra en Revilla, nosotros nos encargábamos de la coordinación y de los sueros, frigoríficos etc. Así que con estos mimbres una noche me encontré con un donante, lo trasladamos hasta el electroencefalógrafo con el anestesista de guardia manejando el Ambú, la familia firmó el consentimiento y con el certificado de muerte cerebral, y el informe del forense, Dr. González Pinto, preclaro profesional que fue nuestro guía en el mundo de los juzgados, fuimos al juzgado para que el juez de guardia nos diese el oportuno *nihil obstat*, (ahora esto se hace por fax, ¡qué gollería!) Finalmente con todo listo me dedico a buscar cirujano y me encuentro con uno y solamente uno, de los que llamé aquella noche, que arrostra esta responsabilidad por primera vez en su vida, el Dr. Angel Gómez Palacios del servicio de Cirugía General A que en otra ocasión que acudía a mi llamada, a las cuatro de la madrugada, tuvo un accidente de tráfico en la avanzada que por poco le cuesta la vida. Otro conductor en malas condiciones mentales se pasó al carril contrario y chocó contra él de frente.

De madrugada ya tenemos cada riñón en su contenedor con una muestra de sangre y un ganglio para poder hacer el tipaje en destino. El contenedor era una caja de porespan en la que llegaban productos biológicos a la Farmacia del Hospital. Los hielos los pedíamos a la cafetería. Este sistema se demostró eficaz manteniendo el interior del contenedor a mas cuatro grados durante mas de veinticuatro horas.

Una vez los riñones perfundidos y refrigerados, a la mañana siguiente, alguna de nuestras enfermeras, que había participado en la extracción, los llevaba a Sondica y se los daba al comandante del avión para entregarlos en Barcelona a quien se identificase como personal del Hospital Clínico. Cuando la Dra. Sevilla ya nos hacía los tipajes, había veces que mandábamos los riñones junto con el receptor.

De modo que durante algún tiempo tuvimos a nuestros enfermos incluidos en la lista de espera del Cínico de Barcelona, después la Sociedad nefrológica del Norte, de la que somos socios fundadores, organizó un protocolo que tenía como hospitales trasplantadores, Valdecilla y la Clínica Universitaria de Navarra. Posteriormente se incorporó Cruces y luego mas tarde empezó a funcionar la Organización Nacional de Trasplantes, que ya existía pero dormida. Despertó imitando a la Organización Regional de Trasplantes de la Comunidad Autónoma Vasca.

Durante este tiempo y muchos años después la sección de nefrología se encargó de organizar y llevar la coordinación intrahospitalaria de trasplantes y la perfusión de los riñones. Haciendo uso del personal de nefrología que estaba de guardia, un nefrólogo, una enfermera y una

auxiliar, este era el equipo mínimo para acudir a cualquier emergencia.

Mientras tanto en Alonso Allende, seguimos creciendo, de tal suerte que, en poco tiempo teníamos en la habitación de enfrente cuatro gabinetes para crónicos a base de gabinetes automáticos y dializadores capilares de alto rendimiento y pocos requerimientos de purga apenas llegaban a los cien mililitros, en el extremo opuesto estaban las bobinas o coil, que llegaban a necesitar quinientos mililitros de purga.

Primeras actividades de enseñanza

Alcanzamos unos niveles cualitativos muy interesantes de tal suerte que en febrero de 1972 nos atrevimos a dar un Cursillo de Hemodiálisis, en el que pretendíamos transmitir a otros compañeros nuestra experiencia, que nos parecía muy interesante y ahorrarles sufrimientos en sus comienzos. Vinieron mucha gente, de Madrid, Valencia y Zaragoza, sobre todo. Naturalmente además de las clases prácticas y del trabajo en la clínica y en la sala de diálisis, tuvimos clases teóricas sobre lo fundamental y lo más candente de la nefrología en aquellos momentos, impartidas por profesores invitados y por jefes del hospital a partes iguales. Tras una semana de trabajo pudimos afirmar que tuvimos un éxito notable para propios y extraños, con el Salón de Actos lleno todas las noches de ocho a diez y una monografía que nos editó monografías Liade, un laboratorio, que por aquel entonces tenía esta como una de sus líneas de colaboración. A los dos años hicimos otro cursillo que fue objeto de un número monográfico de la Gaceta Médica de Bilbao revista de La Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

En el primer cursillo colaboró nuestro primer médico interno, el Dr. José Luis Martínez, mas tarde el segundo; Dr. Domingo Rojas Bejarano y finalmente el Dr. Ramón Ortíz Vigón, que tuvimos la suerte de que se quedase con nosotros, convirtiéndose en uno de los puntales mas serios del quehacer diario y de futuro del servicio, profesional y humanamente, tras ganar por oposición la plaza de médico adjunto de nefrología de Basurto.

En Alonso Allende lo teníamos todo desperdigado agudos en un sitio, crónicos enfrente, las taquillas en el pasillo y el almacén en el sótano. No teníamos ningún tipo de despacho. Así pues en 1978, siendo Director-Gerente el Dr. Pedro Diez Dominguez, nos trasladamos al pabellón Ampuero donde concentramos todas las instalaciones en las piscinas de Rehabilitación que nunca funcionaron. Allí hicimos una instalación con las tuberías de agua desionizada y desagües soterrados, tuvimos ocho gabinetes para crónicos,

dos para agudos, espacio para almacén, cocina, despacho para consulta y despacho para el jefe, donde este también pasaba consulta, camas para ingresos específicamente nuestras donde las enfermeras estaban familiarizadas con las peculiaridades de nuestras patologías y necesidades de control. Teníamos vestuarios masculinos y femeninos donde los crónicos que venían a diálisis se podían cambiar dejando la ropa suya en las taquillas y poniéndose unos pijamas que nosotros les proporcionábamos con el fin de que no se llevaran a casa ningún residuo biológico propio o no de tal forma que una posible infección vírica, hepatitis B, Sida, etc. Quedase enclaustrada y controlada en el Hospital y no pasase a las familias, para entonces se había publicado en *The Lancet* un artículo hablando de una epidemia de hepatitis B, en Londres, que diezmó la población en diálisis y costó la vida a la mitad del personal de diálisis, tratamos de poner todas las barreras posibles a la difusión de una posible infección vírica en diálisis, en esto tuvieron una especial importancia la concienciación de nuestras enfermeras y auxiliares, con su supervisora, D.^a Amparo Bergareche, a la cabeza, que con su buen hacer han facilitado siempre el trabajo de la sala de tal suerte que fuese un espectáculo verlas trabajar en las conexiones y desconexiones, que se hacían con asepsia quirúrgica, guantes, batas y paños estériles, y en el trato que daban a los pacientes a lo largo de toda la diálisis, yo no he visto mejor equipo en ninguna parte y conozco directamente o por referencias la mayoría de los servicios de aquel momento. La nefrología de Basurto había alcanzado la mayoría de edad.

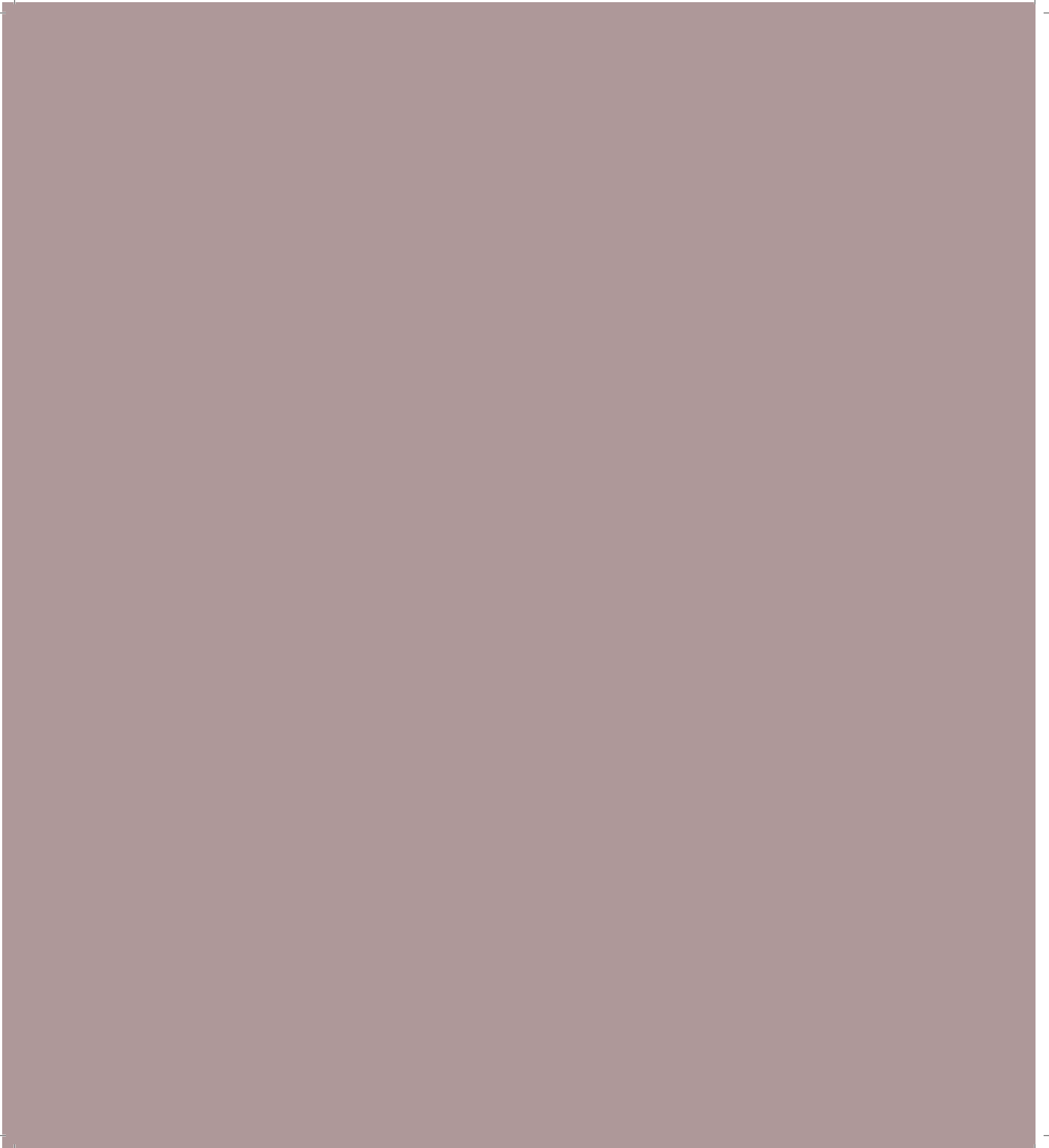
Madurez del Servicio

La madurez llegó cuando bajo el mandato del gerente D. Fernando Unzeta, comenzó la remodelación de Basurto y en el pabellón Jado sacaron un semisótano que ocupa la superficie de medio pabellón. Allí nos ubicaron. Allí pusimos en práctica toda la experiencia que habíamos acumulado en los distintos sitios donde nos había mandado el desarrollo de nuestro quehacer y el del propio a lo largo de los años.

Allí pudimos tener catorce puestos de hemodiálisis de crónicos en un gran salón sin columnas y dos de agudos, con entradas independientes y todas las dependencias necesarias para desarrollar la actividad que para cada espacio estaba destinada. La distribución de agua tratada con ósmosis inversa y los drenajes van por el sótano debajo nuestro de forma que aparecían en cada puesto de trabajo atravesando el suelo. En ese mismo sótano teníamos la estación depuradora y ultimamente la fábrica de concentrado que se distribuía por la red de tuberías de acero inoxidable. En ese mismo sótano tenemos el almacén de desechables y los frigoríficos con los sueros para perfusión en las extracciones de órganos. Arriba a nivel de suelo hay dos pasillos, uno externo donde están las consultas, secretaría, sala de espera, despachos con acceso al público. Por otro pasillo interior se accede a los vestuarios del personal con un sistema de exclusas para que, en caso de infección vírica en la diálisis nos pudiésemos vestir y duchar dejando en una tolba para su tratamiento específico la ropa utilizada en la sala de diálisis. Las habitaciones de entrenamiento para hemodiálisis domiciliaria y diálisis peritoneal continua ambulatoria, una aspiración largamente acariciada y por fin realizada, gracias entre otras cosas al buen quehacer y colaboración del Dr. Julen Abásolo.

Con esta estructura física, la estructura siempre fue un subordinante y los progresos del hospital en general a nivel de diagnóstico por imagen y otros, alcanzamos unos niveles cualitativos y cuantitativos muy importantes, tanto en el aspecto terapéutico como diagnóstico, sin ceder ni un ápice en la calidad insisto.

Toda gesta humana y esta lo ha sido, necesita de hombres y mujeres que la lleven a cabo. Gran relevancia han tenido todas las personas que a lo largo de nuestra vida han trabajado en nefrología, mención aparte merece nuestra secretaria, M.^a Victoria Rebolledo, que lleva conmigo desde sus diez y seis años y que durante toda su vida laboral ha sido el único soporte administrativo de la sección y de nuestra personal y magnífica sistemática de nuestras historias clínicas. No puedo dejar de lado a las enfermeras y auxiliares de clínica que han realizado una extraordinaria labor asistencial sin apenas absentismo laboral, a todas ellas mi agradecimiento.



Medicina Interna

PROF. FELIPE MIGUEL DE LA VILLA
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BASURTO
CATEDRÁTICO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO

Antecedentes próximos

En el Hospital de Basurto y hasta la década 1980-1990, la asistencia médica a los enfermos ingresados se hacía íntegramente en los Servicios de Medicina Interna I, II y III existentes en aquel tiempo y dirigidos por el Profesor Dr. Luís Manuel y Piniés, Dr. Enrique de Miguel y Profesor Dr. Víctor Bustamante respectivamente. Los pacientes procedían fundamentalmente del área de Urgencias y se asignaban a cada uno de los citados Servicios según pautas de tipo organizativo previamente establecidas. Los pabellones asistenciales eran Gandarias y San Pelayo, pero cuando las camas disponibles en estos pabellones eran insuficientes, también se ingresaban en otros especialmente Revilla.

Dada la estructura de las salas de hospitalización, sin separaciones tipo habitaciones independientes para la mayoría de los pacientes ingresados, los citados pabellones se organizaban en salas separadas de hombres y mujeres. Las escasas habitaciones individuales existentes se asignaban preferentemente en función de las características de los pacientes.

Cada Servicio de Medicina Interna tenía su plantilla específica médica integrada por los entonces llamados médicos «ayudantes», responsables de la asistencia de los pacientes ingresados los citados pabellones asistenciales y los médicos «internos». En los años 1970-1980 los Drs. Guillermo Barrallo, Benito de las Heras, Antonio Salinas y Javier Ariño pertenecían al Servicio de Medicina Interna dirigido por el Prof. Piniés, los Drs. Eusebio Garcia Alonso, Juan Palenzuela y Enrique Valerdi al Servicio dirigido por el Dr. Enrique de Miguel y los Drs. Fernando Cabrera, Enrique Álber, Luís Antépara y Luís Cobo al Servicio dirigido por el Prof. Víctor Bustamante.

Los médicos «internos» eran los recién licenciados en Medicina de las diferentes Universidades (mas frecuentemente Valladolid y Zaragoza) que habían solicitado a la Dirección del Hospital poder realizar su especialidad en el Colegio mayor Gregorio de la Revilla que era el Instituto de Especialidades Médicas y Quirúrgicas del Hospital de Basurto dependiente de la Universidad de Valladolid a los efectos universitarios y de acreditación docente, ya que por entonces no había Facultad de Medicina en el País Vasco. En la mayoría de las ocasiones los médicos en formación, vivían en régimen de internado en el propio hospital en el actual pabellón de gobierno (internado «280 y 290» según el número de teléfono de cada planta). Este tipo de organización fue muy positivo para la formación de los diferentes especialistas ya que vivían la medicina con un contacto diario muy cercano con los pacientes y con los compañeros de otras especialidades y resto de sanitarios, lo que permitía un mejor conocimiento no solo de los aspectos específicamente científico-técnicos sino también de los aspectos humanos de la enfermedad y de las relaciones personales interprofesionales.

Para realizar su labor asistencial, los diferentes Servicios disponían en sus propios pabellones, de algunas técnicas diagnósticas esenciales como radiología, endoscopia, laboratorio, que desarrollaban los propios médicos con los pacientes a su cargo, de forma que existía un alto grado de autonomía y agilidad en el proceso diagnóstico. En la década de 1980, con el desarrollo de las diferentes especialidades médicas y servicios diagnósticos centrales, se modificaron profundamente los sistemas organizativos asistenciales, la gestión de las plantillas médicas y de los recursos técnicos y estructurales. En la creación de algunas de las nuevas especialidades tuvieron una participación decisiva los propios internistas del hospital que, además de tener

una sólida formación general, a la vez habían desarrollado por propia iniciativa una complementaria capacitación en determinadas áreas asistenciales y técnicas: enfermedades del aparato respiratorio, digestivo, riñón, neurología...etc. De forma progresiva y coincidiendo con la jubilación de los responsables de los Servicios de Medicina Interna I y II, la actividad de la especialidad se concentró en su totalidad en el Servicio de Medicina Interna III dirigido por el Profesor Dr. Víctor Bustamante Murga.

Desde la creación de la Facultad de Medicina en Bilbao, el Hospital de Basurto ha sido su hospital de referencia, inicialmente de forma exclusiva, hasta que la Universidad del País Vasco estableció conciertos con otros hospitales de la red pública. Este hecho ha tenido una decisiva importancia en el desarrollo de la Medicina Interna y otras especialidades de nuestro Hospital, de forma que bastantes de sus profesionales han sido y siguen siendo profesores de la Facultad de Medicina y a la vez muchos de sus licenciados han realizado en Basurto su especialidad y formación de postgrado (doctorado etc.) ocupando después plazas asistenciales en los diferentes servicios de especialidades. Esta interrelación Hospital-Universidad ha sido muy positiva tanto en los aspectos asistenciales, como en los docentes y de investigación. Además ha facilitado muchos aspectos organizativos, de gestión y de trabajo en equipo dado el conocimiento mutuo previo ente los profesionales y responsables de los diferentes servicios asistenciales. La propia creación de las especialidades médicas en el hospital se realizó sin complicaciones organizativas y personales relevantes, en buena medida por este ambiente de colaboración, a diferencia de lo ocurrido en otros hospitales de la red pública donde surgieron algunos problemas organizativos.

El clima de cooperación inteligente entre Medicina Interna y las especialidades médicas (y quirúrgicas) ha tenido su reflejo no solo en la organización asistencial a través de la práctica clínica diaria, sino también en el desarrollo del programa anual de actividades docentes del Servicio destinado a la formación de residentes y a la formación continuada. Dicho programa, además de sus contenidos científicos específicos, tiene también como objetivo fundamental facilitar la colaboración y las relaciones con los otros servicios del Hospital. En este sentido, sus especialistas participan regularmente en las sesiones clínicas, seminarios u otras actividades docentes que se programan.

La capacidad integradora del Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital ha tenido también reflejo en la organización de la docencia de pregrado y postgrado de la Facultad de Medicina. Desde la década de 1970 las cátedras de Patología General y de Patología y Clínicas Médicas han estado vinculadas a los Servicios de Medicina Interna, inicialmente con el profesor Luis Manuel y Piniés y Víctor

Bustamante Murga respectivamente. Desde entonces y en la actualidad desde el Servicio de Medicina Interna y la Cátedra de Patología y Clínicas Médicas hemos fomentado la integración en la estructura universitaria de profesionales de diferentes especialidades con demostrada vocación docente. De esta forma, la actual Unidad Docente de Basurto está integrada por internistas y profesionales de las demás especialidades que realizan su trabajo en una atmósfera de colaboración y cordialidad que tiene su reflejo evidente en la docencia de los alumnos de esta Unidad Docente.

La Medicina Interna en los primeros años del siglo XXI

En la actualidad el Servicio de Medicina Interna está ubicado en el pabellón Revilla donde ocupa la 2.º planta de hospitalización. A finales de los años 1990, en el Hospital de Basurto se hizo una redistribución de la hospitalización médica y pediátrica de forma que ésta pasó al pabellón San Pelayo y toda la hospitalización del área médica se concentró en el remodelado pabellón Revilla de 4 plantas con 42 camas de hospitalización cada una, además de las unidades de Endoscopia (Respiratoria y Digestiva) ubicadas en el sótano del citado pabellón. Dadas las crecientes necesidades asistenciales, las 42 camas asignadas a nuestra especialidad se demostraron insuficientes para atender nuestra específica demanda de hospitalización, fundamentalmente procedente del Servicio de Urgencias, de forma que, prácticamente a lo largo de todo el año, un porcentaje del 10-30 % de nuestros pacientes hospitalizados lo están en camas situadas en otros pabellones asistenciales u otras plantas de Revilla. Esta situación se ha producido de una forma constante y creciente a lo largo de los últimos años a pesar de los agoreros pronósticos que, sobre nuestra especialidad, anunciaron algunos gestores y profesionales mal informados de las capacidades y potencialidades de la Medicina Interna.

El Servicio de Medicina Interna está organizado en 3 Secciones asistenciales que se encargan de la atención a los pacientes ingresados tanto en la 2.ª planta del pabellón Revilla como a los pacientes hospitalizados en otros pabellones. Con el fin de asegurar la continuidad y calidad de la atención a estos últimos pacientes, se ha asignado un grupo específico de médicos encargados de todo su proceso asistencial así como de la información a sus familiares, lo que ha supuesto un significativo avance en la calidad de la asistencia prestada. Atendemos anualmente a más de 2.000 pacientes ingresados con un índice de ocupación siempre

superior al 100% y a unas 3.000 consultas externas. Los indicadores asistenciales del Servicio son satisfactorios, así como la percepción que los pacientes tienen de la asistencia recibida, tal como se refleja en las periódicas encuestas de satisfacción que realiza Osakidetza.

En la actualidad el equipo médico del Servicio está integrado por los siguientes doctores: Felipe Miguel de la Villa, Ricardo Franco Vicario, Joseba Ibarria Lahuerta, Pedro Martínez Odriozola, Pedro Bilbao Goitia, Daniel Solano López, Nicanor García Jiménez, Carlos Hinojal Ortega, Alfonso Gutiérrez Macías y Eva Lizalde Palacios. El Servicio, desde sus inicios, tiene acreditación docente para la formación de Residentes de la especialidad de forma que una muy significativa parte de los internistas que hoy trabajan tanto en los hospitales como en centros de Atención Primaria de Osakidetza, han sido formados en nuestro Servicio. Actualmente tenemos acreditación para formar 3 médicos residentes por año estando esta cifra en revisión al alza por la creciente demanda de internistas como especialistas esenciales para hacer frente a la realidad asistencial de nuestros días y del más próximo futuro. De nuevo el carácter integrador y flexible de nuestra especialidad demuestra, por la fuerza de los hechos, sus capacidades y posibilidades para afrontar los retos asistenciales de una medicina cada vez más compleja y exigente.

La Medicina Interna y su futuro

La atención sanitaria en el presente siglo se caracteriza por la necesidad de afrontar un acelerado panorama de cambios científicos y sociales, mayor complejidad tecnológica y crecientes niveles de exigencia y de costes. Los cambios se están produciendo a varios niveles. En el demográfico asistimos a un imparable aumento de la longevidad en las sociedades más avanzadas y a un incremento de la inmigración lo que implica la aparición de conceptos como calidad de vida, rehabilitación, paliación, terminalidad, enfermedades emergentes, nuevos sistemas de atención alternativa a la hospitalización convencional, espacios sociosanitarios, control de costes... etc. Estos cambios han supuesto un cambio en el patrón de muchas enfermedades que han pasado a formas más crónicas, muy frecuentemente acompañadas de otras ligadas al proceso de envejecimiento, tratamientos más complejos y con mayores riesgos de yatrogenia si no se controlan adecuadamente, reaparición de algunas enfermedades ligadas al fenómeno de la inmigración... etc.

El desarrollo tecnológico ha supuesto un incalculable avance para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y también, en algunas ocasiones, un riesgo de una

sobre-utilización falsamente compensatoria de una preocupante tendencia al abandono del método clínico tradicional basado en la correcta historia clínica, exploración física, valoración integral del paciente y adecuada relación con el enfermo y sus familiares. La figura del internista se revela como fundamental, junto con otros profesionales sanitarios, para afrontar estos cambios con criterios de eficiencia y calidad.

La práctica médica no es ajena a los cambios económicos, laborales y jurídicos que se están produciendo en nuestra sociedad. Se están modificando los modelos de financiación y provisión de servicios sanitarios, desarrollando con éxito nuevos modelos asistenciales (hospitalización a domicilio, hospital de día, unidades de corta estancia... etc.), nuevas formas de concertación de determinadas prestaciones sanitarias, contratos específicos por objetivos asistenciales... etc.

La relación laboral de los médicos con las Administraciones Sanitarias también se ha modificado en los últimos años y la judicialización de la práctica profesional está influyendo de forma notable en determinados actos médicos favoreciendo la llamada medicina defensiva con sus correspondientes efectos asistenciales y económicos. El acelerado proceso de feminización de la profesión médica deberá ser tenido en cuenta por los responsables sanitarios a la hora de la dotación y gestión de las plantillas con el objetivo de buscar la adecuada conciliación entre la actividad profesional y familiar.

Los cambios citados anteriormente, hacen más necesario que nunca que los médicos tengan siempre bien presentes los principios fundamentales que deben guiar su profesionalidad como son la primacía del bienestar del paciente, base para establecer una base de mutua confianza, el principio de autonomía y de la necesidad de informar adecuadamente al enfermo para que participe responsablemente en su proceso asistencial y el principio de corresponsabilidad del médico con la sociedad en la que trabaja para implicarse en la correcta administración de los limitados recursos disponibles, evitar la discriminación sanitaria y fomentar la humanización de la medicina.

La práctica médica siempre estará sometida al imprescindible condicionante de la variabilidad, ligada no solo al hecho de que «no hay enfermedades sino enfermos», sino también a las propias diferencias en la pericia clínica entre los propios médicos. Este hecho se acentúa aún más si tenemos en cuenta los grandes avances tecnológicos en el campo diagnóstico y terapéutico y las aportaciones de la medicina genética. El clínico actual tiene nuevas formas de acceso a una, cada vez más inabarcable, información médica que le obliga a saber utilizar las modernas técnicas informáticas y a seleccionar de forma responsable aquellos nuevos

conocimientos que pueden mejorar su práctica diaria. En cualquier caso, los médicos debieran respetar las clásicas fases del razonamiento clínico basadas en la correcta realización de la historia clínica y exploración física, selección inteligente de las pruebas diagnósticas ponderando riesgos y beneficios y planteamiento del plan terapéutico conociendo los deseos de su paciente debidamente informado. Estos principios siguen siendo en nuestro Servicio la piedra angular de todo nuestro proceso asistencial así como del proceso formativo de los residentes tanto de nuestra especialidad como de los de otras en su periodo de rotación en Medicina Interna.

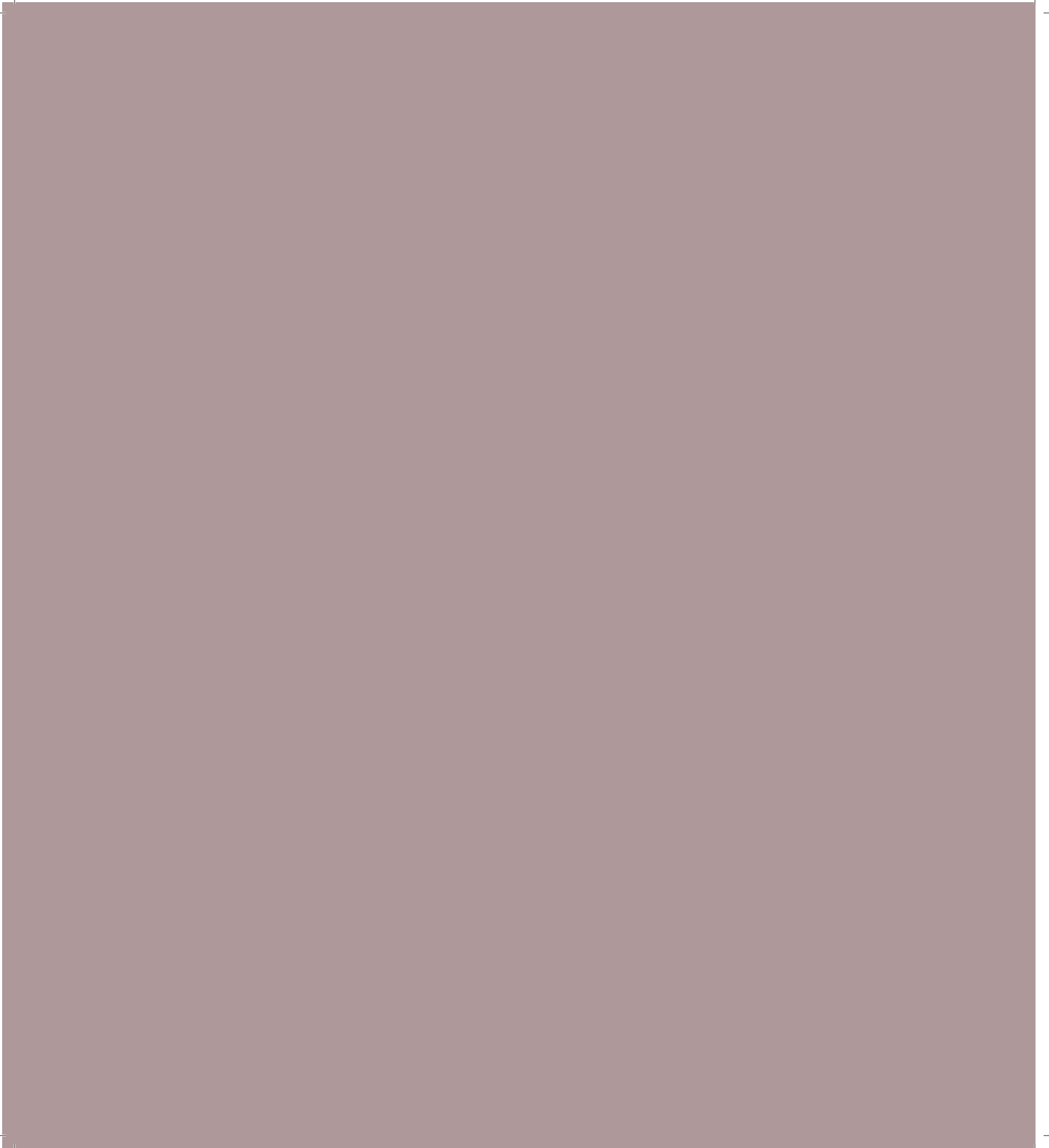
El diálogo es una de las herramientas más importantes que dispone el médico internista para ayudar a su paciente, de forma que, a pesar de los impresionantes avances científicos y técnicos de los últimos años, el valor de la relación enfermo-médico no ha variado sustancialmente y sigue siendo uno de los principales recursos que éste dispone para conseguir sus objetivos terapéuticos. El diálogo es también la base para fomentar la imprescindible humanización de la medicina, en la actualidad en grave riesgo por una mal entendida tecnificación que, a veces, intenta vanamente sustituir el valor de la palabra por la acumulación de pruebas y tratamientos.

La Medicina Interna ha demostrado a lo largo de su dilatada trayectoria, que es capaz de ofrecer una atención integral a los pacientes valorando sus necesidades globales y evitando una atomización asistencial que conduce a la multiplicación de pruebas diagnósticas y a la acumulación de tratamientos farmacológicos que, con demasiada frecuencia, son responsables de graves efectos adversos que pueden ser la causa de la hospitalización, especialmente

en los pacientes ancianos. Los cambios demográficos antes mencionados, hacen que los pacientes que ingresan en los hospitales generales sean cada vez más ancianos, ingresen por complicaciones de enfermedades crónicas muy prevalentes, tengan pluripatología e importantes limitaciones de sus capacidades funcionales físicas, cognitivas y sociales.

Los internistas, por su polivalencia y formación global, deben ser el eje vertebrador de la asistencia hospitalaria de muchos de estos enfermos, así como de los Servicios de Urgencias, Unidades de Paliativos, estructuras alternativas a la hospitalización convencional (hospitalización a domicilio, corta estancia, hospital de día, consultas de alta resolución... etc.). Su formación integral les hace idóneos para participar con otros especialistas en unidades especiales para la atención e investigación de enfermedades sistémicas (autoinmunes, infecciosas, riesgo metabólico y vascular y otras), atención de pacientes hospitalizados en áreas quirúrgicas o consultores en Atención Primaria.

Médicos internistas formados en nuestro Servicio ya trabajan en la actualidad, con éxito bien contrastado, en puestos asistenciales de algunas unidades antes citadas, además de desarrollar responsabilidades de dirección de diversos servicios clínicos en nuestra comunidad autónoma y fuera de ella. El desarrollo de las nuevas realidades asistenciales va a suponer una importante fuente de oportunidades profesionales para la Medicina Interna tanto en el ámbito hospitalario como fuera de él, incluido el ahora denominado espacio socio-sanitario, donde la formación global y polivalente del internista le hace un profesional idóneo para hacer frente, con criterios de calidad, a la atención médica de una población cada vez más longeva y con mas necesidades de una atención integral y humanizada.



Neumología

DR. JOSÉ ANTONIO CRESPO NOTARIO

El Servicio de Neumología comenzó a desarrollarse en el año 1988 con la creación de una Sección. El Jefe de Sección responsable fue el Dr. José Antonio Crespo Notario, que junto a los Médicos Dr. José María Merino Múgica y José Miguel Tirapu Puyal, acometieron esta tarea con la finalidad de formar con el tiempo un Servicio de Neumología.

A partir de 1989 se fueron incorporando como médicos especialistas de área: Iñaki Arriaga Láriz y Javier Mazo Etxaniz, este último lo hizo en 1990. A continuación Begoña Urtiaga Basarrate junto a Adolfo Lahuerta Castro. En 1994 se incorpora Víctor Bustamante Madariaga.

Inicialmente le asignaron a la Sección 20 camas de hospitalización y se pusieron en marcha las unidades de broncoscopia y de exploración funcional respiratoria, así como, las consultas externas intrahospitalarias.

A partir de 1991 la Sección de Neumología se hizo cargo de la consulta especializada extrahospitalaria en los ambulatorios Dr. Areilza y Rekalde. La actividad ambulatoria mostró a partir de ese momento una tendencia hacia la consulta extrahospitalaria.

En el año 1992 la Sección de Neumología es acreditada para la docencia postgrado y desarrolla los planes aprobados por la Comisión Nacional de la especialidad. El primer médico residente en incorporarse fue José Javier Lorza Blasco, tras él y en sucesivos años hasta la actualidad, se han ido formado como especialistas en neumología: José Manuel Martínez Conde, Carmelo de Dios Ruíz, Nerea García Garai, María Victoria Leal Arranz, Raquel Sánchez Juez y Miren Begoña Salinas Lasa. Están actualmente en formación Sophe García Fuika, Igor Iturbe Susilla y Luis Fernando Díaz.

En 1992 la Sección de Neumología tuvo la iniciativa de crear el Comité de Tumores Torácicos. El Director Médico propuso como presidente del mismo al Dr. José Antonio

Crespo Notario, el resto de miembros fueron nombrados por los jefes de cada servicio implicado: Radiodiagnóstico, Radioterapia, Anatomía Patológica, Oncología Médica, Neumología y Cirugía Torácica. El Dr. Joaquín Pac Ferrer, cirujano torácico del Hospital de Cruces, comienza a asistir al comité en marzo de 2000.

La docencia pregrado de los alumnos de la Facultad de Medicina de la UPV es tradición en el Hospital de Basurto. Los Doctores José María Merino Múgica en Patología General y Begoña Urtiaga Basarrate en Patología y Clínica Médica ya venían impartiendo docencia cuando se creó la Sección de Neumología. Posteriormente se incorporó el Dr. José Antonio Crespo Notario en 1996 y más recientemente, como profesores bilingües, Víctor Bustamante Madariaga e Iñaki Arriaga Láriz.

A partir de la convocatoria en el año 2003 de la plaza de Jefe de Servicio de Neumología, es promovido a dicho cargo el Dr. José Antonio Crespo Notario. Nace así el Servicio de Neumología del Hospital de Basurto, posteriormente se incorporará al mismo la Dra. María Victoria Leal Arranz en 2006.

Por otro lado y además de la plantilla médica, cabe destacar el personal de enfermería y auxiliares clínicas. El área de hospitalización cuenta con la dotación estándar, su supervisora jefe es Amelia Urbaneja Arrue. El área de exploraciones complementarias dispone de una enfermera, Gela Zalabardo Martínez, a tiempo completo y otra variable a tiempo parcial. Un equipo de auxiliares complementa las labores de limpieza y esterilización del material. Nuestros ambulatorios jerarquizados, disponen de personal de enfermería que suman un total de cuatro, distribuidas en consultas y exploraciones complementarias. Es preciso señalar la existencia de una consulta propia de enfermería cuya labor fundamental es la educación sanitaria y la instrucción en

el manejo de dispositivos. El personal administrativo propio del servicio de neumología lo componen una secretaria: María Fernanda Velasco Arteché y administrativas en hospitalización y consultas externas compartidas con otros Servicios.

Entre los recursos materiales de que dispone el Servicio de Neumología destacan:

1. El Laboratorio de exploración funcional respiratoria con sistemas computerizados que permiten la realización de espirometría, pletismografía corporal, difusión pulmonar y pruebas de hiperreactividad bronquial, sistemas para ergometría y medición de fuerza muscular respiratoria, polígrafos para estudios de trastornos respiratorios durante el sueño, instrumental para la ventilación mecánica no invasiva y neumoalérgenos para la realización de pruebas de alergia.

2. La Sala de fibrobronoscopias dotada de videofibrobronoscopios y material necesario para toracocentesis y biopsias pleurales.
3. El instrumental de los ambulatorios Dr. Areilza y Rekalde consistente en espirómetros computerizados, pulsioxímetros con memoria y neumoalérgenos para pruebas cutáneas de alergia.

La misión del servicio de neumología tiene como razón de ser la misma que el propio hospital: proporcionar asistencia sanitaria especializada y de calidad a los pacientes y usuarios de Bilbao y Bizkaia, con vocación docente e investigadora, contribuyendo con todo ello al desarrollo y bienestar de la comunidad.

A lo largo de los años, el Servicio de Neumología ha visto incrementada su actividad en sus procesos asistenciales. El resumen de la actividad asistencial de neumología viene reflejada en la última memoria del Hospital, la del año 2006: El número de altas ascendió a 1936, la estancia media 4,97 días, el índice de ocupación fue del 126,9%, la tasa de mortalidad 3,4%, el peso 1,6256, el coste por peso 1.181 euros y el coste por proceso 1.920 euros. Las interconsultas con otros servicios del Hospital fueron 558. El número total de actividad en consultas externas intrahospitalarias más extrahospitalarias fue de 8.414 pacientes atendidos. Las pruebas complementarias realizadas en el Hospital en el año 2006 también experimentan un crecimiento a lo largo de los años. Las bronoscopias realizadas fueron 597, las pruebas funcionales vistas en forma global 2.957 y las pruebas de sueño 355. Nuestros ambulatorios jerarquizados también aportan números importantes de pruebas complementarias realizadas dado el alto volumen de pacientes que atienden.

En el ámbito docente se pueden destacar los siguientes apartados:

1. Sesiones clínicas, con casos-problema o singulares, revisiones bibliográficas, exposición de temas monográficos y reuniones semanales con el comité de tumores torácicos.
2. Asistencia a congresos y cursos médicos. Es norma en el servicio acudir a los congresos médicos de la especialidad: Congreso nacional de la SEPAR, Congreso europeo de la ERS, Congreso americano de la ATS y Congreso de la sociedad vasconavarra SVNPAR. Los médicos residentes de neumología asisten regularmente a los Cursos que interesan y se realizan en España y Europa.
3. Docencia impartida a los médicos de familia y enfermería.
4. Aplicación del programa formativo para médicos residentes de neumología.

Neumólogos del Servicio:
de izquierda a derecha
Dres. Mazo, Bustamante,
Crespo y Tirapu.



Neumólogos del Servicio:
de izquierda a derecha
Dres. Lahuerta y Tirapu.



La investigación en el Servicio de Neumología está basada fundamentalmente en dos facetas:

- a) Ensayos clínicos multicéntricos y proyectos de investigación subvencionados. Hasta el presente se han culminado cuatro proyectos subvencionados por el Gobierno Vasco y Fondo de Investigaciones Sanitarias y cinco ensayos clínicos subvencionados por la industria farmacéutica.
- b) Estudios clínicos prospectivos y retrospectivos para publicaciones en revistas médicas o para comunicaciones a congresos. Su número y características se mencionan en las diversas memorias científicas publicadas por el Hospital.

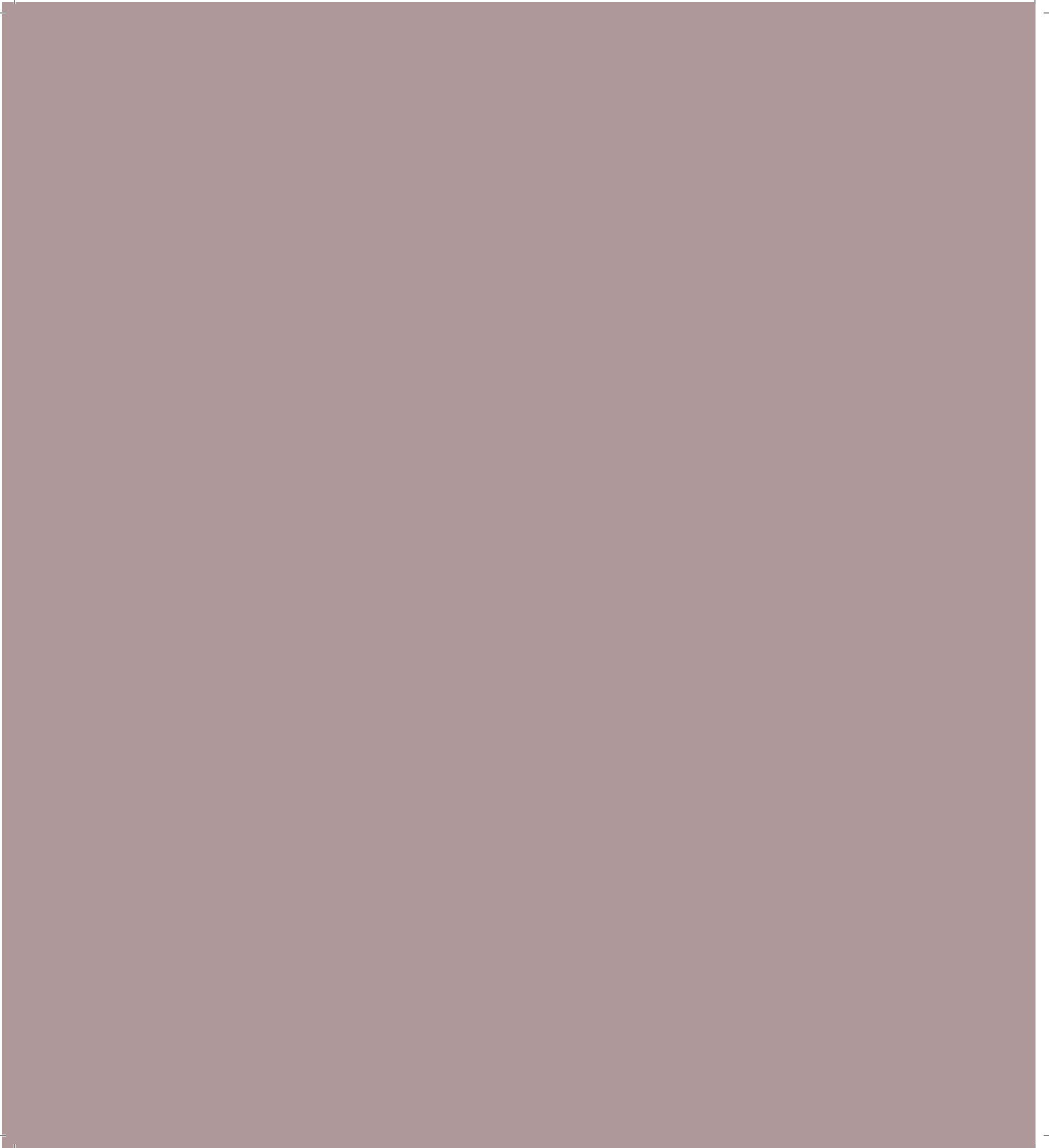
Tras definir las características y la situación actual del Servicio de Neumología del Hospital de Basurto, es imprescindible realizar un análisis estratégico que nos ayude a definir los objetivos y las líneas de actuación para conseguirlo. En este plan se trata de contemplar su futuro, para evitar improvisaciones e impedir que los propios acontecimientos arrastren nuestras actividades. A partir de un análisis interno del Servicio para conocer sus puntos débiles y fuertes y un análisis externo, para así poder apreciar su importancia a través de las amenazas y oportunidades que provienen de

su entorno, podemos proponer acciones y objetivos para ir constituyendo el futuro del Servicio de Neumología.

En consecuencia con lo anterior, la estrategia de futuro está encaminada a una mayor especialización en áreas de actividad neumológica emergentes, posicionando al Servicio en una situación más competitiva. Se pretende profundizar en los siguientes aspectos:

- Las técnicas broncoscópicas con el desarrollo de la ecofibrobroncoscopia.
- La atención médica con unidades de cuidados intermedios y ventilación mecánica no invasiva.
- El desarrollo del diagnóstico y tratamiento de la hipertensión pulmonar.
- Mejor control del asma con técnicas que estudien la inflamación bronquial.
- El asentamiento de unidades especializadas de tabaquismo.
- La rehabilitación respiratoria.

Recientemente se han incorporado a nuestro servicio los Ambulatorios de Santutxu y Otxarkoaga, con los correspondientes Neumólogos procedentes del Hospital de Santa Marina, Esteban Ruiz de Gordejuela Sainz de Navarrete y Alfonso Mardoner Marron.



Odontología, Estomatología, Cirugía Oral y Maxilofacial

DR. SALVADOR LANDA LLONA

Años 1903-1914

En el año 1903 y con motivo de la creación de la Sociedad Odontológica de Vizcaya, en su discurso de apertura, «A la Junta de Caridad del Hospital Civil», su primer presidente, Don Juan de Otaola, se dirigía al órgano rector de nuestro hospital, que por aquella época se hallaba ocupado en la construcción del que hoy es el Hospital de Basurto, para que incluyeran dentro de las clínicas del centro, una dedicada a la Odontología¹.

En su discurso, Otaola, continúa haciendo importantes consideraciones acerca de la necesidad de la creación del servicio de Odontología en los hospitales. En aquellos tiempos en España ningún centro hospitalario contaba con dicho servicio, y deseaba fervientemente que fuera nuestra Villa pionera en tal dedicación señalando que:

En nuestra Patria no hay establecida ni una sola clínica hospitalaria, pero Bilbao sabrá señalar la pauta; Bilbao por su adelanto y su cultura, puede competir con las poblaciones más adelantadas del extranjero, sabrá dar ejemplo instalando en el hospital modelo que se levanta actualmente, una clínica de esa naturaleza, instalación de que después de todo no requiere grandes sacrificios pecuniarios, pues puede calcularse que su coste no ascenderá a más de 6.000 pesetas, y no llegará a 1.000 su presupuesto anual de gastos².

Los buenos deseos de Otaola no fueron atendidos; la incompreensión de los órganos rectores privó al Hospital de Basurto y al pueblo bilbaino de la atención odontológica precisa, a pesar de que la caries dental era un proceso endémico entre la población de Vizcaya en aquella época.

Fue precisamente un hijo de Otaola, Juan José, quien el año 1914, ocho años después de la inauguración del hospital, vuelve a solicitar de la Junta de Caridad la creación del servicio odontológico, ofreciéndose el mismo para atenderlo. Nuevamente las puertas del hospital se cierran al paso de la Odontología, como se puede comprobar en el escrito que le fue remitido a Juan José de Otaola con fecha 13 de marzo de 1914 y firmado por el Presidente de la Junta de Caridad, D. A. De Sagarmínaga³.

No satisfecho con esta contestación, Juan José Otaola escribe de nuevo a la Junta ofreciéndose incondicionalmente y aportando él su propio instrumental odontológico.

Ante tal ofrecimiento, y viendo la Junta de Caridad que la atención odontológica no iba a gravar los presupuestos económicos de la Institución, con fecha 20 de mayo, y también firmado por Sagarmínaga la Junta de Caridad contesta a Otaola en los siguientes términos:

Sr. D. Juan José de Otaola: En la sesión celebrada por la Junta de Caridad de este Asilo el 19 de los corrientes, se dio cuenta del escrito de Ud. insistiendo de nuevo su ofrecimiento incondicional, encargándose además de suministrar material necesario, sin retribución alguna, para la instalación de una

¹ Landa Llona S. La Odontología en Vizcaya de 1875 a 1935. Tesis Doctoral. 1986.

² La Odontología. Nº 11. 1903. 609.

³ Copiador de Oficios del Hospital Civil de Bilbao. Nº 4. 79-80.

consulta odontológica en este Santo Hospital Civil, y se acordó acceder a los deseos de Ud. Y expresarle el profundo agradecimiento de la Junta por sus valiosos ofrecimientos. Lo que tengo la satisfacción de comunicar a Ud. Dios guarde a Ud. Muchos años. El presidente. A. de Sagarmínaga⁴.

Leyendo este escrito, podemos citar la fecha del 20 de mayo de 1914 como el inicio de la asistencia odontológica en el Santo Hospital Civil de Bilbao. La Junta de Caridad permitió que se atendieran a los enfermos ingresados, pero no concedió la creación de la clínica odontológica, creación que no se llevará a cabo hasta pasados varios años.

Años 1914-1935

La atención de los pacientes fue llevada personalmente por Otaola, no pudiéndose precisar la fecha en que dejó esta función. A raíz del abandono de este puesto, los enfermos odontológicos fueron atendidos por personas no cualificadas, ya que la Sociedad Odontológica de Vizcaya, en el año 1921, envió un escrito a la Junta de Caridad, denunciando que se prestaban servicios de dentistería por personas no capacitadas legalmente.

La Junta de Caridad tomó buena nota de la denuncia y designó a Enrique Isusi, dentista de Bilbao, colegiado número 23, para ocupar la plaza de odontólogo, pero esta resolución no llegó a cristalizar.

La historia del Servicio de Odontología se pierde hasta el año 1929, fecha en que José Luis Menjón Bandrés, el 8 de julio, envía un escrito a la Junta de caridad, solicitando la asistencia odontológica de los enfermos ingresados. Los deseos de Menjón se vieron correspondidos por decisión del órgano rector del Hospital, según consta en un oficio del Hospital Civil, con fecha 23 de octubre de 1929. El Dr. Menjón prestó asistencia odontológica de forma desinteresada durante seis años, al cabo de los cuales pide a la dirección del Hospital la creación del Servicio de Odontología de forma oficial.

Años 1935-1938

Recibida la petición del Dr. Menjón, el Director del Hospital, redactó un informe que envió a la Junta de caridad,

solicitando, una vez más, la creación del servicio de atención odontoestomatológica dentro del hospital.

En su reunión del 19 de febrero de 1935, y según consta en el acta de la reunión de dicho día, en el apartado de Odontología, la Junta de Caridad, presidida por Esteban Calle, decidió lo siguiente:

Se da lectura aun informe emitido por el Sr. Director en relación con el Servicio de Odontología del Hospital, en el que después de varias consideraciones sobre lo mismo, propone a la Junta el nombramiento de los Sres. Don José Luis Menjón Bandrés, Don Santiago Beascoa Arribi, y Don Ramón Menjón Bandrés, como facultativos de plantilla afectos a dicho servicio, teniendo en cuenta los valiosos y desinteresados servicios que vienen prestando desde hace seis años, asignándoles por ahora, el sueldo anual de tres mil pesetas al primero, como jefe, y de mil pesetas anuales a cada uno de los otros dos, como ayudantes, siendo el Dr. Beascoa, quien asuma las funciones de Jefe en caso de enfermedad o ausencia de éste⁵.

Estas decisiones fueron informadas a los interesados y se les comunicó que tendrían efecto a partir del 1 de marzo de dicho año. Así podemos afirmar con seguridad, que fue precisamente esta fecha un día histórico dentro de la odontoestomatología bilbaína y vizcaína. El sueño dorado y tantas veces anhelado por Don Juan de Otaola, se hizo realidad.

La consideración oficial científica no conllevó, por aquellos años, la misma consideración económica. La solicitud de equiparación económica fue rechazada por la Junta de Caridad en sesión celebrada el 10 de diciembre de 1935⁶.

Los hermanos Menjón no pudieron realizar su trabajo hospitalario por mucho tiempo, la llegada de la guerra civil truncó todas sus ilusiones.

En el año 1937 estando José Luis Menjón encarcelado por motivos políticos, se instruye expediente a buena parte del personal facultativo del hospital y varios de sus miembros son destituidos de sus cargos.

En este estado de cosas la Junta de Caridad, con fecha 3 de agosto de 1937⁷ procede al nombramiento de Fidel Cadiñanos Ochoa, como Jefe del Servicio de Odontología, y a José Ignacio Chacartegui, como ayudante. Ramón Menjón continuó trabajando pero en calidad de agregado.

Ramón Menjón poco tiempo más podrá continuar prestando sus servicios al hospital, a primeros de 1938, recibe la Junta una comunicación de la Delegación de Orden Público, en la cual se presentaba una denuncia contra Ramón Menjón. En ella se le acusaba:

⁴ Copiador de Oficios del Hospital Civil de Bilbao. Nº 4. 80-1.

⁵ Libro de Actas de la Junta de Caridad del Hospital Civil de Bilbao. Tomo 9. 278.

⁶ Libro de Actas de la Junta de Caridad del Hospital Civil de Bilbao. Tomo 9. 352.

⁷ Libro de Actas de la Junta de Caridad del Hospital Civil de Bilbao. Tomo 9. 457.

De ser republicano y haber actuado como secretario de su hermano don José Luis Menjón durante el dominio del titulado Gobierno de Euzkadi de Vizcaya⁸.

Esta filiación de republicano también se extendió a Cadiñanos, por lo cual la Delegación de Orden Público denuncia a la Junta por la aceptación de los servicios de estos profesionales. La Junta les suspende de trabajo en el Hospital hasta que se depure su conducta política. Tras las investigaciones realizadas, Cadiñanos fue repuesto en su trabajo, no así Ramón Menjón.

En este año de 1938, también se recibieron en la Junta notificaciones en el sentido de que so pretexto de adquirir fondos para la confección de prótesis para los militares, se cobra alguna cantidad de dinero a los pacientes, hecho éste que es comentario público, no favoreciendo en nada el buen nombre y prestigio de la benéfica Institución.

En este estado de cosas, y dado que los componentes del Servicio no han satisfecho a la Junta con sus explicaciones, ésta propone al director que estudie la definitiva organización del Servicio de Odontología, creyendo la Junta que debe ser condición previa para la persona que ocupe la jefatura de servicio el estar en posesión del título de licenciado o doctor en Medicina.

El Director del Hospital convocó a la Comisión Facultativa para tratar este asunto y una vez escuchada a la Comisión, el Director elaboró un informe para consideración de los órganos rectores. La Junta de Caridad tomó los siguientes acuerdos:

Con objeto de reorganizar para un mejor servicio la Sección de Odontología, se acuerda:

1.º Que el Jefe de la Sección de Odontología debe poseer el título de Doctor o Licenciado en Medicina, además del de Odontólogo.

2.º Que el Ayudante que se precisa deberá tener el título de Odontólogo.

3.º Que se abra un concurso para la provisión de plazas con carácter interino, con el plazo de 20 días a partir de la publicación en el «Boletín Oficial de la Provincia» y prensa local para lo cual serán condiciones precisas para los concursantes: a) ser español, b) poseer el título de Doctor o Licenciado en Medicina, además del de Odontólogo para la plaza de Jefe, c) poseer el de Odontólogo para el de Ayudante.

La asignación del Jefe será de 4.000 pesetas anuales y la de Ayudante de 2.500 pesetas anuales

La Junta se reserva la facultad de resolver el Concurso en la forma que crea más conveniente para los intereses del Hospital.

Que se comuniquen estos acuerdos al personal interino que actualmente desempeñan estas plazas⁹.

Años 1938-1941

Estos acuerdos fueron plasmados como base del Concurso Oposición que se convocó con fecha 3 de marzo de 1938 en el «Boletín Oficial de la Provincia». La Junta de Caridad, una vez realizado el Concurso, acordó lo siguiente:

1.º Nombrar a D. Antonio Trueba y Aguirre, jefe interino de la Sección de Odontología con la asignación anual de 4.000 pesetas. Comenzará prestar sus servicios el primero de diciembre en cuya fecha cesará en su cargo el Dr. Cadiñanos que venía desempeñando interinamente dicha plaza.

2.º Nombrar Ayudante interino al alférez D. José María Martín y López de Arroyabe, con el sueldo de 3.000 pesetas. Comenzará a desempeñar su cargo el primero de diciembre, en cuya fecha cesará el señor Beascoa que venía desempeñando interinamente dicha plaza¹⁰.

A este concurso se presentaron tres candidatos a la Jefatura y cuatro a la plaza de Ayudante. En la toma de posesión de D. José María Martín y López de Arroyabe se produjo un incidente violento entre el citado y Cadiñanos, el cual, de forma contundente impidió el acceso al Servicio a Martín. Señalar que Cadiñanos era un hombre corpulento y su oponente, bajito y enjuto de carnes.

Durante este periodo se vuelve a suscitar la vieja polémica de la atención a militares por parte del Servicio de Odontología.

El coronel jefe de los servicios sanitarios, D. Adolfo Chamorro, comunica a la Junta que tiene un estudio para la resolución del asunto de los odontólogos, según el cual, los heridos y enfermos de la boca que por aquel entonces se hallaban en curación, procedentes de otros hospitales, sean atendidos en lo sucesivo en la clínica instalada en el Hospital de Iralabarri; dispuso así mismo, que únicamente fueran tratados en el Hospital los legionarios y nacionales, que estuvieran hospitalizados en él, por el médico militar D. Calixto Polo Aragón.

⁸ Copiador de Oficios del Hospital Civil de Bilbao. Nº 8. 512.

⁹ Copiador de Oficios del Santo Hospital Civil de Bilbao. Nº 8. 535.

¹⁰ Copiador de Oficios del Hospital Civil de Bilbao. Nº 8. 543.

La Junta de Caridad contestó que los odontólogos Trueba y Martín, estarían dispuestos a tratar a los militares allí ingresados. También se autorizó para estas funciones a Beascoa y María Antonia Bilbao.

Finalizado el periodo por el cual fue designado Jefe de Servicio, Trueba solicita a la Junta que sea nombrado con carácter definitivo. La solicitud no puede ser atendida, ya que la legislación vigente no lo permitía, hecho éste que fue indicado por la Dirección General de Sanidad a la Junta de Caridad, desestimándose de esta forma el recurso presentado por el señor Trueba¹¹.

Años 1941-1957

Cuando Trueba abandonó, por imperativos legales, la plaza de Odontología la Junta convocó nuevo concurso oposición para cubrir la vacante producida.

La oposición se celebró el 30 de agosto de 1941 y fue ganada por D. Rafael Bergareche Maruri. La plaza de Ayudante, volvió a ser conseguida por D. José María Martín¹².

En el mes de agosto de 1943, Martín, solicita excedencia por motivos de salud. Por este motivo se nombra a D. Amador Mendiguren, Ayudante Interino del Servicio.

La baja de Martín se prolongó por más de siete meses y al no acudir al Hospital para desempeñar su trabajo la Junta tomó el acuerdo de darle de baja en la nómina del personal del establecimiento benéfico¹³.

No conforme con esta resolución, Martín envía un escrito a la Junta aduciendo que había enviado dos escritos al órgano directivo solicitando una prórroga de tres meses de excedencia. La Junta, decidió no acceder a lo solicitado por el doctor Martín a la vez que abre expediente sobre la conducta del mismo¹⁴.

Poco tiempo después se recibe una carta en el Hospital del expedientado, en la que expone su dimisión voluntaria. La Junta acepta la dimisión y se suspende la orden de expediente.

Durante este periodo de tiempo fueron varios los colaboradores que de forma voluntaria y altruista asistían a la clínica de Odontología. Entre otros podemos citar a Sabino Ochandiano, que acudió por primera vez el 13 de diciem-

bre de 1944. También prestó servicios Juan Landazuri, que acudió por primera vez el 8 de agosto de 1945. Un tercer colaborador del que tenemos constancia oficial fue Pedro Diez Cantera, que acudió a partir del 20 de febrero de 1946, así como Ceferino Duñabeitia que acudió a partir del 11 de agosto de 1945*.

Años 1957-1965

La excedencia de Bergareche, solicitada en principio para tres meses, se convirtió en baja definitiva en el Hospital. La interinidad fue cubierta por Landín; ante esta situación, la Junta insta al Director para que convoque la oposición correspondiente para cubrir tal vacante. Esto sucedía el 1 de febrero de 1962.

En el año 1964, la Junta informa al Director del Hospital que ya han sido aprobados por la Dirección General de Sanidad las bases y programas correspondientes para cubrir la plaza de Jefe de Servicio de Estomatología¹⁵.

Años 1965-1979

En el año 1965 se nombra a D. Manuel Budiño Mejjide, Jefe Interino del Servicio, por la vacante ocurrida al dejar su puesto el doctor Landín. Este nombramiento tuvo carácter de interinidad hasta la resolución de las oposiciones anunciadas.

La oposición se celebró en Valladolid, Bilbao, en aspectos universitarios, dependía de la Universidad de dicha capital castellana, el 13 de marzo de 1965¹⁶. La plaza fue adjudicada al Dr. Budiño, siendo la primera que con el nombre de Estomatología y con tal categoría se adjudicaba en el Hospital.

El nuevo Jefe pronto comenzó su amplia reestructuración del Servicio. A finales de junio presentó a la Junta un presupuesto que ascendía a la cantidad de 300.000 pesetas. También solicitaba de la Junta le fueran asignadas dos camas para el ingreso de enfermos propios de la especialidad. Ambas peticiones fueron aceptadas por la Junta.

¹¹ Copiador de Oficios del Hospital Civil de Bilbao. Nº 8. 405.

¹² Copiador de Oficios del Hospital Civil de Bilbao. Nº 8. 461.

¹³ Copiador de Oficios del Hospital Civil de Bilbao. Nº 9. 326-7

¹⁴ Copiador de Oficios del Hospital Civil de Bilbao. Nº 9. 328

¹⁵ Copiador de Oficios del Hospital Civil de Bilbao. Nº 9. 413.

¹⁶ Copiador de Oficios del Hospital Civil de Bilbao. Nº 12. 317

Por aquellos años colaboraba con Budiño el doctor D. Manuel García Macho, que consiguió su plaza mediante concurso oposición el 25 de octubre de 1967, en calidad de Ayudante del Servicio, plaza que posteriormente abandonaría voluntariamente, siendo sustituido el primero de noviembre de 1971 por D. Elías Montés García.

Llegado a este punto, es de justicia recordar la figura de un estomatólogo bilbaino, el Dr. Antón Gorostizaga, que desde el mes de agosto de 1974 hasta finales del año 2000 atendió de manera totalmente desinteresada y altruista a todos aquellos niños que precisaban tratamiento de ortodoncia. Esta labor y la de toda su carrera profesional fue reconocida por el Colegio de Dentistas de Bizkaia recientemente concediéndole el Premio Juan de Otaola, máximo reconocimiento que otorga el Colegio.

En el año 1973 se convoca la primera plaza de médico interno para el Servicio de Estomatología y Cirugía Máxilofacial, la plaza fue adjudicada a D. Salvador Landa Llona, que comenzó su labor el primero de octubre de dicho año.

También este año, y merced al convenio establecido entre la Universidad de Bilbao y el Hospital Civil, se nombró entre otros, a Budiño, profesor encargado de curso dentro del Departamento de Patología Quirúrgica.

En los años 76 y 77, tras laboriosas y controvertidas negociaciones entre los médicos del Hospital y la Junta, la mayoría de los médicos con contratos temporales, lograron que sus plazas interinas les fueran asignadas en propiedad. Merced a esto, Elías Montés y Salvador Landa, pasaron a ser Jefe de Sección y Adjunto respectivamente.

En el año 1977 se convocó la segunda plaza de médico interno para el Servicio. Tras el correspondiente concurso fue adjudicada a D. Sabino Ellauri.

En febrero del 79 se pone en marcha la Escuela de Estomatología de la Universidad del País Vasco. Los doc-

tores Budiño, Montés y Landa, junto con Prieta, asumen la docencia de la asignatura Estomatología Quirúrgica en dicha Escuela.

Durante este año el doctor Budiño, tras ganar la oposición convocada a tal fin, pasa a ocupar la Jefatura del Servicio de Cirugía Máxilofacial de la Ciudad Sanitaria de Cruces, con lo cual deja la plaza de Basurto.

Años 1980-2006

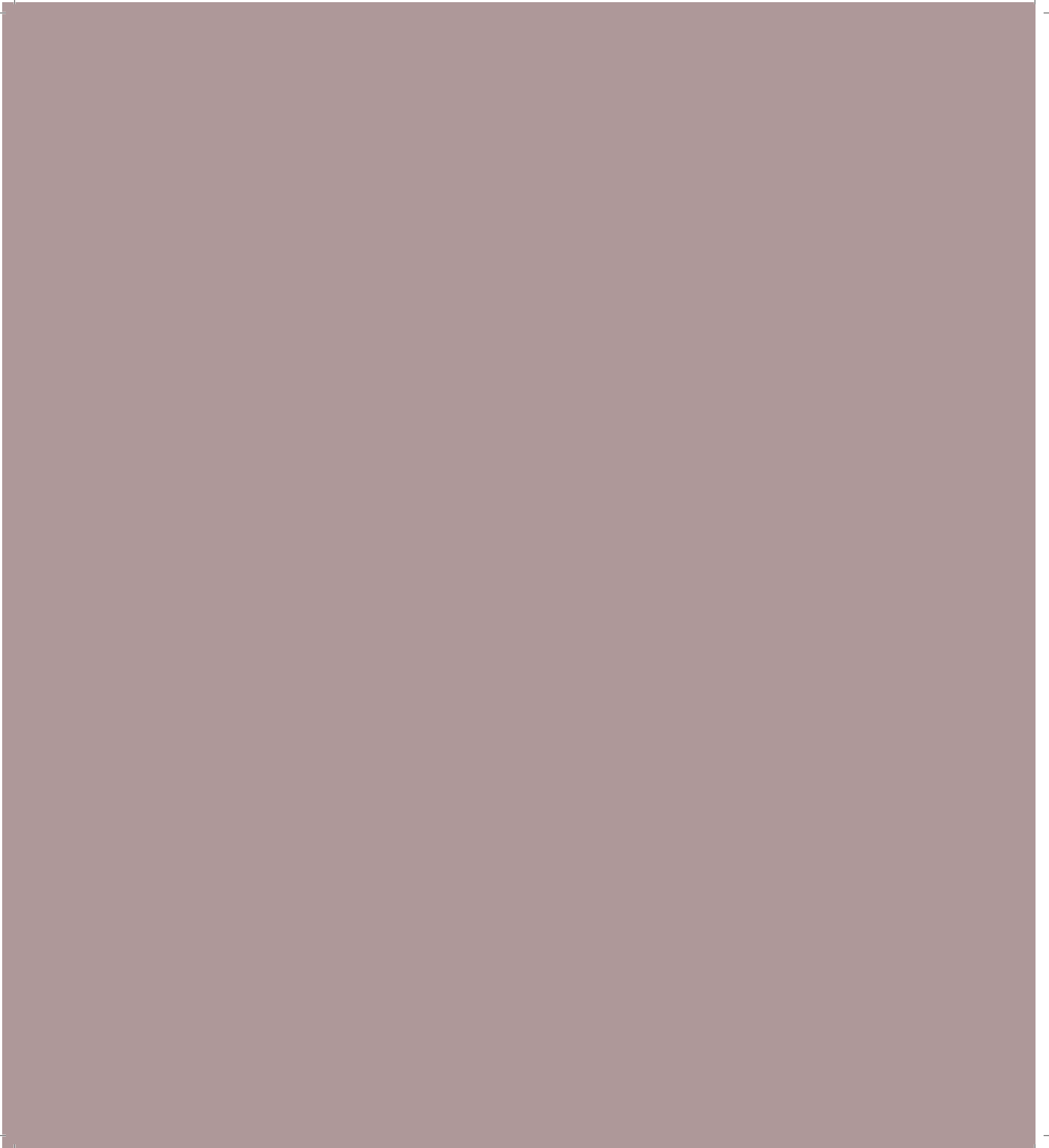
De forma interina se hace cargo de la plaza el doctor Montés, a partir del primero de noviembre de 1980. En febrero del 81, gana el concurso oposición que la Comisión Gestora, sustituta de la anterior Junta de Caridad, convocara para cubrir la vacante que se había producido tras la marcha de Budiño.

En el año 1983 y con motivo del 75.º aniversario del Hospital, la consulta de Cirugía Máxilofacial se traslada al nuevo edificio de consultas externas que se inaugura por aquellas fechas. De los sótanos del antiguo edificio se pasó a una primera planta llena de luz y amplios espacios.

En el año 85 se celebraron las bodas de oro del Servicio, con los doctores Montés y Landa al frente del mismo

El 5 de mayo de 1986, Landa, obtiene la plaza de Jefe de Sección tras el concurso que a tal efecto convocó la Comisión Gestora. Así se han mantenido las cosas hasta el 13 de diciembre de 2005, fecha en la que el Dr. Montés, por imperativos de la edad se ha jubilado.

A primeros del año 2006, se incorpora al Servicio el Dr. Borja Andikoetxea Agorría en el puesto de Adjunto del Servicio. Con fecha 2 de mayo de 2006 ha sido nombrado Jefe de Servicio el Dr. Salvador Landa Llona.



Otorrinolaringología

DRS. JOSÉ MARÍA SÁNCHEZ, F.SANTAOLALLA
Y A. MARTÍNEZ IBARGÜEN

Breve revisión histórica de la otorrinolaringología

La otorrinolaringología como especialidad medico-quirúrgica se inició entre los siglos XIX y XX cuando aparecieron numerosos descubrimientos científicos que influyeron en el avance de la medicina. Los conceptos acerca del hombre enfermo y de los distintos mecanismos de la enfermedad aparecieron vinculados a las evidencias clínicas obtenidas in vivo y a las que procedían de las observaciones macro y microscópicas de los tejidos del hombre muerto^{1,2}.

El microscopio permitió incrementar los conocimientos del cuerpo humano y fue el elemento imprescindible para el nacimiento de la bacteriología y de la histología normal y patológica³. Alfonso Corti (1822-88) describió la anatomía microscópica del receptor auditivo y V.Helmholtz, Ewald, Flourens, Steinhausen y Barany, dieron un gran impulso al conocimiento de la audición, fonación y del equilibrio.

En la cirugía, la lucha contra el dolor se consiguió con la anestesia etérea y la clorofórmica. En la anestesia local, la solución de cocaína como anestésico de mucosas fue muy empleada en otorrinolaringología y la infiltración de plexos nerviosos surgió con la novocaina. Otros hechos determi-

nantes fueron el control de la hemostasia y de la infección.

La primera laringectomía total con éxito fue practicada por T. Billroth en 1874. La invención de la luz eléctrica fue decisiva para iluminar de las cavidades oro-faringo-laringeas y las naso-sinusales y óticas y conocer su aspecto normal y patológico. Los aparatos precursores de la exploración laríngea fueron los especulos de Bozzini (1807) y de Avery (1845)⁵. Pero la mayoría de los autores atribuyen el conocimiento de la dinámica laríngea in vivo, al español Manuel Garcia, profesor de música en Londres y París, y padre de la famosa soprano de ópera, María Malibran. Este músico, obsesionado por conocer la dinámica vocal se le ocurrió introducir en su cavidad oral un espejo dental, situándose delante de otro espejo y recibiendo la luz del sol sobre su cara. De esta manera consiguió visualizar sus cuerdas vocales.

En la figura se representa la exploración laringoscópica según el procedimiento de Czermak. Resulta interesante comprobar la disposición, actitud y vestimenta del médico, ayudante y del enfermo. Igualmente llama la atención la sujeción del espejo de reflexión por los dientes del médico y la iluminación mediante la luz de la lámpara de gas^{4,5}.

La estroboscopia o visualización secuencial de la vibración de la cuerda vocal fue descrita por Oertel en 1895. Otro gran impulsor de la laringología fue Morel MacKenzie que

¹ P Lain Entralgo 1963. Historia de la Medicina Moderna y contemporánea (2.ª ed.). E. Científico Médica. Barcelona. Madrid.

² S Ramon y Cajal. 1910. Manual de histología normal y de técnica micrográfica. 5ª ed. Imprenta N. Moya Madrid.

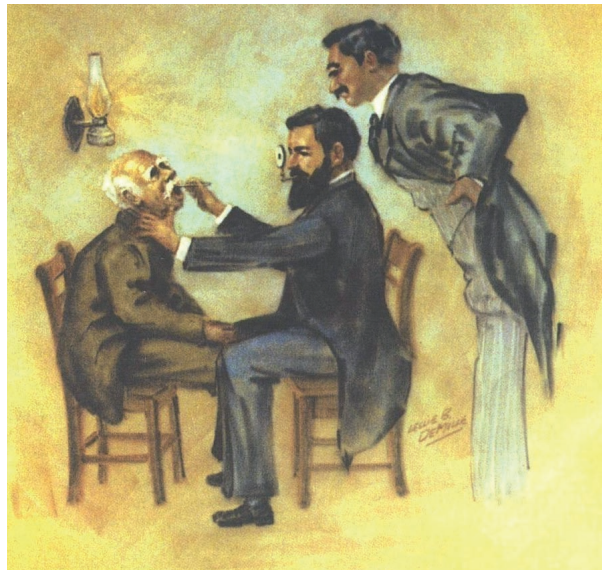
From Hippocrates to Virchow. Reflections on human disease. Ed. ASCP Press Chicago.

³ Byers J.M.

⁴ GE Woodson. 1996 The history of Laryngology in the United States. Laryngoscope 106:677-679.

⁵ B Bailey. 1996. Laryngoscopy and laryngoscopes. Who's first?: The forefathers/four fathers of laryngology. Laryngoscope. 106:939-943.

Portada de la revista *Laryngoscope* vol 106, nº8. 1996. Representa la exploración laringoscópica según el procedimiento de Czernak. Resulta interesante comprobar la disposición, actitud y vestimenta del médico, ayudante y del enfermo. Igualmente llama la atención la sujeción del espejo de reflexión por los dientes del médico y la iluminación mediante la luz de la lámpara de gas.



clasificó las lesiones laríngeas según su anatomía patológica, ya que practicaba la biopsia laríngea peroral mediante unas pinzas diseñadas por el mismo⁶.

Kramer (1801-75) fué el autor del primer espejo ótico. Sir W. Wilde describió la incisión retro-auricular para el tratamiento quirúrgico de las mastoiditis agudas. H. Schwartz (1837-1920), practicó la mastoidectomía utilizando martillo, gubia y escoplo. Pero fue A. Politzer (1835-1920) en Viena, el que estableció las bases de la cirugía de las supuraciones óticas y de sus complicaciones. La moderna exploración auditiva comienza en 1923 con el audiómetro radioeléctrico creado por la Western Electric Co. y diseñado por Fowler que superaba la información procedente de la acumetría instrumental con diapasones, monocordio, silbato de Dalton o el acúmetro de Politzer.

Endoscopia Peroral. Kusmaul en 1868, tuvo la idea de observar el esófago utilizando un uretroscopio con iluminación proximal, ideado por Desormeaux en 1853. Posteriormente G. Kilian también exploró la traquea y los bronquios con tubos rígidos y Chevalier Jackson instaló iluminación distal en estos tubos, con lo que dió paso a la moderna endoscopia peroral, un importante avance diagnóstico y terapéutico, especialmente en la extracción de cuerpos extraños y en la toma de biopsias en las vías aero-digestivas superiores.

⁶ Zeitels S.M. 1995. Premalignant epithelium and microinvasive cancer of the vocal fold: The evolution of phonomicrosurgical management. *Laryngoscope* .105,3, suppl 67.

La otorrinolaringología del Hospital de Basurto en la actualidad

La evolución del servicio de O.R.L. hasta el año 1974 queda expresada en capítulos precedentes. En noviembre de este año se incorporó como jefe de servicio de otorrinolaringología, el Prof. José María Sánchez Fernández, en virtud del convenio existente con la Universidad de Bilbao.

El Prof. J. M. Sánchez, natural de Burgos, había estudiado en la Facultad de Medicina de Valladolid. Alumno interno de las Cátedras de Anatomía Humana, con el Prof. P. Gomez Bosque, de Cirugía con el Prof. H. Durán Sacristán y de otorrinolaringología con los Profs. Marcelino Gavilán y A. Martín Calderín. Su tesis doctoral versó sobre Anatomía comparada del oído medio, dirigida por el Prof. P. Gomez Bosque, y obtuvo la calificación de Sobresaliente cum laude (1962). En el año 1965 se trasladó a la Universidad de Sevilla trabajando en el Hospital universitario de las Cinco Llagas en el servicio de otorrinolaringología dirigido por el Prof. Jaime Marco. Durante los 9 años de estancia en esta Universidad completó su formación en la cirugía de los tumores malignos naso-sinusales, laríngeos, cavidad oral y del nervio acústico. Así mismo, perfeccionó la cirugía de la otosclerosis, las supuraciones óticas y sus complicaciones y del vértigo. En lo que se refiere a la investigación básica se realizó en el servicio de Histología y Anatomía Patológica con los Profs. D. Ribas Mujal y José María Rivera Pomar. En esta Cátedra se disponía de un microscopio electrónico Siemens Elmiskop I, iniciando una línea de investigación ultraestructural de los receptores del oído interno, que después se prosiguió en la U.P.V.

En el transcurso de estos años se ha procurado potenciar la cirugía cancerológica laríngea, de la cavidad oral y de los senos paranasales, dada la frecuencia de estos tumores en la comunidad vasca. También se han establecido algunas líneas de investigación clínica como han sido:

- El estudio del ganglio centinela en los tumores orales y paranasales.
- La evaluación morfométrica de los tumores naso-sinusales y laríngeos.
- La embolización intraarterial en el tratamiento de las epistaxis incoercibles y en los tumores vasculares otorrinolaringología.
- El desarrollo del oído interno humano y de la rata.
- La regeneración auditiva.

Resultado de estas líneas de investigación han sido 25 tesis doctorales, muchas de ellas fueron realizadas por residentes del servicio, siendo todas evaluadas con la calificación de Sobresaliente cum laude, y cuatro obtuvieron Premio Extraordinario de la U.P.V (1978, 81, 90, 95) correspondiendo a los Drs Jerusalen Yarnoz, J. A. Macias, A. Martínez Ibarгүйen y A. Sánchez del Rey y un Premio Extraordinario de la Sociedad Española de Otorrinolaringología a la Dra. A.Sánchez del Rey (1994).

Docencia a Especialistas

En la década de los años 70 la formación de especialistas en España dependía de las escuelas de especialidades o de los servicios hospitalarios con convenio docente con la Universidad. Gracias a esta opción numerosos médicos vizcaínos obtuvieron su título de especialistas. Una vez establecido el sistema MIR, a este servicio se le concedió acreditación docente e inicialmente se le dotó con 3 alumnos por año y posteriormente se ha ido reduciendo hasta un alumno por año.

Nuevos equipamientos y Hospitalización

La dirección del hospital a requerimiento del servicio dotó de un equipo de exploración vestibular consistente en: un aparato de registro electronistagmográfico más un otocalorímetro y un sillón rotatorio pendular. También se han comprado un impedanciómetro, un estroboscopio y un equipo de video-endoscopia adaptado al instrumental de luz fría (laringoscopio, otoscopio y rinoscopio rígidos y flexibles). Entre los equipos quirúrgicos, se han adquirido nuevos microscopios Zeiss adaptados a un equipo de laser.

Por otra parte la Universidad ha dotado de un aparato de potenciales evocados y de otoemisiones.

En el transcurso de la remodelación del Hospital, el servicio de Otorrinolaringología se desplazó desde el Pabellón de Consultas al Pabellón llamado de Comunidad, en donde provisionalmente se instalaron unas consultas externas y una planta de hospitalización. En esta última década, el Hospital de Basurto ha sufrido una importante mejora con su remodelación en el Pabellón de Consultas Externas, disponiendo de consultas individuales, gabinete de endoscopia, sala de exploración otomicroscópica y de audiometría y gabinete de electronistagmografía. La hospitalización actual

se efectúa en el pabellón de Iturrizar donde se disponen de 10 habitaciones dobles y dos individuales con servicio higiénico incluido.

Dotación de personal

Hasta la década de los 80 la plantilla hospitalaria seguía siendo un jefe de servicio y un adjunto que se ocupaban también de las guardias. En este momento se incrementó la plantilla en dos médicos adjuntos y empezaron a contratarse médicos especialistas para el servicio de guardia.

En octubre del año 2005 la dotación del servicio de otorrinolaringología del Hospital de Basurto era la siguiente: Jefe de Servicio, J.M. Sánchez, Jefes clínicos: Drs. M.A. Crovetto y A. Zabala. Médicos adjuntos: Drs. L. Garcia Borreguero y J. Yarnoz. Facultativos especialistas de área: Drs F. Santolalla Montoya y A. Perez Izquierdo. Contratados a tiempo parcial: J.A. Anta e I.Araluce.

Otros médicos adjuntos que lo habían sido precedentemente fueron: los Drs. A.Vergez, actual jefe de servicio del Hospital de Cruces, Dr. E. Moina, jubilado y el Dr. J.C. Ruiz de Galarreta, actualmente en el hospital de Galdácano.

Médicos especialistas que han colaborado con el Hospital sin recibir ninguna remuneración económica han sido los siguientes: Dr. A. Martínez Ibarгүйen, actual Decano de la Facultad de Medicina, que tuvo a su cargo la sección de exploración electrofisiológica auditiva. La Dra. Rosa Fernández Lastra a cargo de la sección de exploración vestibular y vértigo. En consultas externas estuvieron los Drs. A. Macias, J. Canduela, J. J. Rodríguez, Vincent Turturro (U.S.A), Inés Redondo, S. Rodríguez, S. Ruiz, L. Hernandez, A. Cenicalcayla, M. José Libano.

Entre los médicos residentes citaremos a algunos que destacaron por su entrega y dedicación entre ellos están I. Riaño, V. Rodríguez Sotelo, S. Saint-Gerons, B. Odriozola, J.Zubizaray, A. Municio, A. Perez Rojo, J. Martín Arregui, J. Igartua, Gonzalo Rodríguez, J. L. Sendagorta, L. Fiz, Rosa Sancho, A. Ibarгүйtxi, Ammer Rammal (Libano), J. A. Martín Berra, J. Eloy de la Vega, M. Corral, A. B. Rodríguez, C. Fernandez y M. Arizti.

En lo que se refiere al personal de enfermería debo de citar a las hermanas de la Caridad, Sor Maria Jesús y Sor Concepción, y del personal A.T.S. a Isabel Zuazo, Rosa Maguregui, Puri SantaMaría, Pedro Ponga, Juan Carlos... que atendieron a los enfermos con gran dedicación a pesar de la carencia de medios técnicos y de personal, en las etapas de remodelación del Hospital. En el quirófano recordemos la eficacia y competente labor desempeñada durante años por Igone Altamira, Maite Ugalde y Marta. En la secre-

taria Julia Gastón, igualmente durante muchos años ha desempeñado una labor eficaz en la organización de las consultas, elaboración de informes, partes de quirófano...

Sociedad Vasca de Otorrinolaringología

Desde su fundación en 1986, el servicio de otorrinolaringología del Hospital de Basurto ha colaborado científicamente con esta sociedad presentando comunicaciones a todas sus reuniones. También ha participado en la elaboración de las siguientes ponencias:

- 1.º Punción biópsica con aguja fina en el diagnóstico de las tumoraciones de cabeza y cuello, en colaboración con el servicio O.R.L del Hospital de Galdácano. Ponencia VI reunión de 1992.
- 2.º Las otoemisiones acústicas. Un nuevo método de exploración auditiva. En colaboración con la Cátedra de O.R.L Facultad de Medicina de Valencia año 1996.
- 3.º. Estudio del ganglio centinela en el diagnóstico de las metástasis tumorales de cabeza y cuello (2005).

Colaboracion Internacional

Desde el año 1971, el Prof. José María Sánchez pertenece al Collegium Oto-Rhino-Laryngologicum Amicitiae Sacrum, Sociedad internacional, fundada el año 1926 por Charles E. Benjamin (1873-1940), de Groningen y A. De Kleyn (1883-1949), de Utrecht (Holanda), siendo H.Zaardemaker, profesor de Fisiología en Utrecht, su primer Presidente. Su objetivo fundacional fue el restañar las cicatrices provocadas por el guerra europea de 1914-18, favoreciendo el intercambio científico, así como la amistad entre los doctores de los diversos países que la constituían. Desde entonces, y regularmente en sus reuniones se han presentado comunicaciones científicas que después fueron publicadas en el Acta Otolaryngologica de Stockholm⁷.

⁷ Huizing EH, Vander Broek P (2002). Vivat Collegium Oto-Rhino-Laryngologicum Amicitiae Sacrum. 1926-2001. Monografía publicada por Coers and Roest. Arnhem-Holanda

Cooperación con la Cátedra de Otorrinolaringología de la Universidad de Burdeos

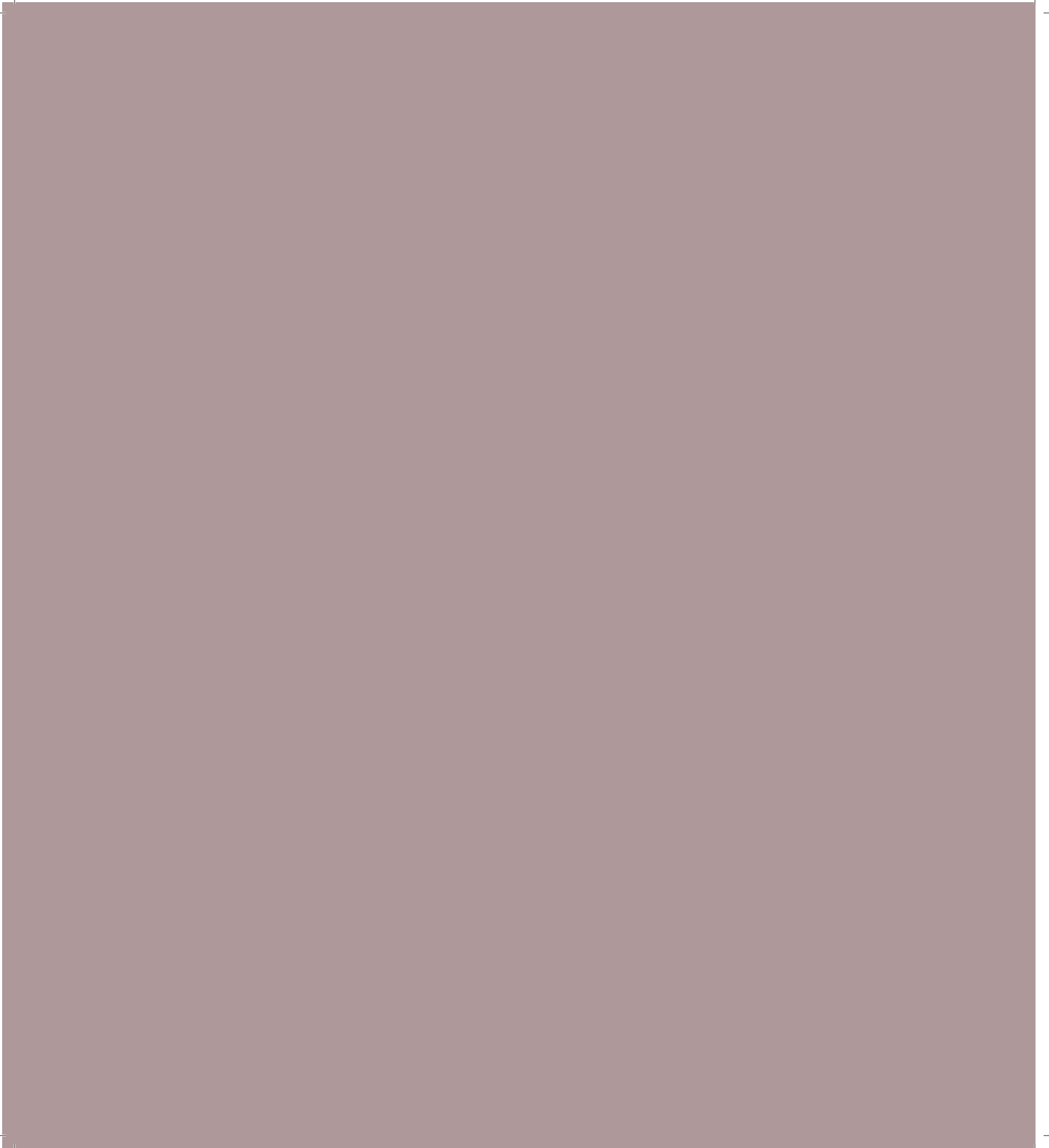
Se ha mantenido una estrecha colaboración e intercambio científico con esta Cátedra, en especial cuando fue dirigida por el Prof. M. Portmann. En el año 1985 se celebraron dos reuniones científicas una en Burdeos y otra en el Hospital de Basurto en Bilbao. En el mes de mayo del año 2005 se celebró en Bilbao el XXXIX Symposium de la Sociedad Internacional de Oto-Neurología y de la Fundación Portmann.

Los Drs I. Ayerbe e I.Ucelay completaron su formación en dicho centro. El primero se ha integrado en los trabajos de esta cátedra participando en sus reuniones, congresos, publicaciones... El Dr.Ucelay realizó su tesis doctoral, dirigida por el Prof.J.L.Traissac sobre Rehabilitación vocal en el laringectomizado, que posteriormente fue presentada en la U.P.V. en el año 1990, obteniendo la calificación de Sobresaliente *cum laude*.

En agosto de 1999, se organizó en Bilbao un Symposium internacional sobre Regeneración auditiva con la participación de los Profs R. Pujol de Montpellier, P. Lefebvre (Bélgica) y los Profs. Españoles J. M. Rivera Pomar y J. Arechaga (U.P.V), y P. Gil Loizaga (Complutense de Madrid).

Agradecimientos

La elaboración de este escrito ha sido posible gracias a la colaboración de la Cátedra de Historia de la Medicina de la U.P.V. de cuyos fondos bibliográficos he obtenido gran parte del material que figura en este artículo. Por tanto mi agradecimiento al Prof.J.L.Goti Iturriaga (q.e.p.d), gracias a cuyo entusiasmo y celo fueron posibles la creación de la biblioteca y del museo de Historia de la Medicina. Igualmente mi gratitud al Prof. A. Ercoreka, digno continuador de esta labor. También debo agradecer la información procedente de otros compañeros médicos como han sido: Julio Antón, José A. Cearra, Fermín Fernández Cano y Angel Mariscal.



Pediatría

La celebración del centenario del Hospital de Basurto es un buen momento para reflexionar sobre nuestra tarea, los cambios acontecidos, y aquí tenemos que decir que nuestro servicio ha vivido cambios estructurales y funcionales importantes desde el año 1990.

Como resumen general deberemos puntualizar que en la Pediatría, como en otros Servicios del Hospital, se ha dado una transformación muy positiva, en general, en las posibilidades de diagnóstico de nuestros enfermos. Hemos pasado de una época en la que la mayoría de los diagnósticos había que realizarlos, fundamentalmente, a través de los datos de la historia clínica y la exploración física del enfermo, correctamente realizados, pero con medios y recursos limitados en ocasiones para obtener el diagnóstico certero, y con ello poder ofrecer una terapéutica adecuada, a otra en la que las nuevas técnicas de diagnóstico y los posibilidades terapéuticas ofrecen una ayuda singular en nuestra actuación frente al enfermo.

Cambios físicos

Dentro de la renovación general del Hospital de Basurto que, a instancias de la Consejería de Sanidad del Gobierno Vasco, se realizó en nuestro Centro en la década de los 90, nuestro Servicio fue uno de los últimos en los que dicha renovación tuvo lugar, ya que no fue hasta el año 1996 cuando la hospitalización pediátrica se desplazó del Pabellón Gurtubay al Pabellón San Pelayo.

Previamente, en enero de 1992, se llevó a cabo el traslado de la Urgencia de Pediatría del pabellón Gurtubay al

pabellón Makua, instalándose en un espacio más amplio y funcional que el que disponíamos anteriormente, dentro del edificio destinado a Urgencias Generales.

Como consecuencia de este traslado, un grupo de pediatras, enfermeras y auxiliares se incorporaron a la nueva ubicación. Allí disponemos de 3 camas de observación, ampliables a 4, 3 boxes para exploración, uno de los cuales preparado como box de reanimación, si se precisara, y 2 puestos para inhalación junto a la observación. Esta nueva estructura supuso una mejora inestimable con respecto a la anterior Urgencia Pediátrica, aunque quizá a día de hoy podemos decir que se nos va quedando pequeña, a la luz del espectacular crecimiento de actividad en esta área como veremos más adelante.

Mientras esto ocurría en el área de Urgencias, la actividad de hospitalización, a excepción del área de Neonatología, ubicada junto a Maternidad, permaneció unos años más en el viejo pabellón Gurtubay, que estaba dividido en 2 plantas de hospitalización distribuidas en boxes, con 4 o 5 camas cada uno, y 3 habitaciones individuales en cada planta. Al fondo de la segunda planta se encontraba la Unidad de Lactantes, dividida también en boxes, con 13 camas en total.

Por fin, en agosto de 1996, la hospitalización pediátrica se trasladó al pabellón San Pelayo. El cambio supuso para nosotros y sobre todo para los pacientes y familiares, una gran mejora en lo referente a infraestructura. Como en el Pabellón Gurtubay, el nuevo pabellón constaba de dos plantas, la mayoría de cuyas habitaciones tenían 2 camas, y disponíamos también de algunas habitaciones individuales. Todas las habitaciones contaban con un cuarto de baño y televisión.

Esta nueva estructura ha facilitado el que los niños estén siempre acompañados por algún familiar, adaptándonos de esta manera mucho mejor a los derechos de los niños hospitalizados a estar en un ambiente lo más próximo posible a su situación normal con su familia. Además, mejoró sensiblemente la alimentación de los niños, ya que el Servicio de Cocina incorporó un dietista también en esas fechas al Hospital.

En el actual Servicio, los pacientes que, por sus características y el estado actual de su enfermedad no precisan de un reposo absoluto, disponen por la mañana y por la tarde de un espacio destinado a la Escuela, al frente de la cual existen 2 maestras, una de ellas bilingüe. En dicho espacio, los enfermos pueden realizar sus deberes escolares, los más pequeños están entretenidos con sus juegos, y los mayores disponen de ordenadores para sus trabajos escolares.

Algunos años después, y gracias a la colaboración de «La Caixa», se inauguraron 2 Ciberaulas, provistas cada una de ellas de ordenadores, en una de las cuales los pacientes más pequeños juegan en compañía de algún familiar, y en la otra los mayores realizan sus conexiones con Internet.

En el último año se ha firmado un convenio entre el Museo Guggenheim, la BBK y los hospitales de Cruces y Basurto, a través del cual un empleado de la pinacoteca acude una vez a la semana y realiza unos talleres de arte para los niños. A partir de las imágenes proyectadas en esos talleres, los más pequeños crean sus propias obras de

arte asesorados por los profesores de dichos hospitales, sin olvidarnos de los concursos de pintura que se celebran tres veces al año.

No queremos pasar sin mencionar que una de las mejoras importantes que hemos alcanzado con el paso del pabellón Gurtubay al Pabellón San Pelayo, es que prácticamente todos los profesionales del staff, así como la supervisora de Enfermería, disponemos de nuestro despacho, provisto cada uno de ellos con su respectivo ordenador y una pequeña biblioteca donde, en los momentos libres de nuestra labor asistencial, podemos dedicarnos a la lectura de revistas y libros u organizar seminarios, publicaciones, ponencias, etc.

En el área de la atención neonatal, si bien la Unidad de Neonatología disponía ya para el inicio de los noventa de un espacio moderno, inaugurado en el año 1989, la estructura fue mejorada en el año 2003. En el momento actual, se ubica en un área próxima a la Maternidad del Hospital dentro del Pabellón Iturrizar, y dispone de 22 cunas, 4 de ellas de «Cuidados Intensivos», y el resto de «Cuidados Medios».

Por otro lado, los pediatras neonatólogos que trabajan en esta Sección, pasan visita cada día por la planta de Maternidad para resolver los problemas que se puedan plantear a las madres, y realizar la exploración de cada Recién Nacido, lo que supone la exploración de 2.450 niños al año, cifra que se corresponde con el número de nacidos en nuestro Centro.

Tabla 1. Evolución de los indicadores más relevantes de actividad del Servicio de Pediatría durante el período 1990-2006 (EM: Estancia media)

AÑOS	Nº URGENCIAS	Nº ALTAS PEDIATRÍA	PEDIATRÍA EM (DÍAS)	Nº CONSULTAS INTRAHOSPITALARIAS	Nº ACTIVIDADES HOSP. DE DÍA	Nº ALTAS NEONATOLOGÍA	NEONATOLOGÍA EM (DÍAS)
1990	15096	2242	5,98	9099		390	11,2
1993	18468	2584	4,07	10332		367	10,95
1996	21281	1869	3,72	8562		460	8,74
1999	23486	1607	3,73	8501		479	8,27
2002		1594	3,95	8325		385	11,73
2004	27205	1555	3,41	8509	1019	404	8,98
2005	27940	1365	3,35	8807	1164	333	8,61
2006	30237	1629	3,03	10991	1069	303	9,75

Cambios funcionales

Paralelamente a los cambios físicos que hemos descrito, en los últimos años ha habido una serie de cambios funcionales en el Servicio de Pediatría.

Por un lado, se ha disminuido la hospitalización de los niños, y se han incrementado las modalidades de atención ambulatoria (urgencias, hospital de día y consultas externas). Por otro, se han ido consolidando las especialidades pediátricas.

La tabla 1 muestra la evolución de los indicadores más relevantes de la actividad del Servicio de Pediatría desde el año 1990. Durante el período 1990-2006, las urgencias pediátricas se han multiplicado por 2, superando en el momento actual las 30.000 anuales. Simultáneamente, han disminuido los ingresos tanto en el Pabellón San Pelayo (Pediatría), como en la Unidad Neonatal. En este período, el número de altas en estas áreas se ha reducido en un 27% y 22% respectivamente. La reducción del número de estancias ha sido todavía mayor, ya que en el mismo período la estancia media ha pasado de 5,98 a 3,03 días. En la Unidad Neonatal, la disminución de la estancia media, ha sido menor, debido a que ha habido un aumento de la complejidad de los neonatos ingresados (ver tabla 1).

Otra de las modificaciones en las formas de atención de los últimos años, relacionada también con la disminución de la hospitalización, ha sido el hospital de día, que efectúa anualmente alrededor de 1.000 procedimientos, tanto pruebas funcionales, como tratamientos medicamentosos especiales en pacientes oncológicos, y crónicos en general.

El número total de consultas externas se ha mantenido estable la mayor parte del período analizado. En el año 2006 hay un incremento de casi un 25% en las consultas intrahospitalarias, debido a una consolidación de las especialidades pediátricas. Esta tendencia positiva se está manteniendo en los datos disponibles a fecha actual del año 2007.

Dado que la atención pediátrica en atención primaria tiene una gran calidad en el momento actual, ya que la gran mayoría de los pediatras se han formado mediante el sistema MIR, la atención ambulatoria que desde atención primaria se espera que de el hospital, es una atención especializada con un alto nivel de cualificación. En el momento actual el Servicio de Pediatría oferta 9 especialidades:

- Neumología
- Neurología
- Endocrinología
- Infectología
- Cardiología
- Digestivo
- Pediatría General

- Oncohematología
- Neonatología y Pediatría del Desarrollo

Es de destacar que, a diferencia de otros hospitales de nuestro entorno en las que los niños hospitalizados son atendidos en principio por los pediatras generales, en nuestro servicio, a cada uno de los niños ingresados se le asigna un médico responsable de la especialidad que corresponda a la patología por la que ingresa.

La práctica anterior da lugar a una atención bastante eficiente. La estancia media es muy baja, como se ha indicado anteriormente, y se sitúa claramente por debajo de la media de los servicios de Pediatría de Osakidetza/Servicio vasco de salud.

Cómo nos ven los pacientes

Tradicionalmente, los Servicios de Pediatría de los Hospitales suelen tener una valoración alta cuando se mide la satisfacción de los padres de los niños hospitalizados. Esto es debido, por un lado a la gran capacidad de recuperación de los niños (nuestras tasas de mortalidad y/o morbilidad crónica son muy bajas), y, por otro, a la sensibilidad y buen hacer en general del personal sanitario (médicos, personal de enfermería y de administración y servicios). Así, las quejas y reclamaciones son una rareza en nuestro servicio, siendo frecuente recibir cartas de agradecimiento, extensivas a todo el personal sanitario que trabaja en el Servicio de Pediatría.

Lo anterior, junto a la modernización de nuestras instalaciones de hospitalización, puede ser la razón de que la hospitalización pediátrica ocupe una posición clara de liderazgo en las encuestas que, bienalmente, efectúa la Subdirección de Calidad de Osakidetza a los padres de los niños hospitalizados (ver tabla 2).

La tabla 2 contiene los resultados de la última encuesta efectuada en el 2006, y publicada en la intranet de Osakidetza/Servicio vasco de salud. El Servicio de Pediatría del Hospital Basurto, no solamente se encuentra en todos los parámetros por encima de la media de Osakidetza/Servicio vasco de salud, sino que ocupa la primera posición en 6 de los 7 indicadores.

Estos excelentes resultados, similares a los obtenidos en la encuesta anterior efectuada en 2004, son, sin duda, fruto de la dedicación de los más de 100 profesionales, que, entre personal médico de staff, médicos residentes, personal de enfermería y personal de administración y servicios, trabajan día a día tratando de ofertar el mejor servicio a nuestros pequeños pacientes ingresados.

Por otra parte en el Servicio de Pediatría del Hospital de Basurto, se lleva a cabo una importante labor docente. Tanto con los Residentes que se forman en el mismo, los cuales rotan según un esquema preestablecido, en las distintas especialidades pediátricas a lo largo de sus 4 años de formación en el sistema MIR, como con los estudiantes de la Facultad de Medicina y Odontología de la UPV. En nuestro Servicio se ubica la primera Cátedra de Pediatría y Puericultura que existió en la UPV. La docencia de pregraduado se imparte en la Unidad Docente de Basurto y abarca a los alumnos de Odontología y a los de 4.º, 5.º y 6.º de Medicina. La calidad de esta formación del alumnado de la Facultad viene avalada porque cada año nuestros alumnos alcanzan resultados excelentes en el examen MIR, donde concurren con el resto de los estudiantes de las distintas Universidades españolas.

En la actualidad el Servicio de Pediatría está compuesto por:

1. Jefe de Servicio:
Prof. Alfonso Delgado Rubio. Catedrático de Pediatría y Puericultura. UPV
7. Jefes de Sección
Prof. Javier Arístegui Fernández.
Profesor Titular de Pediatría. UPV
Prof. Joseba Gárate Aranzadi.
Prof. Titular de Pediatría. UPV
Prof. Emilio Martín Bejarano.
Prof. Titular de Pediatría. UPV

Tabla 2. Resultados de la Encuesta 2006 de Satisfacción de Padres de niños hospitalizados en 5 Servicios de Pediatría de Osakidetza/Servicio vasco de salud. (Los resultados se expresan para todas las preguntas, salvo para la 6, en forma de porcentaje de respuestas excelente, muy bueno y bueno, en una escala con 5 categorías: excelente, muy bueno, bueno, regular y malo. La pregunta número 6 indica el porcentaje de respuestas afirmativas sobre si se ha recibido información sobre los resultados de las pruebas complementarias)

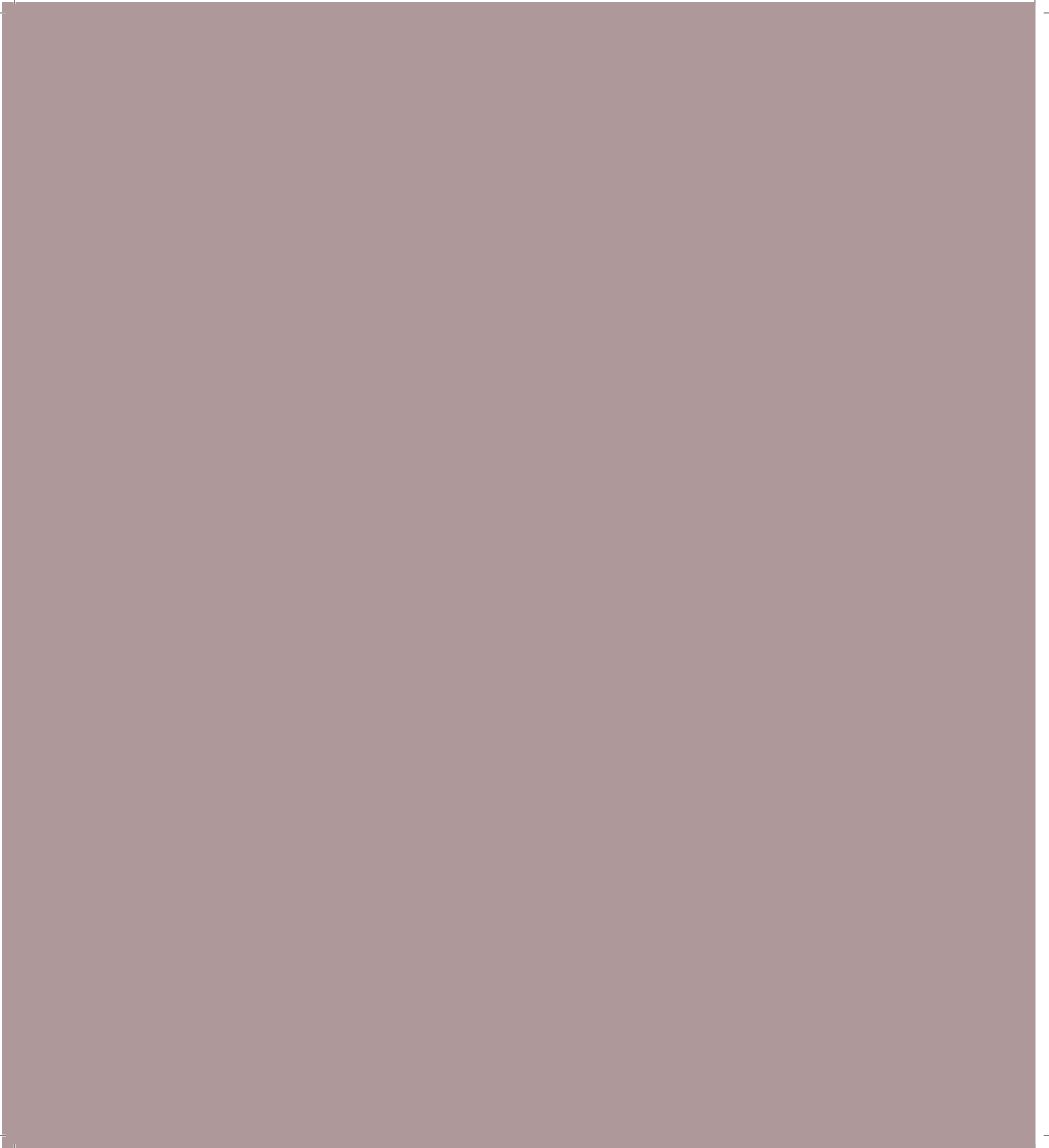
	HOSP. 1	HOSP. 2	HOSP. 3	HOSP. 4	HOSP.	BASURTO	MEDIA
1. Percepción positiva de la capacitación							
y medios técnicos (% E+MB+B)		93,5	92,9	92,5	94,5	96,4	94,2
2. Trato (% E+MB+B)		94,4	93,6	95,5	95,4	97,4	95,1
3. Limpieza y comodidad de instalaciones							
(% E+MB+B)		88,7	81,6	85,4	72,5	88,2	79,8
4. Condiciones hosteleras para acompañantes							
(% E+MB+B)		48,2	44,3	50,5	36,3	61,5	44,4
5. Información general (% E+MB+B)		86,3	87,1	96	95,1	96	93,1
6. Información sobre pruebas complementarias							
(% Sí les informaron)		92,3	87,1	87	93,6	93,9	91,6
7. Satisfacción global (% E+MB+B)		95,7	90,6	96	94,5	96,9	94,1

- Pfra. Elena Sánchez González.
Pfra. Titular de Pediatría. UPV
Dr. J. Pedro Arrate
Unidad de Neonatología
Dr. José M.^a Indiano.
Unidad Oncología Pediátrica
Dr. José M.^a Santolaya Jiménez
Unidad Neurología Pediátrica
Dr. Javier Elorz
Unidad Neumología Pediátrica
10. Médicos Adjuntos
Dr. Gabriel Saitua
Dr. Alberto Pérez-Legórburu Prof. Asociado. UPV
Dr. Iñigo Echaniz Urcelay
Dra. Ana Martínez
Dr. Carlos González Día Prof. Asociado. UPV
Dr. Andrés González
Dr. J. Humayor Yañez
Dra. C. Fernández Ramos
Dra. Helena Lorenzo Garrido
Dra. Elisabet Garrote Llanos
Dra. Ainoa Aguirre Conde
Dra. M.^a Ángeles Villar Álvarez
Dra. Susana Esteban
Dra. Nélida García
Dra. Karnele Díaz Sáez
Dra. M.^a Ángeles Fernández Custa
Dr. Ayala Curiel
Dr. Rodríguez Ortiz
Dr. Rementería Rodigales Prof. Asociado. UPV
16. Médicos Residentes (MIR)
MIR 4
Beatriz Álvarez Martín
María Landa Garriz
Montserrat Vázquez Ingelmo
Anartz Fernández Prieto

MIR 3
Lorena Rodeño Fernández
Raúl Rodríguez Serrano
Amaya Conde Domínguez
Leire Madariaga Domínguez

MIR 2
Naiara Llopart Sarachu
Gisela Muñoz García
Oihane Rotaetxe Vacas
Iker Serna Guerediaga

MIR 1
Ainhoa Gondra Sangroniz
Naiara Ortiz Lana
Jon Montero Gato
Usoa Jiménez Belastegui
2. Secretaria
Marisa Fernández Álvarez
Begoña Cabrejas Sáez
16. ATS
Mila García
Amaia Gutiérrez
Ana Gordo
Amaia Díez
Silvia Salinas
Eva González
Almudena Castillo
Assumpta Chavarri
Marisa Mediavilla
Pasión Martínez
Loly Quevedo
Encarna Ruiz
Marian López
Maite Basterra
Raquel Cantalapiedra
Almudena Ayuso
18. Auxiliares de clínica
Isabel Martínez
M.^a Victoria Galdona
Pili Picón
Auri Pardo
Carmen Serrano
Esther González
Charo Blanco
Lourdes Embeita
Sol Lasfuentes
M.^a José Sánchez
Begoña Gil
Isabel Márquez
Eva Rodríguez
Mili Manceras
Marisa Portillo
Ana Isabel González
M.^a Jesús Díez
Marta Valencia
1. Celador
Celes Gómez
2. Maestras
M.^a Jesús Fuertes
Dolores del Valle
4. Mantenimiento
Esther Pérez
Susana Valtierra
Begoña Rodríguez
Marian Mosteira



Reumatología

DR. D. JOSÉ MIGUEL ARANSURU ALSIZURI

Introducción

El año 1973, me incorporé, como reumatólogo, al Servicio de Rehabilitación del Hospital, debido al interés que el entonces jefe de ese Servicio, Dr. Félix de Araluze, tenía por esta especialidad.

En aquellos años, la Reumatología era una especialidad escasamente representada en los hospitales en general y desde luego en Basurto en donde no existía.

Su contenido se desarrollaba en diferentes servicios predominantemente de forma ambulatoria y en la que se trataba a solo una parte de lo que en otros países de nuestro entorno, y pronto en el nuestro, se consideraba como propio de la Reumatología, entendido como la disciplina de la Medicina Interna que se ocupa de los trastornos médicos del aparato locomotor y del tejido conectivo. No era infrecuente que cuando un enfermo reumático presentaba alguna complicación extra-articular fuese trasladado a otra especialidad, generalmente Medicina Interna. Por ello, su representación e influencia era escasa en la vida hospitalaria y menos aún en la Universidad. Como consecuencia de esto los estudios de pregrado padecían de una formación en esta área de conocimientos claramente insuficiente para lograr el objetivo de dotar a los futuros médicos del bagaje imprescindible para atender uno de los problemas de salud más frecuentes en la población. Considerando esta situación de la Especialidad, es razonable suponer que la mayoría de los pacientes

con enfermedades reumáticas tenían posibilidades limitadas para el diagnóstico y tratamiento correctos de su afección.

Desde entonces he dedicado todos mis esfuerzos a intentar conseguir que la Reumatología se consolidara en nuestro Hospital como una especialidad bien definida.

Historia del Servicio

En agosto de 1987 fue creada por la Dirección del Hospital e inició sus actividades la Sección de Reumatología, en principio adscrita al Servicio de Rehabilitación, pero sin la necesaria autonomía para su funcionamiento. Se me asignó la responsabilidad de la Unidad. En julio de 1988, en pleno proceso de creación de prácticamente todas las Especialidades Médicas, en el que jugó un papel decisivo la Dra. Begoña Urriaga, Directora Médico en aquellas fechas, fuimos asignados al Servicio de Medicina. Es entonces cuando puede decirse que la Sección inicia su andadura.

El año 1992 la Unidad de reumatología adquiere su mayoría de edad y ello debido a tres hechos fundamentales:

1. La incorporación del tercer especialista, Dr. Eduardo Ucar, al núcleo inicial formando con los Dres. Aramburu y Gorordo.
2. El inicio de la actividad extrahospitalaria con el despliegue de la Unidad a los ambulatorios. Inicialmente en Txurdinaga y posteriormente en Deusto, Santu-

txu, Rekalde, etc. En este paso debemos recordar con agradecimiento al Dr. Gonzalo Castillo por mostrar confianza en nuestra propuesta y ofrecernos su apoyo.

3. La concesión de la acreditación docente para la formación de especialistas en Reumatología, conseguida tras varios intentos realizados años antes.

A partir de esta fecha, nuestro trabajo ha consistido en intentar dotar a la especialidad de la importancia y presencia dentro del área de Medicina Interna, a través del desarrollo de la unidad, primeramente como sección y posteriormente como servicio y actuando en tres vertientes fundamentales dentro de un hospital terciario: asistencial, docente e investigadora.

Para ello ha sido imprescindible la creación de un equipo de especialistas bien formados y por otra parte conjuntados y con un claro objetivo común. A este equipo he de agradecer su colaboración para alcanzar nuestra meta.

Los objetivos, que nos marcamos en un principio, en mi opinión, se han conseguido, bastante aceptablemente, aunque aún queda un largo camino de mejora.

Actividad asistencial

Los fines buscados en este aspecto fueron:

1. Cubrir lo mejor posible la asistencia y las expectativas de los enfermos, de la Comarca de Bilbao, con procesos reumáticos dentro de una visión actualizada del contenido de la Especialidad, no limitándose a los procesos puramente articulares sino también a las conectivopatías, infecciones y enfermedades metabólicas del aparato locomotor y patología vertebral no traumática.
2. Desarrollar nuestra actividad asistencial dentro de una concepción integral de la Medicina, ocupándonos del tratamiento del enfermo en todos los estadios de su enfermedad, así como de sus complicaciones sistémicas o de las eventuales complicaciones del tratamiento. Por ello, siempre consideramos imprescindible que la Sección estuviese dotada de camas propias en el área de hospitalización para atender estas situaciones potencialmente graves o problemáticas. La disponibilidad de camas propias redundaba en una mejor atención a los enfermos, es necesaria para la formación de los MIR de Reumatología, así como para mantener un mayor nivel de autoexigencia y calidad en nuestro trabajo.
3. Extender nuestra actividad clínica al mayor número posible de enfermos y proporcionarle, en los casos

en que fuese más importante por su trascendencia terapéutica, una asistencia continuada.

Aunque toda labor realizada es mejorable, creemos que los resultados de nuestra actuación en el ámbito asistencial han sido razonablemente satisfactorios.

- a) Hospitalización, año 2006. Camas: 6. Ingresos: 347. Estancia media: 6,06. Índice de ocupación: 96,0.
- b) Consultas externas, año 2006. Total consultas: 17.095 (5.938 primeras, 11.157 sucesivas; relación sucesivas/primeras 1,88).
- c) Hospital de día, año 2006. 420 tratamientos.
- d) Unidad de osteoporosis (Ambulatorio de Santutxu). Año 2006. Primeras consultas 1.218 y 820 sucesivas.

Otros aspectos a señalar, siempre en actividad asistencial, son los siguientes:

1. El Servicio proporciona asistencia a los enfermos con procesos reumáticos de la comarca de Bilbao y somos el centro de referencia para técnicas especiales: Sinovior-tesis, Uveítis, Lupus y Embarazo, etc. El área sanitaria correspondiente al Hospital de Basurto incluye aproximadamente 400.000 personas. Actualmente nuestra población de incluye más 2.000 pacientes en tratamiento por enfermedades inflamatorias crónica o conectivopatías. Especialmente con estos enfermos crónicos hemos procurado una atención lo más individualizada y humana posible, informándolos puntualmente sobre la naturaleza de su proceso y potenciales complicaciones, teniendo acceso directo ante cualquier situación inesperada que pudiesen presentar.
2. El área de Hospitalización, ha posibilitado una mejor asistencia a los pacientes con complicaciones de sus procesos, agilizar el estudio de los pacientes más graves o que requerían un tratamiento más urgente. Además creemos que ello ha redundado en un ahorro económico para el Hospital, ya que la estancia para el diagnóstico y tratamiento con procesos reumáticos es sensiblemente menor que cuando son atendidos por otros Servicios.
3. Las Consultas externas hospitalarias y extrahospitalarias (Ambulatorios de Deusto, Txurdinaga y Solokoetxe-Santutxu), representan la actividad asistencial cuantitativamente más importante del Servicio, han funcionado y funcionan de un modo formalmente correcto (lista de espera relativamente corta, tiempo de visita adecuado) pero son notoriamente mejorables.
4. Hospital de día. Actividad en continuo crecimiento por cuanto representa una alternativa a la hospitalización tradicional para el tratamiento de nuestros pacientes. A resaltar el crecimiento de los tratamientos biológicos con inhibidores de TNF, ciclos de inmunosupresores, bifosfonatos, etc.

5. Para facilitar la asistencia especializada a los enfermos con problemas agudos o exacerbación de problemas crónicos que acuden a Urgencias por la mañana pueden ser atendidos por un MIR de Reumatología o un miembro del «staff» si son requeridos para ello.
6. Consultas monográficas: Mantenemos las consultas monográficas siguientes:
 - Lupus y Embarazo en colaboración con Ginecología (Dr. Ucar).
 - Uveítis, en colaboración con Oftalmología (Dres. Ucar y Galíndez).
 - Artritis de reciente comienzo (Dr. García Llorente).
 - Tratamiento con fármacos biológicos (Dras. García Vivar y Galíndez).
 - Enfermedad de Paget (Dr. Gorordo).
 - Reumatología pediátrica, en colaboración con Pediatría (Dr. Gorordo).
 - Osteoporosis (con la ayuda del Dr. Iñaki Torre Salaberri).
 - Sinoviortesis en colaboración con el servicio de Medicina Nuclear.

Actividad docente

1. Enseñanza de pregrado.

Se ha centrado en la formación de los alumnos en la especialidad a través de los temas que dentro de la asignatura de patología Médica se explican en el quinto curso de la carrera de Medicina. Nuestra unidad se encarga de la exposición de esas clases teóricas en euskara. Así mismo nos ocupamos de las clases prácticas de los alumnos, tanto en euskara como en castellano. Ocupo una plaza de profesor asociado de la Facultad de Medicina de la UPV. Departamento de Medicina.
2. Enseñanza de postgrado.

Se ha centrado fundamentalmente en la formación de los MIR de Reumatología, así como en los MIR de Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna y Rehabilitación que rotan por el Servicio. El Dr. José Manuel Gorordo ocupa el puesto de tutor de residentes y es el responsable de esta parte de la actividad docente del Servicio. Los objetivos perseguidos son:

 - a) Fomentar los hábitos de estudio y actualización del conocimiento.
 - b) Adquirir las habilidades técnicas necesarias su actividad.
 - c) Desarrollar planes de evaluación de los problemas planteados por los pacientes de forma razonada y eficiente.

- d) Hacer que sean conscientes del compromiso ético que adquieren en su relación con el paciente.

Para facilitar el logro de estos objetivos los MIR participan en las diversas asistenciales (visita a hospitalizados, consultas externas, inter consultas, sinovioanálisis, infiltraciones, sinoviortesis), así como en las actividades propias del Servicio como:

- a) Exposición de temas de la especialidad
- b) Diagnóstico por la imagen
- c) Revisión de trabajos en curso y protocolos
- d) Revisión de las altas de la semana
- e) Caso clínico o caso cerrado

Médicos residentes que han realizado su periodo de formación, como especialistas en Reumatología, en la Unidad desde su inicio:

Maria Luz García Vivar
Eva Galíndez Agirregoikoa
Javier Arostegi Lavilla
José Francisco García Llorente
Rosa Expósito Molinero
María Santisteban Bocos
Iñaki Torre Salaberri

En este momento en periodo de formación: Olaia Fernández Berrizbeitia.

Tenemos que señalar con satisfacción que dos de nuestras antiguas residentes obtuvieron la plaza de médico adjunto a través de la OPE y un tercero figura como adjunto interino en nuestro Servicio.

3. Formación continuada

Ha consistido en la asistencia y a participación de los miembros del equipo en los Congresos de Reumatología Nacional, Europeo y Americano, además de las aportaciones hechas en conferencias, mesas redondas, simposios, cursos de doctorado, o como miembros de Comités Editoriales, de Redacción, o de Expertos, en diversas revistas, o responsabilidades en la Sociedad de Euskadi y Sociedad Española de Reumatología.

Actividad en investigación

El Dr. Eduardo Ucar es el responsable de esta actividad. Contamos con la Dra. Natalia Rivera García, facultativo biólogo, para ayuda en los trabajos de investigación. Dentro de la investigación clínica, las principales líneas de trabajo han sido las siguientes:

- a) Ensayos clínicos. El Servicio ha participado en más de 20 ensayos clínicos multicéntricos aprobados por el comité del Hospital.

Personal del Servicio
de Reumatología en la
actualidad. ▶



- b) Identificación de genes de susceptibilidad a enfermedades autoinmunes sistémicas: Lupus Eritematoso Sistémico y Síndrome Antifosfolipídico. Proyecto desarrollado conjuntamente con la Universidad del País Vasco UPV/EHU.
- c) Aplicación de la genómica y proteómica en el análisis molecular y celular de las enfermedades autoinmunes sistémicas humanas.
- d) Control de seguridad y eficacia de terapias biológicas en enfermedades inflamatorias articulares.
- e) Estudio epidemiológico de las pacientes diagnosticadas de Lupus Eritematoso Sistémico y Síndrome Antifosfolipídico, embarazadas.
- f) Estudios paleopatológicos de restos esqueléticos prehistóricos e históricos recuperados en el Norte de la Península Ibérica.

Recursos en la actualidad

1. Los recursos humanos del Servicio en 2007
Los recursos humanos se expresan en el siguiente cuadro:

Jefe de Servicio 1

Dr. José Miguel Aranburu Albizuri

Médicos adjuntos fijos 4

Dr. José Manuel Gorordo Olaizola

Dr. Eduardo Ucar Angulo

Dra. María Luz García Vivar

Dra. Eva Galíndez Agirregoikoa

Médico adjunto interino 1

Dr. José Francisco García Llorente

Facultativo Biólogo 1

Dra. Natalia A. Rivera García

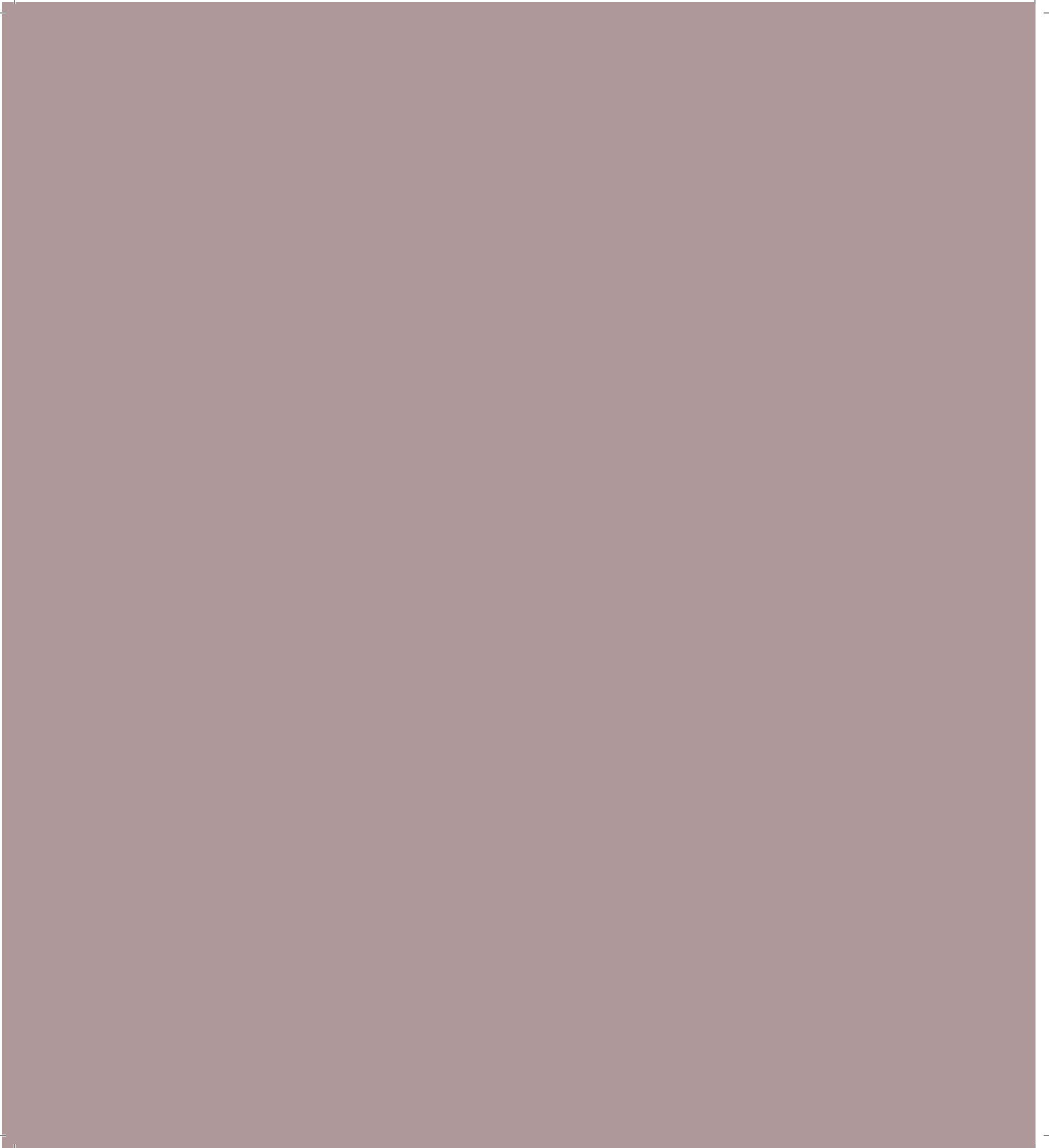
Residente de Reumatología 1
Dra. Olaia Fernández Berrizbeitia
Diplomadas en Enfermería 2
(1 en Amb. Deusto y 1 en Txurdinaga)
Auxiliar clínica 1 (Cons. Ext. Basurto)

2. Los recursos materiales del Servicio

Los recursos materiales se ubican en las siguientes áreas:

a) Hospitalización: 6 camas asignadas, 1 despacho de preconsulta (compartido con hematología y endocrinología), área de administrativa (compartido con los Servicios de Hematología y Endocrinología) (Cuarta planta pabellón Revilla).

b) Consultas Externas hospitalarias: 3 en el Hospital (consultas de lunes a viernes)
c) Consultas en Ambulatorios (Deusto y Txurdinaga): 2 (diarias, de lunes a jueves) y una en Santutxu-Solokoetxe (jueves).
d) Despachos en ático pabellón Gandarias: 1 del Jefe de Servicio, 3 despachos para médicos adjuntos y 1 sala de trabajo, reuniones, etc.
e) Equipos: microscopio con complementos para estudios con luz polarizada, equipos informáticos, material de proyección, capilaroscopia en consultas externas, dos ecógrafos (uno en consultas externas y otro en ambulatorio de Deusto).



Traumatología

DR. RAMÓN TOVÍO CHUECA

Prólogo

Se me pide que haga una reseña histórica del Servicio de Traumatología y he de hacer notar, que todo lo que relato y opiniones que transcribo pueden estar sujetos a error ya que son recuerdos y opiniones por lo que pido perdón por los datos que no sean plenamente objetivos.

El año 1958 cumplía el Hospital cincuenta años de existencia y en ese año (diciembre de 1958) me incorporé al Servicio de Traumatología I. Ahora en 2008 se van a cumplir los cien años y no puedo por menos que sentir una gran nostalgia porque mi vida profesional se ha desarrollado en él, hasta el año 2003 en que me jubilé.

Estado de la especialidad

Aquella especialidad que según me comentaban en la Universidad era tan fácil que «todo era cuestión de poner un yeso» se había complicado paulatina y constantemente.

Ya en 1963 Müller y Allgöwer en un libro sobre Tratamiento operatorio de las fracturas y en un Manual en 1969 prevenían a los cirujanos de «la necesidad de realizar osteosíntesis con un correcto entrenamiento, condiciones técnicas necesarias de instrumental, de asepsia y control sobre la conducta del personal en la sala de operaciones» defendían la reducción anatómica de los fragmentos, osteosíntesis estable, mantenimiento de la vascularización de los fragmentos óseos y movilización activa precoz e indolora de los músculos y articulaciones.

Se hacían estudios biológicos, biomecánicos y metalúrgicos, se creó un instrumental que se fue mejorando conforme se adquirían nuevos conocimientos experimentales y clínicos. (Asociación Suiza para el Estudio de la Osteosíntesis AO).

Esto representó una revolución en el tratamiento de las fracturas, mejoría de los resultados en las operaciones, de osteotomías en especial, para las artrosis de cadera que eran estabilizadas sin necesidad de recurrir a los yesos permitiendo una mejor recuperación de los pacientes y estancias hospitalarias más cortas.

Otro gran avance fue el que se realizaba sobre la evolución de las prótesis de sustitución de articulaciones. En el Reino Unido, Charnley probaba nuevos materiales para la mejora de la resistencia de los materiales, menor fricción de los elementos de sustitución, utilización de cementos que fijaran los componentes al hueso, prevención de las infecciones que se presentaban con más frecuencia y con resultados catastróficos. Para ello se crearon las cámaras de flujo laminar con aire estéril con lo que descendió el porcentaje de infecciones por debajo del 1%.

La progresión de la especialidad que hasta entonces había sido relativamente lenta experimentó un crecimiento geométrico. Todas las partes que comprende se desarrollaban con gran rapidez; los nuevos conceptos arrastraban distintas técnicas terapéuticas.

En la cirugía de la mano las ideas de Bunnell sobre el «no man's land» y la atención primaria de las lesiones tendinosas eran cuestionadas. En la patología del pie imperaban las ideas de Lelièvre que añadía su «cerclaje fibroso» a la técnica de Keller-Brandes. En 1972 Neer clarificó las ideas sobre la patología del hombro que hasta entonces y desde hacía años seguía las de Codman

Las lesiones congénitas, como la luxación congénita de la cadera era abordada, desde el punto de vista del diagnóstico precoz, de una manera sistemática, sobre todo por las Escuelas Nórdicas, que dieron a conocer los procedimientos diagnósticos y los tratamientos ortopédicos y quirúrgicos.

La escoliosis, hasta entonces tratada con métodos ortopédicos, se empezó a tratar con intervenciones asociadas a la corrección ortopédica, obtenida con tracciones de «hallo-pelvis» y «hallo femoral», y yesos en mesas especiales, como la de Risser y Cotrel. En un principio, se realizaban artrodesis de columna y posteriormente se hacían instrumentadas con Harrington.

La clasificación de los tumores óseos se clarificó gracias a los trabajos de Jaffé y Lichstestein, ya que hasta entonces existía una gran confusión respecto a la clasificación de los sarcomas, por seguir criterios radiológicos en vez de anatomopatológicos.

Situación del Hospital en 1981

Con el advenimiento de la democracia se hicieron cambios importantes en el Hospital Y se iniciaron obras de remodelación en todo el Centro.

En 1980 el Dr. Escudero dejó vacante la plaza de Jefe de Servicio, al trasladarse a Mérida como Jefe del Servicio de Traumatología de la Seguridad Social. Tras un Concurso-Oposición restringido, fui Jefe del Servicio de Traumatología en 1981.

El cambio experimentado en el Hospital se había traducido en un aumento de la plantilla de médicos, existían dos Residentes por curso, es decir, diez médicos en formación además de los Médicos Adjuntos.

Desde el comienzo comprendí que para que nuestro Servicio funcionara bien, debía conseguir que hubiera grupos especializados en determinadas patologías a la vez que interesados en una zona concreta de la patología, dotados con suficiente destreza y rapidez e impulsados por la formación teórica para la solución de los problemas.

El Dr. Escudero había iniciado el uso de las prótesis totales siguiendo las enseñanzas de Sir Charnley, pero los resultados iniciales le habían decepcionado y pensó que no era el camino que debía seguir. Continuó tratando de mejorar los resultados de las osteotomías tanto de caderas como de rodillas fundamentalmente.

Al hacerme cargo del Servicio consideré que debíamos insistir por el camino de las prótesis que se estaba imponiendo en el mundo. La mejora de los resultados fue debida al cambio de los quirófanos al Pabellón Macua, las medidas

de asepsia que se impusieron, que afectaron a la esterilización, la limpieza de quirófanos, las medidas acerca de la circulación de los pacientes y del personal, la profilaxis antibiótica con la ayuda del Servicio de Bacteriología (Dr. Cisterna), la colaboración del Servicio de Infecciosas (Drs. Santamaría y Baraya) y el entusiasmo de todos los miembros del Servicio, tanto Médicos como Enfermeras, Auxiliares y cuantas personas que intervinieron en este proceso.

Creación de las «unidades funcionales» (secciones)

Comencé por las prótesis de cadera hasta que conseguimos sistematizar desde la incisión hasta los modelos de prótesis, rebajar el tiempo de operación y reducir las complicaciones. Los resultados fueron buenos y así han seguido hasta ahora.

De las prótesis cementadas pasamos a las no cementadas; de la vía con sección de trocánter, a la vía antero-lateral (HARDINGE); de la posición en decúbito supino, a la posición lateral que nos permitía operar mejor a los pacientes, muy frecuentemente obesos. (Drs. Uriarte y Elguezabal. Urizar y Mediavilla)

Las prótesis de rodilla tuvieron al comienzo «mala prensa» mientras se intentaron las prótesis de bisagra por no tener en cuenta que el movimiento de la rodilla es un compuesto de flexo-extensión más rotación interna y externa respectivamente.

Gracias a los trabajos de Freeman y otros, se ensayaron las prótesis llamadas de «resurfacing» con lo que se abrió el campo de las sustituciones protésicas de la rodilla. Este fue nuestro segundo paso para crear lo que llamaba las «Unidades Funcionales», ya que la falta de dotación de plazas de Jefes de Sección me impedía llamarlas así. (Drs. Gutierrez Rivas, Laidler, y García Melgosa)

A la vez que con la cirugía protésica se comenzó con la artroscopia cuyo futuro en la cirugía no invasiva era poco claro, ya que exigía mucha dedicación para dominar la técnica, sobre todo para los cirujanos entrenados en la cirugía tradicional. Hoy día, la cirugía no invasiva «invade» los campos de toda la cirugía y en nuestra especialidad igualmente, como no podía ser menos. (Drs. Arenaza y Anduiza)

La cirugía de la columna ya progresaba. Sobre todo desde el uso de la cirugía instrumentada. Los trabajos de Roy Camille estudiando la anatomía de las vértebras facilitaron la introducción de los tornillos a través de los pedículos. Esto cambió la efectividad de los sistemas de fijación

de las vértebras y cambiaron los resultados de la cirugía de columna. A la vez, los conceptos de tratamiento de las curvas de la escoliosis cambiaban al tener en cuenta las desviaciones sagitales y coronales.

Hubo que pasar un tiempo de aprendizaje para coger experiencia en la fijación transpedicular y en manejar los distintos sistemas de barras y placas que invadieron el mercado. Hoy día, en el Hospital, se realiza una cirugía de columna al mejor nivel si tenemos en cuenta que se partió de cero, cuando ya estaba desarrollada en otros Centros. (Drs. Díaz Atauri y Pilar Pérez Lafuente (fallecida) y después Belloso, Alvarez Irusteta y Larrea)

La cirugía de mano también fue objetivo nuestro desde los años setenta y se creó también la correspondiente «unidad». La muñeca, sobre todo en materia de inestabilidades, es uno de los capítulos de mas difícil diagnóstico y tratamiento. Las fracturas de muñeca han pasado de ser unas lesiones a las que se atribuía unos resultados benignos, a uno de los procesos más difíciles de tratar con buenos resultados (Drs. Sobrino y Lobato).

Como en todos los aspectos de la especialidad dedicamos otra «Unidad» para la patología del pie. Por su frecuencia destacan los cambios existentes en cuanto a conceptos sobre la efectividad de los métodos de tratamiento de la patología del antepié. En el hallux valgus la técnica de «scarf» para la osteotomía del primer metatarsiano y la de Weil para los radios centrales. Los procesos degenerativos se siguen tratando fundamentalmente con artrodesis en el retropié y se realizan artroplastias en la tibioperoneo-astragalina que tropiezan con la limitada movilidad que consiguieren a cambio de sacrificar mucha materia ósea y dejan el problema de las reintervenciones muy difícil. Según Kitaoka y Patzerde, la Clínica mayo encontraron una tasa de complicaciones del 12% y una tasa de cirugía de revisión del 41%. Los resultados de las artroplastias de tobillo varían según los autores. La articulación es superficial, con poca cobertura cutánea, y el porcentaje de revisiones es alto, si se compara con las de rodilla o cadera.

El avance de la artroscopia ha alcanzado a la articulación del tobillo y hoy día se solucionan con cirugía no invasiva problemas de bloqueo de la articulación, osteocondritis y se realizan artrodesis de la tibio-astragalina (Drs. Gabiola y Senz).

La unidad de hombro se creó como consecuencia del incremento de la patología al aumentar la edad media de los pacientes con fracturas complejas de la extremidad proximal del húmero, donde la osteoporosis de la zona dificulta su tratamiento. La utilización de nuevos métodos de osteosíntesis y de las prótesis bien parciales o totales, han solucionado muchos problemas que hasta ahora no se corre-

gían adecuadamente. La idea dominante hasta hace pocos años, en nuestro medio, era la del tratamiento ortopédico a ultranza y hemos tenido que luchar para que se aceptase por parte de la población.

Ya había inquietado el tratamiento de las lesiones «post-partum», parálisis braquiales en adultos e infantiles y se trataban anteriormente, pero mejoraron los resultados con nuevos usos fisioterápicos y ortopédicos.

En cuanto a la patología del manguito de los rotadores se había profundizado en su conocimiento gracias a las ideas de Neer y como en todas las patologías la cirugía no invasiva está ganando adeptos; cada día aparecen nuevos sistemas para corregir los procesos. por medios artroscópicos (Drs. Silió y M.^a Eugenia Tovió).

Los tumores óseos también fueron objeto de mis preocupaciones porque, en primer lugar, estos tumores «son muy agresivos, ocurren en jóvenes, son completamente distintos a los procesos que tratamos, son difíciles de diagnosticar y nacen de todos los tejidos que están presentes en el hueso y sus tejidos próximos» (Mankin).

Se estableció la colaboración necesaria con el Servicio de Oncología para aplicar el protocolo admitido para el tratamiento de cada tipo de tumor. Los pocos casos que he tratado me animaron a proseguir por ese camino. No es momento de recordar los motivos por los que no se siguió con este apartado de la patología y se tomó el acuerdo de derivar los casos a Servicios con más casuística. Considero que se debería insistir por ese camino en un futuro.

Otro de mis objetivos ha sido la ortopedia infantil El Dr. Monasterio alcanzo la plaza merced a la única plaza de Jefe de Sección convocada por Oposición.

Al determinarse por Osakidetza, el cierre del Hospital de Górliz, el personal que allí desempeñaba labores quirúrgicas fue trasferido a Cruces y a Basurto. De esta manera pasaron a integrarse en el Servicio los Drs. Vitoria, Izquierdo, Aspichueta (fallecido) y Díaz Sarabia. Todos ellos prefirieron seguir ocupándose de la patología infantil que es la que habían atendido hasta entonces en Górliz (El Dr. Izquierdo tras un paso por la Residencia de Txagorritxu se integró de una forma completa al Servicio de Traumatología del Hospital de Galdakao).

Desde que me hice cargo del Servicio, antes el Dr. Escudero, se atendía la patología infantil, sobre todo las deformidades congénitas de los pies, la luxación congénita de la caderas, las deformidades de las extremidades inferiores, el tortícolis congénito y las secuelas de la poliomielitis que, desde el descubrimiento de la vacuna, cada vez eran menores. (Dr. Monasterio y los médicos traspasados de Górliz).

He tenido la oportunidad de crear e impulsar todas estas Secciones desde sus comienzos, con la ayuda de los com-

ponentes del Servicio quienes a lo largo de los años han sabido desarrollarlas con brillantez, motivo de satisfacción y orgullo para mí.

La cirugía de revisión de las prótesis y, posteriormente, la necesidad de disponer de injertos crioconservados (aloinjertos) me llevó a crear el Banco de huesos que se llevó a cabo con los protocolos establecidos en todo el mundo. He de señalar la labor de los componentes de la Sección de Cadera, con el Dr.Uriarte y la Dra.Elguetzabal, quienes se encargaron de proveer de cabezas femorales y de llevar la organización del mismo, hasta que Osakidetza decidió centralizar el Servicio de Transplantes en el Hospital de Galdakao.

El año 1976 obtuve por Oposición la plaza de Médico Especialista en propiedad de la Seguridad Social plaza que desempeñé durante algunos años.

Desde el año 1986 merced a la colaboración del Hospital con la Universidad fui nombrado Profesor Asociado de Patología Quirúrgica, plaza que desempeñé hasta el año 2002.

Otro aspecto importante de la traumatología son las Urgencias. Una consecuencia de la falta de presupuestos que ha padecido el Hospital ha sido la insuficiencia de quirófanos que permitan una asistencia diferenciada de aquellos casos urgentes, de los considerados como planificación programada. Los órganos rectores son conscientes de esta insuficiencia y estoy seguro de que se corregirá.

Como se desprende de lo que he relatado anteriormente, el trabajo de iniciar las diferentes subespecialidades ha absorbido la mayor parte de mi total dedicación a la labor llamada asistencial, soportada por el estudio correspondiente de las patologías, el dominio suficiente de la técnica quirúrgica y diagnóstica, el conocimiento de las complicaciones y sus soluciones.

Desde el comienzo establecí las sesiones clínicas matutinas cada día, a primera hora con el fin de establecer criterios diagnósticos y terapéuticos sobre aquellos casos que se habían visto o tratados en Urgencias.

En las sesiones de los viernes, se consideraba el trabajo semanal realizado y se planeaba el de la semana siguiente, amén de las revisiones bibliográficas y del estudio de los casos juzgados interesantes o difíciles. Desgraciadamente estas sesiones fueron estimadas, por algún Director como un impedimento para rendir más en el trabajo asistencial y fueron suspendidas.

El Servicio que había comenzado con dos Profesionales y dos Residentes alcanzaba el número de 28 componentes. Disponía de 9 quirófanos semanales, más los de Urgencias, en número variables.

Las consultas diarias se desarrollaban en siete despachos que funcionaban desde las primeras horas de la

mañana hasta las tres de la tarde. Existen tres secretarías para todo el Servicio, ninguna asignada a un médico en concreto.

Su labor es extraordinaria y son M.^a Asunción Beraza, Consuelo Fominaya y Marian Longarte que contaban con la ayuda de dos Auxiliares, cuyo cometido era llamar a los pacientes por orden y «colocar» la historia sobre la mesa del despacho correspondiente. Los médicos debíamos poner la historia en orden para poder ver al enfermo, sin ningún tipo de ayuda y eso retrasaba el desarrollo de la consulta. Posteriormente se aumentó el número de Auxiliares así como el de los AT.S. que realizan curas y yesos (D. Ángel Ojanguren ha sido el único durante muchos años al que posteriormente se añadieron dos más, de los que el actual ATS, D. José Luís Rodríguez, es el continuador). Últimamente se realizaban intervenciones vespertinas para poder mejorar la lista de espera.

Situación del hospital en los últimos años

El Hospital, desde que fue integrado en Osakidetza, ha seguido un proceso de modernización que ha permitido los logros alcanzados. Esto ha llevado a una ampliación de los Servicios Rectores con informatización de todo el Hospital que todavía no había alcanzado toda su plenitud. el año 2003.

Creo indispensable aumentar la plantilla de secretarías para que el médico pueda dedicarse exclusivamente a las tareas que le competen. De lo contrario el médico se siente infravalorado y desmotivado.

En estos años desde que me hice cargo del Servicio mi trabajo se concentró en lo que para mí es lo esencial de un servicio que es lo asistencial y sabemos que la docencia y la investigación también

La docencia se centró sobre todo en la formación de los residentes y en las clases teóricas y prácticas en la Universidad, como Profesor asociado de patología quirúrgica.

Había observado que las plazas de Facultativos de Ambulatorios quedaban amortizadas y el trabajo se incrementaba en el Hospital de una manera exponencial. Este aumento de demanda no se correspondía con un aumento de plantilla y ni tan siquiera los Residentes formados en el Servicio se podían integrar en él. Esta falta de posibilidades futuras influía en el ánimo de no sólo en los residentes sino también en la plantilla de Adjuntos que veía pasar los años sin esperanzas futuras de progreso.

La jerarquización

No recuerdo si se me consultó alguna vez pero lo que sí recuerdo que se dió por descontado que yo era enemigo de la llamada «jerarquización». Este punto era totalmente falso. Yo no era partidario de hacer salir a los médicos a pasar consulta en los Ambulatorios, hasta que la plantilla no fuera ampliada suficientemente.

La «jerarquización», a pesar de lo dicho, intenté asumirla con la colaboración de todo el Servicio, pero mi propuesta no fue admitida por aquellos médicos que creían poderse negar pero sí admitida por otros. Esto dividió un poco la unidad del Servicio y erosionó mi autoridad que, hasta entonces, creo que estaba admitida.

Los médicos que tenían que ir a los Ambulatorios pasaron a operar en otros Centros, a la vez que la responsabilidad oficial de lo que allí pasase recaía en mí Servicio. Las exigencias de la Dirección sobre la aportación de datos eran continuas y mi criterio sobre lo que debía ser un Jefe de Servicio no coincidía con el suyo.

Tengo que afirmar que las distintas direcciones del Hospital han tenido un comportamiento ejemplar, en general. Considero un honor haber «vivido» cuarenta y cinco años, ligado al devenir del Hospital que hace, como distintivo, que

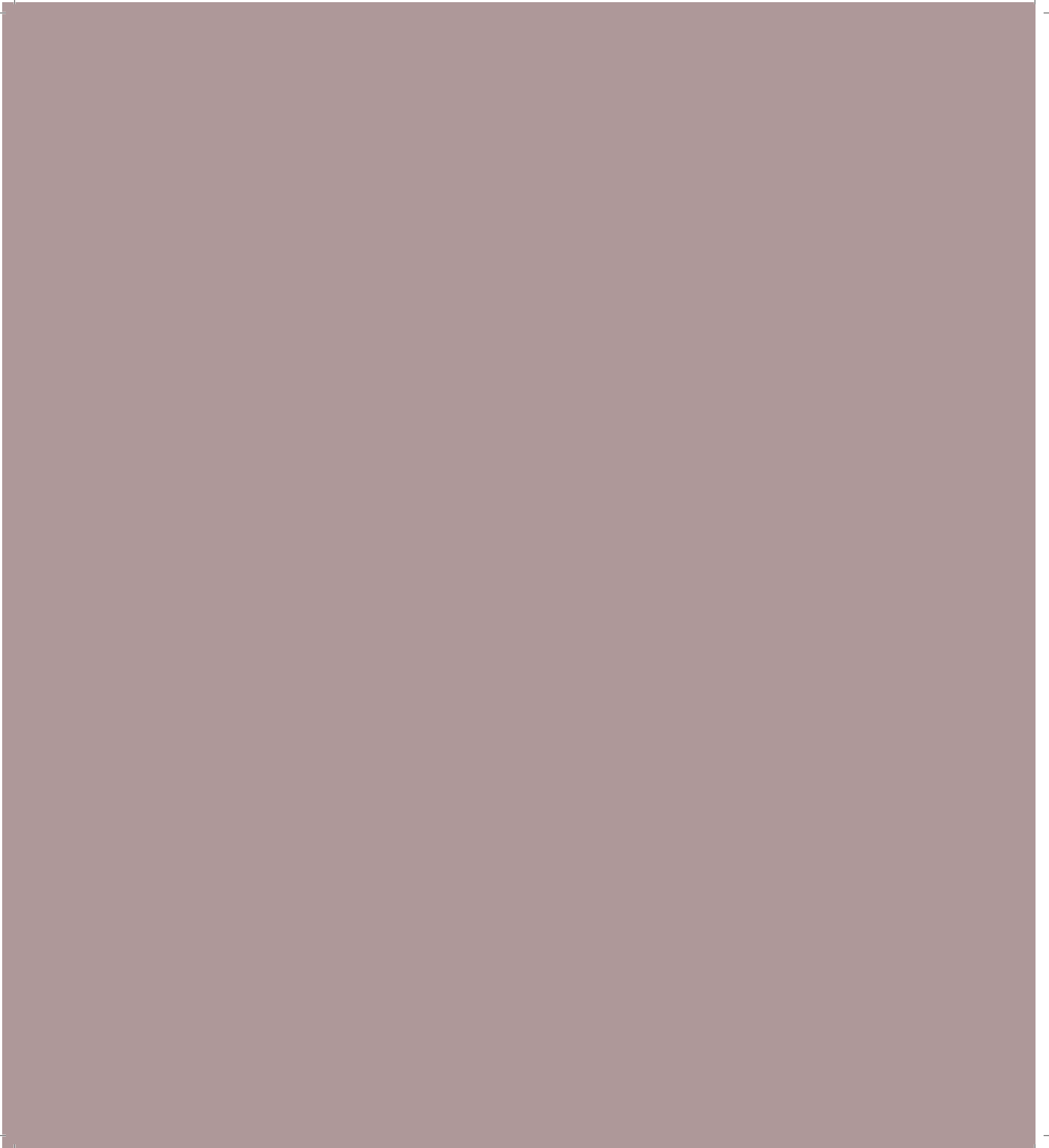
todos los que hemos trabajado en él lo queramos como si fuera nuestro y sintamos un espíritu de «familia» sabedores de la singularidad que posee.

Doctorados:

He de resaltar que durante estos años ha habido cuatro Médicos del Servicio que han obtenido el Título de Doctor.

Son los siguientes:

- Dr. D. Carlos Arenaza con la Tesis: «Eficacia diagnóstica de la RNM frente a la artroscopia en las afecciones de rodilla».
- Dr. D. Félix Silió Ochandiano con la Tesis: «Eficacia diagnóstica de la RNM y la exploración clínica en las lesiones del manguito rotador y el labrum glenoideo del hombro»: Apto «cum laude» (28-2-1997).
- Dr. D. Ignacio Mediavilla Arza con la Tesis: «Valoración objetiva de la cirugía reconstructiva del LCA»: Apto «cum laude» (26-11-2001).
- Dr. D. Hussein Issa Kaal con la Tesis «tratamiento de la fractura proximal del fémur con el clavo Gamma»: Apto «cum laude» (26-11-2001).



Urgencias

MIKEL MARTÍNEZ ORTIZ DE ZÁRATE

Durante muchos años el Hospital de Basurto ha dispuesto de un Servicio de Urgencias precario en espacio pero con una actividad asistencial destacada. Esto dio lugar a un proyecto de Servicio de Urgencias, acorde con las circunstancias del momento y que se inauguró el 11 de diciembre de 1991.

El Servicio de Urgencias, coloquialmente llamado Cuarto de Socorro, estaba ubicado a la entrada del Hospital, tenía una pequeña dotación de boxes, yesos, boxes de Psiquiatría y un Box de Graves. Además contaba con una dotación administrativa, asistencia social y celadores (vease foto a pie de página).

Al final de los años 80, el número de atenciones superaba las 80.000 al año, lo que suponía más de 220 urgencias al día, con un índice de ingresos del 22%. El Servicio no disponía de plantilla médica propia, sino que los distintos Servicios del Hospital participaban en la atención urgente de forma periódica. En los últimos años se inició la cobertura progresiva de puestos con médicos dedicados exclusivamente a atender los pacientes que acudían al Servicio de Urgencias.

A final de 1990 y después de diversas circunstancias se dotó de una Jefatura de Servicio que liderase la organización y puesta en marcha del nuevo Servicio.

La apertura del nuevo Servicio supuso ya en sí mismo, un aumento del número de atenciones, que en el año 1992 se aproximó a las 95.000. Las instalaciones superan los 2.000 m², repartidos en dos plantas asistenciales, además de las plantas de servicios comunes, radiología y laboratorio.

Se inició con una plantilla médica propia y se adecuó la plantilla del personal no médico, en una estructura dividida en diversas áreas asistenciales y a distintos nive-

les. El comienzo resultó realmente convulso, por los cambios estructurales y organizativos que ponían en marcha un nuevo sistema de funcionamiento con áreas funcionales de Triage, Ambulatorio, Boxes, Observación, Rx, Ecografía, Endoscopia y Quirófanos. Por otra parte, necesitó un tiempo de adecuación con los Servicios, que yo no participaban directamente en la atención de los pacientes urgentes. Después de los primeros años, se editó un Plan funcional que recogía y sintetizaba todos los circuitos y sistemática del nuevo Servicio.

De forma progresiva, el número de atenciones ha ido en aumento, superando en el año en curso las 145.000 atenciones. Desde el inicio, se han producido dos reformas-ampliaciones con la inclusión de las Urgencias de Pediatría y la adecuación constante a las circunstancias y número de atenciones. En el momento actual, estamos ante una nueva ampliación que pretende separar definitivamente el área



◀ Cuarto de socorro

Nuevo pabellón de
urgencias ▶

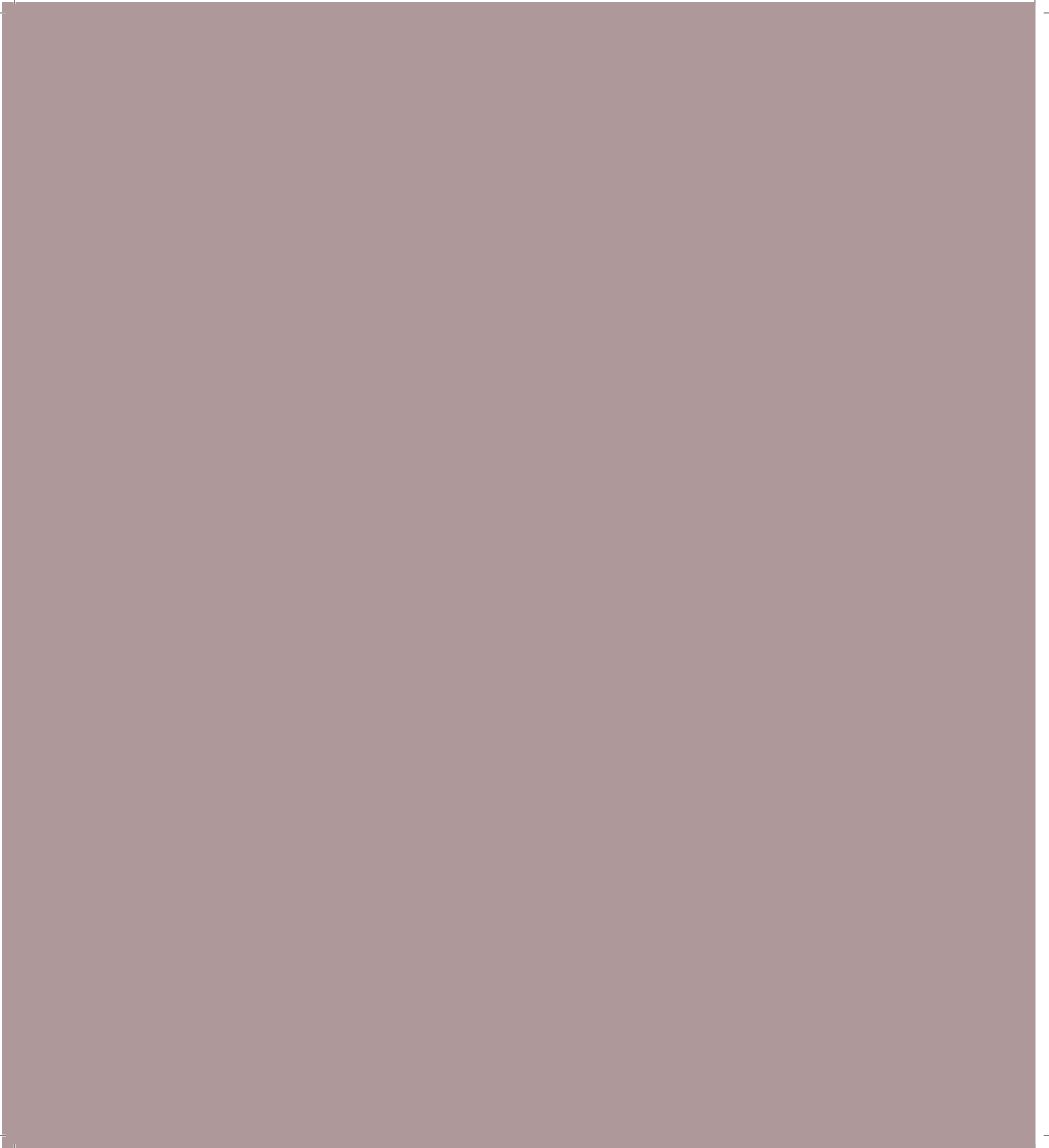


Ambulatoria del resto de las áreas asistenciales, para dar mayor agilidad a la atención de los pacientes.

Desde 2005, se ha introducido una nueva herramienta que es el Puesto Clínico Hospitalario (PCH), que pretende ser el complemento temporal y sustituir definitivamente al histórico MAPPER y que aporta grandes ventajas respecto a sistemas previos adaptándose a los nuevos tiempos.

En aspectos no asistenciales, el Servicio participa en el programa docentes con Cursos de Residentes, así como, cursos de Resucitación Cardiopulmonar y Talleres de Trauma. También participa de la Docencia Pre-Grado dentro del Departamento de Medicina, tanto en la Patología Médica como en la Medicina de Urgencias. Además, imparte junto con el Departamento de Inmunología, Microbiología y Parasitología, un Curso de Doctorado anual

En resumen, nos vamos adecuando a las nuevas necesidades de la sociedad y dejaremos paso a un nuevo Servicio de Urgencias, que ya está siendo diseñado y que supondrá un nuevo salto en el mundo de la asistencia sanitaria, en estos tiempos en los que todo avanza de una forma tan acelerada.



Urología

DRS. NICOLAS FLORES, JOSE RAMÓN LARRINAGA, CARMEN ZUBIAUR

Como se ha citado en capítulos anteriores, el Servicio de Urología del Hospital de Basurto se fundó en los últimos años de la época Areilza como una transformación del servicio de Cirugía General 3.º, que hasta el momento estaba confiado al Dr. Francisco Pérez Andrés, quien fue su primer responsable.

Periodo 1952-1982

Este periodo abarca la Jefatura de Urología del doctor Julio Pérez Irezabal.

En la etapa del internado de los Dres Enrique Sanchez Cortes y Nicolás Flores, la residencia de los médicos internos estaba en el actual edificio destinado a pabellón de gobierno y administración. Los internos veteranos ocupaban el ala derecha el llamado 280 (por el n.º de teléfono) y allí vivían junto a Sanchez Cortes, Antonio Villanueva, Ramón Tobio, Pepe Arias, Jose Maria Pajares y Luis Alonso (fallecido) entre otros.

En cambio los internos nuevos ocupaban el ala izquierda, el llamado 290 y allí vivían junto a Nicolas Flores, Guillermo Barrallo, Cesar Prieto, Fermin Fernandez Cano, Juan Serra, Diaz de Aauri (fallecido), Luis Fraile (fallecido), etc... Como anécdota puedo referir que la habitación ocupada por el Dr. Nicolas Flores, sirve en la actualidad de despacho del Jefe de Personal y su secretaria.

Los médicos Internos aunque tenían «pensión completa» en el hospital no percibían remuneración alguna y fue a partir de 1960 cuando se les asignó una gratificación mensual de 500 pesetas.

Otros médicos que han hecho la especialidad en este periodo son los siguientes: Modesto Marin (fallecido) (Jefe de equipo quirúrgico en ambulatorio de la seguridad social de Deusto), Alberto Saracibar (J.E.Q en ambulatorio de Vitoria), Antonio Perez Garcia (J.E.Q en ambulatorio de Dr. Areilza), Carmelo Hoyos Fito (Jefe del Servicio de Urología del Hospital de Avila), Mariano Gutierrez Amorrortu (J.E.Q en ambulatorio de Deusto), Juan Carlos Perez-Irezabal (Hijo de don Julio, J.E.Q en el ambulatorio de Rekalde), Carlos Soto Arranz, procedente del Servicio de Urología del Hospital Clínico Universitario de San Carlos, se incorpora como médico adjunto en 1978. Jose Ramon Larrinaga, en la actualidad médico adjunto y Miguel Unda Urzaiz, actual Jefe de Servicio.

Ubicación del Servicio y Equipamiento

La hospitalización de los enfermos estaba en el pabellón Iturrizar. En la planta baja, a la derecha había una amplia sala con dos filas de camas. La fila de la derecha, de hombres de Cirugía (Servicio del Dr. Garcia Alonso) y la fila de la izquierda para hombres de Urología. Destacar que entre ellos había «dos enfermos crónicos» que ocupaban una habitación de dos camas y vivían en el hospital. (en aquella época no había nacido el concepto de estancia media): Julian, monorroño y con litiasis coraliforme, trabajaba sin remuneración alguna como técnico de radiología y Antonio, a quien el Dr. Puigvert en el año 1959 había venido para hacerle una colostoplastia por pequeña vejiga tubercu-

losa, trabajaba de carpintero para todo el hospital y posteriormente fue Jefe de un equipo, alguno de cuyos componentes trabajan actualmente en el hospital.

Esta hospitalización de hombres estaba al cuidado de una monja de la caridad, Sor Nemesia («Navarrica») quien en todo momento derrochaba dulzura y cariño tanto a los enfermos como al personal sanitario.

En esta planta había un solo despacho, para Don Julio, en la que los médicos nos acomodábamos como hábilmente podíamos y en frente una habitación donde las enfermeras preparaban la medicación. Subiendo por una amplia escalera se llegaba a la primera planta destinada a hospitalización de mujeres (en número muy inferior al de hombres) también en la fila de la izquierda. Otra monja de la caridad, Sor Felisa (de Azpeitia) era la responsable, muy eficiente y cariñosa pero exigente hasta con Don Julio sobre todo a la hora de la visita médica diaria.

Por último hay que citar el Sótano de Iturrizar, aquí se pasaba la consulta, no siempre con «cita previa» y se hacían las cistoscopias y las urografías. Para ello disponíamos de una «mesa urológica» que nos permitía realizar ambas funciones. Las cistoscopias que inicialmente permitían la visión gracias a una pila en forma de petaca ubicada en el bolso de la parte superior izquierda de la bata del médico, se guardaban en cajas metálicas o estufas con bandejas para los diversos componentes del cistoscopio encomendándose la esterilización a la «acción bactericida» que emitían los vapores de las pastillas de formalina.

Las urografías nunca se hacían en el servicio central de rayos sino en el sótano de Iturrizar. La placa simple siempre que hubiera indicación clínica se hacía después de pasar visita. Las urografías de un día para otro realizadas por el A.T.S. del servicio Eduardo Bueno. Con un modesto aparato de Rayos nos hacía unas excelentes radiografías. Lo primero que Eduardo hacía en la sala, antes de pasar visita médica, era la cura diaria de los enfermos operados, acompañando a los médicos que liderados por Don Julio pasábamos la visita dándonos las novedades. Otra cualidad a destacar en Eduardo era su habilidad para sondear enfermos difíciles.

La secretaria del Servicio era Conchi Cearra, encargada de los informes médicos organización de la consulta, partes de quirófano etc... En lo que se refiere al personal de enfermería en la época de Don Julio contábamos con una enfermera específica y exclusiva para Urología. Ella era la responsable directa de las diversas actividades del servicio: Visita médica, consulta, exploraciones radiológicas y endoscópicas y quirófano, actuando como instrumentista. Sin su presencia no se hacía ninguna intervención quirúrgica programada. Esta magnífica labor fue desempeñada a la perfección primero por Fabiola Zabala (hoy esposa del Jefe de

cirugía Dr. Gomez Palacios) y después por Katali Belausteguigoitia, esposa que fue del Dr. Javier Bergara (fallecido) quién fue Director General de Osakidetza.

Las intervenciones quirúrgicas programadas se hacían los martes y viernes en el pabellón Dr. Areilza. Las urgencias a cargo de los médicos Internos puesto que vivíamos en el Hospital y cuando era necesario llamábamos al ayudante del servicio Dr. Sanchez Ruiz.

Las monjas de la caridad encargadas de los cuatro quirófanos del Pabellón Areilza eran Sor Asunción y Sor Margarita. Eran las responsables de las cajas de instrumental, suturas y de la reutilización y esterilización de los guantes. Eran años difíciles y el tirar a la basura una sonda, unos guantes, había que pensarlo dos veces. Por esto una vez finalizada la intervención se lavaban los guantes, se secaban en una amplia mesa de mármol que había en la primera planta, se echaban polvos de talco y se esterilizaban en el autoclave.

Hay que mencionar la excelente labor que en quirófano hacían y siguen haciendo en la actualidad los técnicos de quirófano Delfín e Ignacio. Su amplia experiencia y buen carácter nos permitía operar con comodidad: lámpara de quirófano, enfocando el campo quirúrgico, buen funcionamiento del aspirador y bisturí eléctrico, provisión de suturas necesarias en cada tiempo quirúrgico etc...

Periodo 1982-2005

Durante estos años la Jefatura del Servicio está regida por el doctor don Nicolas Flores Corral.

En el B.O. del Señorío de Vizcaya de fecha 24 de mayo de 1982, el Santo Hospital Civil de Bilbao convoca concurso oposición para provisión de plazas en propiedad de varios servicios, entre ellos la plaza de Jefe de Servicio de Urología. Firma la convocatoria el Director Médico Josefa Ibarria.

El tribunal se constituye con los siguientes miembros.

Dr. Joseba Ibarria. Director Médico.

Dr. Carlos Soto Arranz. Representante del Colegio de Médicos.

Dr. Juan Sabas Olabarria. Representante de los Jefes de Servicio del Hospital.

Dr. Fernando Cabrera Martinez. Representante médico de la Comisión gestora

Dr. Carlos Bernuy Malfaz. Representante de Sanidad el Gobierno Vasco.

Profesor Dr. Luis Manuel y Pinies. Jefe de servicio más antiguo.

Celebrada la oposición el 25 de junio de 1982 obtiene la plaza de Jefe de Servicio de Urología el Dr. Nicolas Flores Corral. El nombramiento dice textualmente: «*La Comisión gestora en sesión celebrada el día 14 de julio de 1982, vista la propuesta del tribunal calificador del concurso-oposición ha acordado designar a Vd Jefe de Servicio en propiedad del Servicio de Urología de este Santo Hospital Civil de Bilbao. El presidente de la comisión gestora. Fdo: Jon Mirena Bittor Castañares. Alcalde de Bilbao*».

Escrito dirigido al Dr. Nicolas Flores Corral.

El Dr. Nicolas Flores nace en Salamanca el 18 de abril de 1935. Estudios de Licenciatura en la Facultad de Medicina de dicha ciudad con la calificación de sobresaliente. Siendo alumno interno por oposición en el Hospital, inicia sus contactos con la urología al asistir al servicio del Profesor Montero.

Ha trabajado en el hospital de Basurto durante 45 años, desde enero de 1960 hasta su jubilación en abril del 2005 sin que conste en su ficha «ninguna baja laboral».

Ha pasado por las sucesivas etapas de:

Médico Interno Becario del Servicio de Urología (1960-1963) obteniendo el título de especialista por la universidad de Valladolid.

Por concurso oposición, médico Adjunto del Servicio de Urología («antiguos ayudantes») (1965-1976). Esta carga llevaba implícito y así consta en el nombramiento, el de cirujano Jefe de guardia en el servicio de urgencias del Hospital.

Por concurso oposición Jefe de Sección del Servicio de Urología (1976-1982).

Por concurso oposición Jefe del Servicio de Urología (1982-2005) como antes hemos referido.

Su formación urológica ha sido con el Dr. Perez Irezabal, quien ha sido su jefe maestro y amigo. La ha completado asistiendo a los cursos de urología de la Fundación Puigvert (Dr. Sole Balcells), Hospital clínico de Barcelona (Dr. Jose Maria Gil Vernet) y a los cursos anuales del hospital La Paz de Madrid dirigidos por su amigo el Dr. Martinez Piñeiro. También con frecuentes visitas al Servicio del Profesor Michel Leguillou en el Hospital le Trípode De Burdeos.

En estos cursos de urología, en unas sesiones maratónicas, se hacía cirugía en directo a cargo de figuras nacionales e internacionales y se aprendía nuevas técnicas para después ponerlas en practica en el Hospital de Basurto.

Durante el periodo de 23 años que ha desempeñado la Jefatura de Servicio se ha potenciado las siguientes parcelas de la cirugía urológica.

A. Reconstructiva y reparadora

- Reflujo vesicoureteral (técnicas de Leadbetter-Politano, Cohen, Gil Vernet)

- Yatrogenia ureteral de origen obstetrico ginecológico (Reimplante con montaje antireflujo, vejiga psicoica, operación de Boari-Cassati-Gil Vernet)

- Estenosis uretrales sobre todo las postraumáticas, con la uretroplastia término terminal.

B. Cirugía oncológica:

En el Ca renal: Se inicia la vía transperitoneal (vía media o subcostal hemi Chevron) cumpliendo así los mejores criterios de cirugía radical oncológica.

- En el Ca vesical infiltrante se inicia la practica de Cistectomia Radical (La primera se realiza en julio de 1981) con derivación urinaria. Casi siempre se emplea la técnica de Bricker Wallace II y a partir de los 90, con frecuencia, la substitución vesical ortotópica de Hautman (técnica aprendida por el Dr. Javier Angulo durante su estancia becada en Detroit (Servicio del Dr. Edmon Pontes). En este apartado de cistectomia el Servicio de urología expresa su agradecimiento al Dr. Juan Sabas, Jefe de Servicio de Cirugía del aparato digestivo, por su colaboración y enseñanza en el manejo de segmentos intestinales aislados necesarios para la derivación urinaria.

- En el Cáncer de próstata, a partir de los 90, se comienza la práctica de la prostatectomía radical, llegandose a realizar hasta dos intervenciones semanales, dada la alta incidencia de esta neoplasia en la comunidad autónoma vasca. Es el primero de los cánceres urológicos seguido de cerca por el Carcinoma vesical.

La actividad científica del Dr. Flores es amplísima. Destacamos lo mas importante:

A. Organizador y director de las siguientes Jornadas internacionales desarrolladas en el hospital:

1. Neoplasias urogenitales, en colaboración con el profesor Negueruela (fallecido en marzo 1984).
2. Infecciones urinarias en colaboración con el Profesor Cisterna (abril 1986).
3. Actualización diagnóstica y terapéutica del cancer de próstata (junio 1991).
4. IV Jornadas de Cirugía urológica del País Vasco y centenario del Hospital de Basurto (junio 1998). Durante dos días se hizo cirugía en directo a cargo de figuras nacionales e internacionales, retransmitida a la Escuela superior de ingenieria (sede de las jornadas).

B. Coautor de dos libros de Texto:

- Tratado de Urología (I y II ediciones) (Dr. F Jiménez Cruz y Dr. L.A. Rioja Sanz).
- Cancer de vejiga. Historia natural. Biología y terapéutica (Dr. Angulo y Dr. Berenguer). En la dedicatoria

ria de este libro mi amigo y discípulo Javier Angulo escribe lo siguiente: Esta obra está dedicada a todos los pacientes que han sufrido, los que sufren y a los que sufrirán esta terrible enfermedad. También es un homenaje a los médicos y científicos que han dedicado su esfuerzo a combatir el cancer de vejiga con rigor y buena praxis y muy especialmente a Nicolas Flores Corral por una larga vida profesional llena de éxito y humanidad.

C. Autor y coautor de numerosas comunicaciones a congresos y de más de 150 publicaciones en Revistas científicas nacionales e internacionales. En la monografía «Una década de la Urología española, en la bibliografía internacional 1989-1999» (Editor F. Jiménez Cruz), el Dr. Flores es coautor de 7 trabajos (6 sobre cancer de vejiga y 1 sobre hipertrofia benigna de próstata) que figuran publicados en el J. Urol 1994, Br.J. Urol 1994, J.Urol 1995, Eur Urol 1995, J. Urol 1996 Urology 1997 y Eur Urol. 1998.

D. Partícipe en varios ensayos clínicos multicéntricos internacionales.

E. Otros cargos desempeñados por el Dr. Flores:

- Presidente del LIII Congreso Nacional de Urología. Bilbao 12-15 junio de 1988. Se impone la medalla Francisco Diaz al profesor J.P. Blandy de la Universidad de Londres.
- Presidente de la regional norte de la A.E.U. (Asturias, Cantabria, País vasco y La Rioja).
- Vocal nacional de la A.E.U.
- Miembro del comité editorial de la Revista Archivos Españoles de Urología.
- Vicepresidente del LXX Congreso Nacional de Urología. Donostia- San Sebastián, 4-7 de junio 2005.
- Miembro de la Sociedad Española, Europea e Internacional de urología.

F. Premios recibidos:

- Premio al mejor poster «Manifestaciones nefrourológicas del Sida». Congreso Iberoamericano de Urología. Madrid agosto 1992.
- Premios «Perez Castro» por la publicación en Archivos Españoles de Urología «La predicción de pronóstico en pacientes con carcinoma de células transicionales de vejiga urinaria» Año 1996 Primer autor Dr. Javier Angulo.
- Primer premio a la mejor comunicación oral «Inmunoprofilaxis con BCG, de recidiva de los tumores vesicales superficiales». Congreso de la Sociedad Europea de Urología. Estocolmo. abril 1999. Primer autor Dr. Martinez Piñeiro.

Medicos de Urologia en este periodo

En 1982 los facultativos del Servicio son los siguientes:

Dres Flores, Soto, Larrinaga y Unda y como médicos internos Aurelio Jorge, (en la actualidad médico adjunto en el Hospital de Galdakano) Ricardo Arregui (Klinik Für Hospital Frechen. Alemania) y la recién incorporada Médico Interno Carmen Zubiaur. El Dr. Carlos de Soto ; Jefe de sección, fallece en marzo de 1989.

Desde 1954 el Servicio de Urología tiene acreditación docente como Escuela de especialización medica para la formación de postgraduados. Los médicos internos residentes que durante 5 años, han hecho la especialidad son los siguientes: Además de Aurelio Jorge, Ricardo Arregui y Carmen Zubiaur, figuran Nemesio Prieto, Amparo Perez, María Dolores Montoya, M.^a Cruz Pejenaute, Vicente Ullate, María Eugenia Garcia Sastre, Javier Angulo, Raquel Arceo, Ana Loizaga, Jesús María Arciniega y Ricardo Infante: También hay que citar a Jose Luis Paz que aunque no hace la especialidad en Basurto se incorpora a la plantilla de Urología como FEAR y a Jose Ignacio Iriarte quien desde 1983 acude al servicio como agregado o asistente voluntario y obtiene el título de especialista (sin vía MIR) cumpliendo los requisitos exigidos por la comisión nacional de Urología.

El Dr. Javier Angulo Cuesta durante su permanencia en el Hospital de Basurto, realiza la tesis doctoral «Parámetros morfológicos de supervivencia en el Carcinoma de vejiga» Tesis dirigida por el Profesor Juan Domingo Toledo, obtiene la calificación de Sobresaliente cum laude: Bilbao 1992.

Dentro de los numerosos grupos de trabajo que se ocupan del tema, la tesis del Dr. Angulo, ha contribuido a un mejor conocimiento de la Historia natural del Cancer de vejiga. Javier Angulo que en la actualidad es profesor titular en ciencias de la salud y Médico Adjunto del Servicio de Urología del Hospital Universitario de Getafe (Madrid), es autor de numerosos trabajos de investigación y publicaciones en Revistas Internacionales y es conocido en todos los foros urológicos.

Hospitalizacion en el Pabellon Jado, Consultas Externas, Equipamiento

En 1983 se inicia un plan de remodelación de las edificaciones de Basurto respetando la normativa arquitectónica de ser *Un hospital de hospitales* (distribución en pabellones), norma concebida para su construcción por el arquitecto Enrique Epalza, asesorado por parte médica por el Director

del Hospital Dr. Jose Carrasco. Este plan de remodelación contempla una reducción en la capacidad de hospitalización pasando de 1.073 camas a 830. Sin embargo el pabellón Jado se amplía y de las 87 camas existentes, cuenta en la actualidad con 124 para la hospitalización de enfermos de cirugía general y del aparato digestivo, urología, nefrología y cirugía de corta estancia, Desde 1984 la hospitalización de urología está ubicada en la tercera planta de Jado y los despachos médicos, sala de reuniones y puesto para la secretaria en la segunda planta. En los primeros años posteriores al 84 Urología disponía de 26 camas pero siguiendo con la reducción progresiva de camas en el Hospital (en el año 2005 el total es de 691) las camas actualmente asignadas a urología son de 21. Pero hay que señalar que el índice de ocupación es del 108,4 a cargo los enfermos denominados «periféricos o diseminados» hospitalizados en otros pabellones. Otros datos asistenciales reflejados en la memoria del 2005 son: Altas 1.609. Estancia media 5,33 y tasa de mortalidad 0,99.

Referente al personal de enfermería de hospitalización, en Jado hemos tenido la suerte de contar con excelentes profesionales dirigidos por la supervisora de planta Maite Valtierra en perfecta sintonía con los médicos y sobre todo con el jefe de servicio desde las 7,30 de la mañana pues ambos llegábamos a esa hora al hospital y si había alguna novedad imprevista en la programación quirúrgica diaria entro los dos buscábamos «algún reserva» (Ingresado o sin ingreso, de la lista de espera) y casi siempre lo encontramos. De esta forma se cumplía la jornada quirúrgica y todos contentos. En esta labor, la secretaria Elena Bilbao que siempre llegaba antes de las 8h y conocía la lista de espera, era resolutive. Elena es modélica en todos sus funciones: Altas, informes, partes de quirófano, justificantes para enfermos....

Las intervenciones quirúrgicas programadas las hacíamos en el pabellón Areilza dotado de 4 quirófanos. Disponíamos de quirófano diario y tanto en la cirugía abierta como en la endoscópica contábamos con la eficaz ayuda de las instrumentistas Igone Altamira, Charo Etxaniz e Irune Arrien que todos los días venía desde Gernika. Seguíamos contando con Ignacio y Delfín veteranos desde la época de Don Julio. A mediados del 2005 se inauguró el nuevo bloque quirúrgico Pabellón Areilza, dotado de 6 quirófanos.

Las urgencias urológicas que necesitaban de cirugía se hacían en el pabellón Makua. También hay que mencionar la cirugía de tarde, «las llamadas peonadas» y que con tres intervenciones cada tarde, con una frecuencia de dos—tres tardes por semana, la Dirección médica había pactado con los médicos del servicio para descongestionar la lista de espera.

Consulta Externa

En el Pabellón Arrupe emplazado en el ángulo que hacen la calle Gurtubay con la Avenida Montevideo, el Servicio de urología disponía de una amplia superficie en la segunda planta. Además de la sala de espera y despacho para la secretaria cuenta con una sala donde está ubicado el equipo de urodinámica y donde se realizan las biopsias de próstata, dos salas de consulta y una más destinada a curas, dilataciones uretrales, sondajes...

En el quirófano ambulatorio también en la segunda planta y dotado de un despacho y dos salas, se hacen las cistoscopias y ocasionalmente biopsias de próstata y dos días a la semana está ocupado a tiempo completo por urología.

En la consulta externa, destacar la eficiente labor de la secretaria M Fé Añibarro. El ATS Julian Carrion, sucesor de Eduardo Bueno (fallecido) dotado para el mando, ascendió a supervisor general del Servicio de urgencias y en los últimos años por la infatigable Carmen Domínguez que siempre «regalaba horas al hospital» y cuyo puesto en la actualidad lo desempeña la ATS Sra Hiart. Igualmente destacar el cariño con los enfermos y eficaz colaboración médica de las auxiliares María Luz y Emi.

Equipamiento

En el periodo de referencia 1982-2005 el servicio de urología solicita a la Dirección del hospital la dotación del aparataje necesario que permite la practica de exploraciones diagnósticas y maniobras quirúrgicas terapéuticas. Se han adquirido:

Equipo de endoscopia, que comprende cistoscopio Wolf de última generación para la consulta externa donde en el quirófano ambulatorio uno o dos días a la semana se realizan 10-12 cistoscopias cada día.

- Resectores de la misma marca que constituyen el mejor elemento de trabajo para la R.T.U de tumores vesicales, adenoma de próstata....
- Uretrotomo para la uretrotomía interna endoscópica.
- Ureterorenoscopia con fines diagnósticos y terapéuticos (Destrucción ultrasónica de la litiasis ureteral).

Ecógrafo de alta resolución, ubicado en consulta externa aunque es portátil y cuya rentabilidad es enorme:

- Ecografía renal y abdomino pélvica en las urgencias. Las ecografías programadas de hospitalizados se hacen en el departamento de Radiodiagnóstico.

- Nefrostomías percutaneas que antes se hacían en el servicio de radiología intervencionista pero desde hace varios años son realizadas por casi todos los médicos del servicio y en este apartado expresamos nuestro agradecimiento al Dr. Roberto Llarena del servicio de urología de Cruces que en varias ocasiones se desplazó para enseñarnos.
- Biopsias de próstata ecodirigidas. Es la principal indicación. Por vía transrectal nos permite biopsiar la glándula prostática, incluso las vesículas seminales, ante la sospecha clínica y biológica de cancer. Con una frecuencia de 1-2 días semanales y hasta 10 biopsias cada día se contabilizan 800 biopsias anuales aproximadamente.

Equipo de urodinámica: La realización de esta exploración por la Dra Zubiaur ha convertido al Servicio de Urología de Basurto en centro de referencia (para los casos complicados) de la Comunidad Vasca. Las indicaciones de la urodinámica son las siguientes:

- Flujiometría: Exploración simple y rápida que permite saber en el enfermo diagnosticado de H.B.P. si está o no obstruido y en consecuencia sentar la indicación quirúrgica.
- Incontinencia urinaria femenina (tanto de esfuerzo como por síndrome de urgencia-frecuencia).
- Incontinencia urinaria masculina postcirugía (próstática, amputación de recto...)
- Enfermos Neurológicos: Lesionados medulares, Parkinson, Esclerosis múltiple...

Recursos humanos y actividad asistencial en el año 2005

En abril del 2005 la dotación del Servicio de Urología era la siguiente: Jefe de Servicio: Nicolas Flores, Jefe de sección: Miguel Unda: Médicos adjuntos: Jose Ramón Larrinaga y Carmen Zubiaur.

Facultativos Especialista de Area: Jose Luis Paz, Amparo Pérez, Jose Ignacio Iriarte, Ana Loizaga, Raquel Arceo y Jesús María Arciniega. El Servicio de urología de Basurto ofrece atención especializada a cargo de los F.E.A. antes citados y con una dedicación de dos días semanales en los siguientes ambulatorios de Bilbao: Txurdínaga, Deusto, Dr. Areilza, y Santutxu.

Los días que no pasan consulta en los ambulatorios trabajan en el Servicio de urología a tiempo completo integrándose plenamente en las diferentes áreas de la labor asis-

tencial (visita médica, quirófano, consulta, exploraciones endoscópicas, ecografías etc...).

Las guardias del Servicio no son de presencia física, sino localizadas a cargo de los F.E.A y además forman parte del equipo de guardia los médicos Adjuntos Jose Ramón Larrinaga y Carmen Zubiaur.

Otros aspectos asistenciales a destacar son los siguientes:

- Programación quirúrgica: Esta labor es desempeñada a la perfección por Jose Ramón Larrinaga «almacenando» en su despacho las historias clínicas de los enfermos en lista de espera pendiente de cirugía, ordenadas por patologías de tal forma que en las Sesiones de los viernes cuando hacíamos la programación quirúrgica para la semana siguiente Jose Ramón nos exponía un orden de prioridades según tipo de patología, urgencia y antigüedad en lista de espera demostrando con ello su capacidad de trabajo y que en su escaso «tiempo libre» había revisado una por una las historias. Casi siempre su planteamiento era aprobado por unanimidad por el resto de médicos del servicio.
- Cirugía endoscópica: En esta unidad el responsable era el Dr. Unda. Se había perfeccionado en cirugía endoscópica asistiendo a la Fundación Puigvert para aprender del Jefe de Endoscopia (mi paisano y amigo Dr. Jose Vicente figura de prestigio internacional) los detalles y trucos de la endoscopia. El Dr. Unda fue pionero en el País Vasco de la ureterorenoscopia y en concreto en la destrucción ultrasónica de la litiasis ureteral.
- Unidad de urodinámica: A cargo de Carmen Zubiaur. También completó su formación asistiendo al Servicio de Urología del Profesor Luis Resel (fallecido) Del Hospital Clínico San Carlos de Madrid (Dr. Salinas). Esta unidad de urodinámica se ha convertido en centro de referencia de País Vasco y el nombre de la Dra Zubiaur figura en casi todos los foros nacionales e internacionales de urodinámica e incontinencia urinaria en los que se debaten las diferentes técnicas quirúrgicas empleadas para su corrección.
- Unidad de Andrología: La responsable es Ana Loizaga quién se ocupa de la esterilidad masculina y sobre todo de la tan actual y abundante disfunción eréctil.
- Unidad de cirugía laparoscópica: La consagración de esta modalidad terapéutica en la cirugía de aparato digestivo hace que otras especialidades como la urología la vayan incorporando a su arsenal terapéutico una vez comprobadas sus enormes ventajas. En el año 2003 el Dr. Ricardo Infante (en aquella fecha

F.E.A de urología se inicia en la cirugía laparoscópica mediante sus frecuentes contactos con su paisano y amigo el Profesor Gabriel Valdivia Jefe de Servicio de urología de Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. También realiza el curso 2003-2004 de cirugía laparoscópica experimental en el Hospital Clínico Universitario de Madrid. Por motivos extramédicos Basurto no pudo aprovecharse de los conocimientos adquiridos por el Dr. Infante. Sin embargo lo desarrolla en el Hospital de Txagorritxu de Vitoria donde en la actualidad es Médico Adjunto.

También los doctores Unda, Iriarte y Loizaga adquieren conocimientos en cirugía laparoscópica asistiendo a reuniones y realizando cursillos de cirugía experimental.

La Dra. Amparo Perez una vez recuperada de un grave accidente de tráfico que le obligó a retrasar sus objetivos inicia con ilusión y esfuerzo la cirugía laparoscópica urológica. Para ello, aparte de asistir a reuniones y cursos realiza al igual que el Dr. Infante el curso académico 2004-2005 de cirugía laparoscópica experimental en el Clínico de San Carlos de Madrid, obteniendo el diploma correspondiente. Desde comienzos del 2005 dos equipos inician el camino de la cirugía laparoscópica urológica en Basurto: Dr. Iriarte

y Dra Perez por un lado y Dr. Unda y Dra Loizaga por otro. Me siento muy orgulloso de sus éxitos.

Fuentes bibliográficas

Monografía: El Dr. Francisco Diaz y su época. Biografía conmemorativa en el IV centenario de su fallecimiento. Dr. Emilio Maganto. Nuevo Manual de Patología Quirúrgica. Tomo VI del Patel. Archivos del Hospital de Basurto. Historia del Hospital de Basurto. Luis S. Granjel y Jose Luis Goti Iturriaga. Historia biográfica y bibliográfica de la urología española en el siglo XX. Emilio Maganto Pavón y Mariano Perez Albacete. Oficina de la Historia de la A.E.U. Diario de congresos médicos LIII congreso nacional de urología. Bilbao 12-15 de junio de 1988. Monografía: 1989-1999: una década de la urología española en la bibliografía internacional. Dr. F Jiménez Cruz. Memoria del Hospital de Basurto del 2005.

Dirección de los autores: Umbemendi 4, 48111 Laukiz. Vizcaya, y servicio de Urología Hospital de Basurto, Avenida de Montevideo 18, 48013. Bilbao.



99

Informazioa
Informacion

Itzaron Zure Tzandori - Eskaririk Auzo Esperen su Turno - Gracias

Itzaron Zure Tzandori - Eskaririk Auzo Esperen su Turno - Gracias

Itzaron Zure Tzandori - Eskaririk Auzo Esperen su Turno - Gracias

Itzaron Zure Espera

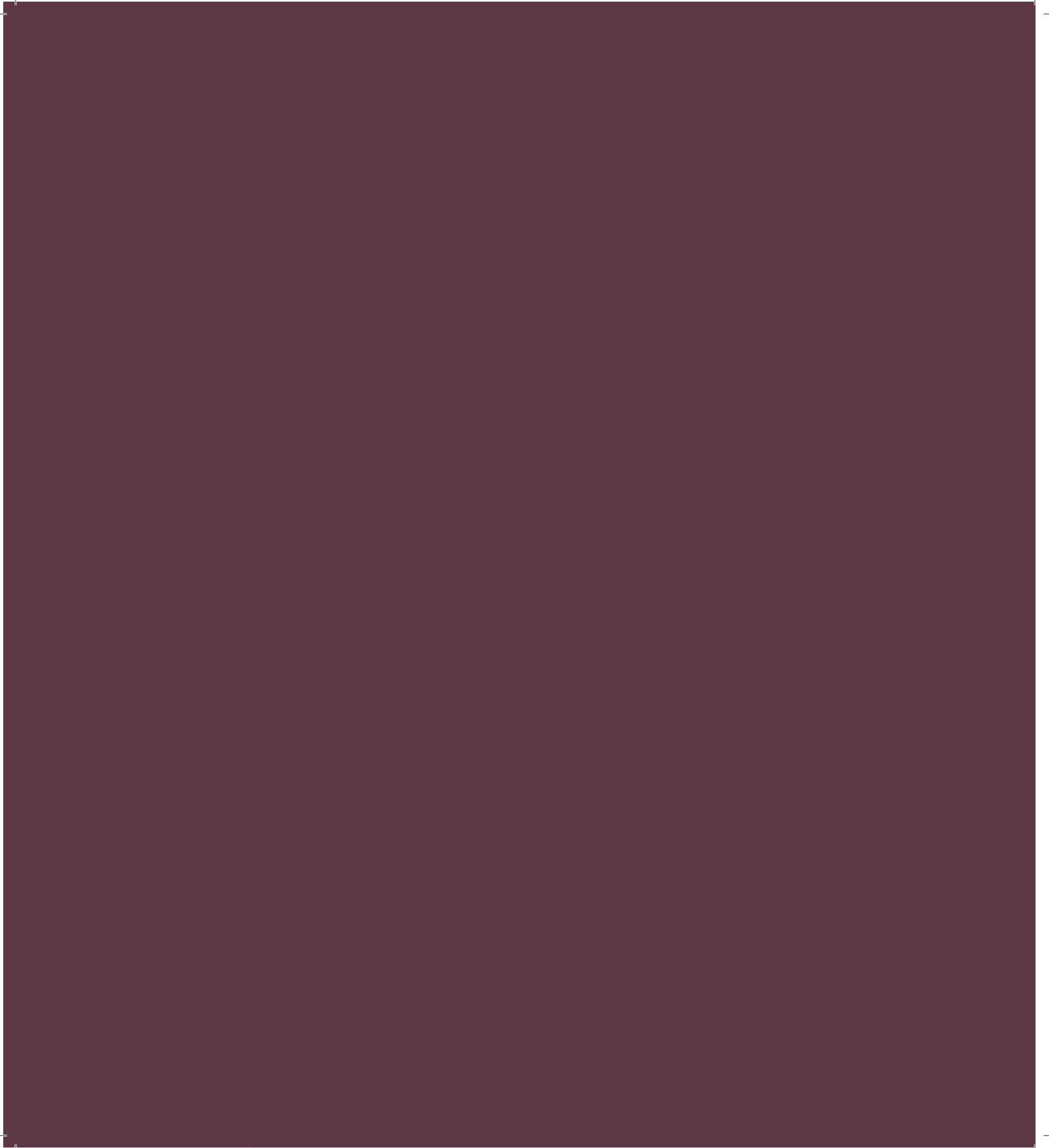
INFORMAZIOA
INFORMACION

Itzaron Zure Tzandori - Eskaririk Auzo Esperen su Turno - Gracias

Itzaron Zure Espera

capítulo 6

Las primeras reformas estructurales



Las primeras reformas estructurales

JOSÉ FÉLIX HIDALGO CHARRO

El hospital de Basurto fue diseñado en el siglo XIX de acuerdo a las últimas tendencias de la época, en concreto se planteó como una estructura de tipo horizontal, con diferentes pabellones que albergaban todo lo necesario para las diferentes especialidades.

Esta estructura presenta algunas ventajas: espacios abiertos, entorno más agradable para la recuperación de los pacientes, posibilidad de sectorizar totalmente las instalaciones de forma que la incidencia en un pabellón no repercute en el resto,...

Pero a pesar de las ventajas mencionadas el mayor inconveniente de este tipo de estructura hospitalaria es como resolver la necesaria comunicación entre pabellones para el transporte de pacientes y materiales, interconexión de instalaciones, flujo de personal,... manteniendo las dos primeras ventajas fundamentales apuntadas anteriormente.

Por ello el hospital de Basurto, a principios de la década de los ochenta se embarcó una de sus mayores y menos visibles transformaciones, que consistió en la creación de una red subterránea de túneles y galerías que conectan entre sí los diversos pabellones. Esta obra fue iniciada en el año 83 y a través de sucesivas fases fue terminada en el 98.

Este entramado de galerías, junto con la moderna instalación de transporte neumático de documentos y muestras puesta en marcha en el año 1998 que une todos los pabellones del hospital, posibilitan hoy en día que la comunicación entre los diferentes edificios del hospital haya quedado satis-

factoriamente resuelta recurriendo en lo mínimo imprescindible a la ocupación de los exteriores del hospital.

Otro de los retos a los que, en cuanto a instalaciones se refiere, ha tenido que hacer frente el hospital ha sido el de modernizar las instalaciones de suministro energético (electricidad, energía térmica para calefacción, producción de agua caliente sanitaria y equipos de climatización). Esta modernización se ha realizado atendiendo a dos premisas importantes:

- Garantizar el suministro continuo de energía térmica y eléctrica.
- Que las instalaciones fuesen eficientes para aminorar el impacto medioambiental que conlleva el consumo de energía.

Otra vez en la década de los 80, pero esta vez a finales, se acomete la construcción de un nuevo centro de transformación de 30 kV y 4.000 kVA (algo así como la potencia necesaria para abastecer, unas 1.500 viviendas). Esta reforma ha sido capaz de dar respuesta a las crecientes necesidades de abastecimiento de energía eléctrica y hoy sigue siendo suficiente para garantizar el consumo actual y futuro.

El mencionado centro de transformación está dotado de dos líneas eléctricas de alimentación, normal y de reserva, que de forma automática y en caso de fallo en el suministro por una de ellas, garantiza el suministro por la otra línea.

A finales de la década de los 90 el hospital de Basurto inicia otra de las grandes reformas en cuanto a sus instala-



▲ Construcción del túnel Pabellón Jado.



▲
Galerías de comunicación.

ciones se refiere: la modernización de las instalaciones de producción y distribución de calor.

Esta reforma tenía tres objetivos:

- Modernizar las instalaciones.
- Reducir el impacto medioambiental asociado al consumo de energía.
- Dimensionar la producción de energía térmica a las necesidades actuales y futuras.

Para acometer estos tres grandes retos se instala una planta de cogeneración consistente en dos motores de gas natural que mueven cada uno de ellos un alternador de 1.000 kWe cada uno. De esta forma se produce la energía eléctrica que consume el hospital, y a la vez se aprovecha el calor residual de los humos de combustión y de la refrigeración de los motores para calentar el agua encargada de transportar la energía calorífica a todos los puntos de consumo del hospital. Esta planta de cogeneración también dispone de 2 calderas de gas natural de 3.000.000 de Kcal cada una para dar la energía térmica necesaria cuando no funcionan los motores de cogeneración y así garantizar el abastecimiento continuo al hospital.

La distribución del agua caliente mencionada anteriormente se realiza por medio de tuberías que discurren por las galerías realizando un circuito cerrado.

Esta planta de cogeneración se amplió en los años 2002 y 2003 con la instalación de una máquina de absorción (producción de frío mediante el aporte de calor) lo cual permite que en verano también se aproveche el calor residual asociado a la producción de electricidad. Además de la máquina de absorción también se colocaron dos enfriadoras de 750 y 1500 kW de forma que se centralizó la producción de frío necesario para abastecer las climatizadoras instaladas en el hospital. Con esto se ha conseguido que los nuevos edificios puestos en marcha desde entonces y los que se pondrán en

un futuro no muy lejano, no requieran de instalación propia de producción de frío con lo que lleva asociado: espacio para instalaciones, ruido, torres de refrigeración,...

Lo mismo que en el caso anterior la energía frigorífica se distribuye por medio de tuberías que discurren por las galerías paralelas a las tuberías de distribución de calor.

Desde principio de los 80 se han venido remodelando los diferentes pabellones de hospitalización para dar satisfacción a la creciente demanda de calidad en la atención hospitalaria. También se han ido reformando los diferentes servicios de diagnóstico y tratamiento para adecuarlos a las nuevas tecnologías aplicadas a la práctica médica.

De todas las actuaciones realizadas cabe destacar dos de ellas:

- La remodelación del antiguo pabellón Gurtubai para albergar en él la actividad de los laboratorios del hospital.
- La construcción del nuevo bloque quirúrgico Areilza, donde anteriormente se encontraba el edificio de la comunidad.

La remodelación del pabellón Gurtubai se inicia en el año 2000 y finaliza en el año 2003. A finales de este último año todos los laboratorios del hospital de Basurto se trasladan a este pabellón.

Hasta finales del 2003 los laboratorios del Hospital se encuentran repartidos en diferentes ubicaciones:

- Pabellón laboratorios (laboratorio hematología, bioquímica y microbiología y banco de sangre).
- Edificio de serología (laboratorio de serología).
- Pabellón Jado (laboratorio de genética).
- Pabellón Makua (laboratorio de urgencias).
- Ambulatorio de Dr. Areilza (laboratorio extrahospitalario).

Con la remodelación del pabellón Gurtubai para centralizar todos los laboratorios del hospital se consigue:



►
Sala de control planta de cogeneración y calderas de apoyo.



- Mejorar las instalaciones de los laboratorios (instalación eléctrica, climatización, instalación de circuito de agua purificada, ...).
- Centralizar la recepción de todas las muestras objeto de análisis en un solo punto del hospital. (Sobre este objetivo y pensando en la nueva ubicación ya se viene trabajando desde finales de los 90).
- Unificar toda la informática de los laboratorios y con ello la gestión de datos.
- Instalar una línea robotizada de analítica y preanalítica que permite en un espacio reducido, y optimizando los medios, realizar toda la analítica hospitalaria y extrahospitalaria. Esta línea robotizada permite ir asumiendo el previsible incremento de la demanda del hospital en cuanto a analíticas se refiere.

En el año 2002 se inicia la construcción de la 1.ª fase del nuevo bloque quirúrgico Dr. Areilza. Para la realización de esta primera fase se procede al derribo del antiguo edificio de la comunidad y de la capilla. Cabe destacar que la capilla es totalmente reconstruida, siguiendo el diseño original, y albergando actualmente la sala de espera del nuevo Bloque quirúrgico.

En el solar disponible, después del derribo, se profundiza para obtener 2 plantas de sótano con la siguiente distribución por planta:

- Planta 1. Esta planta se encuentra conectada al entramado subterráneo de galerías del que hemos hablado anteriormente. En ella se han ubicado 6 nuevos quirófanos, una unidad de cirugía sin ingreso compuesta por 13 camas y una Unidad de reanimación post anestésica con 9 camas. En este nivel se encuentra también la sala de espera.
- Planta 2. En esta planta se encuentran ubicados el servicio de esterilización, el servicio de mantenimiento y las instalaciones que dan soporte a todo el edificio con capacidad suficiente para cubrir las demandas de la futura y próxima ampliación.

El edificio íntegro se encuentra climatizado con todo aire exterior. El calor y frío necesario para el funcionamiento de esta instalación es suministrado por los anillos de calor y frío, que partiendo de la planta de cogeneración, recorren todo el hospital por las galerías. Esta instalación de climatización permite:

- Disponer de las renovaciones/hora de aire que se precisan en cada local en función de la actividad que en ellos se realiza.
- Filtrar el aporte de aire exterior en función de la calidad de aire que se requiere para cada local.
- Crear la sobrepresión necesaria entre: Quirófanos y zona limpia, quirófanos y pasillo de sucio, zona lim-



◀ Aspecto exterior del nuevo pabellón Areilza.

pia y resto de locales, zona limpia y pasillo sucio. De esta forma se evita que a los quirófanos entre aire sin pasar por el estricto filtraje previo que se requiere.

- Regular la temperatura de forma independiente en los diferentes locales del bloque quirúrgico.
- El suministro eléctrico se encuentra respaldado por 2 grupos electrógenos capaces de dar toda la potencia que se consume en el edificio. Además de lo anterior, los servicios prioritarios se encuentran garantizados por un sistema de alimentación ininterrumpida.

La planta de esterilización está concebida como una moderna instalación totalmente automatizada, que consta de:

- Una zona de limpieza de instrumental en la cual están instaladas cuatro lavadoras totalmente automatizadas procediendo a la selección del programa de lavado en cuanto el sistema detecta el instrumental a lavar. También en esta zona se encuentra un túnel automático de lavado y secado de los carros que permiten transportar el material.
- Una zona de empaquetado y esterilización compuesta por cuatro autoclaves de 550 litros de capacidad cada uno con carga y descarga automática.
- Un almacén de material esterilizado.
- La instalación se completa con dos esterilizadores en frío de peróxido de hidrógeno.
- Todo el proceso de esterilización es supervisado por un sistema informático de trazabilidad.

La comunicación entre los quirófanos y la esterilización se garantiza mediante una serie de ascensores montacargas de sucio y de limpio que unen verticalmente las dos plantas, de forma que:

- Montacargas de limpio: unen el almacén estéril con el área de limpio de los quirófanos.
- Montacargas de sucio: unen la zona de limpieza de las instalaciones de esterilización con el pasillo sucio del área quirúrgica.

Este sistema de comunicación vertical imposibilita romper la barrera higiénico-sanitaria que debe existir entre las diferentes áreas de limpio y sucio en ambas plantas.

▼ Línea robotizada de analítica y preanalítica.



Zona de limpio ▶
y quirófanos.

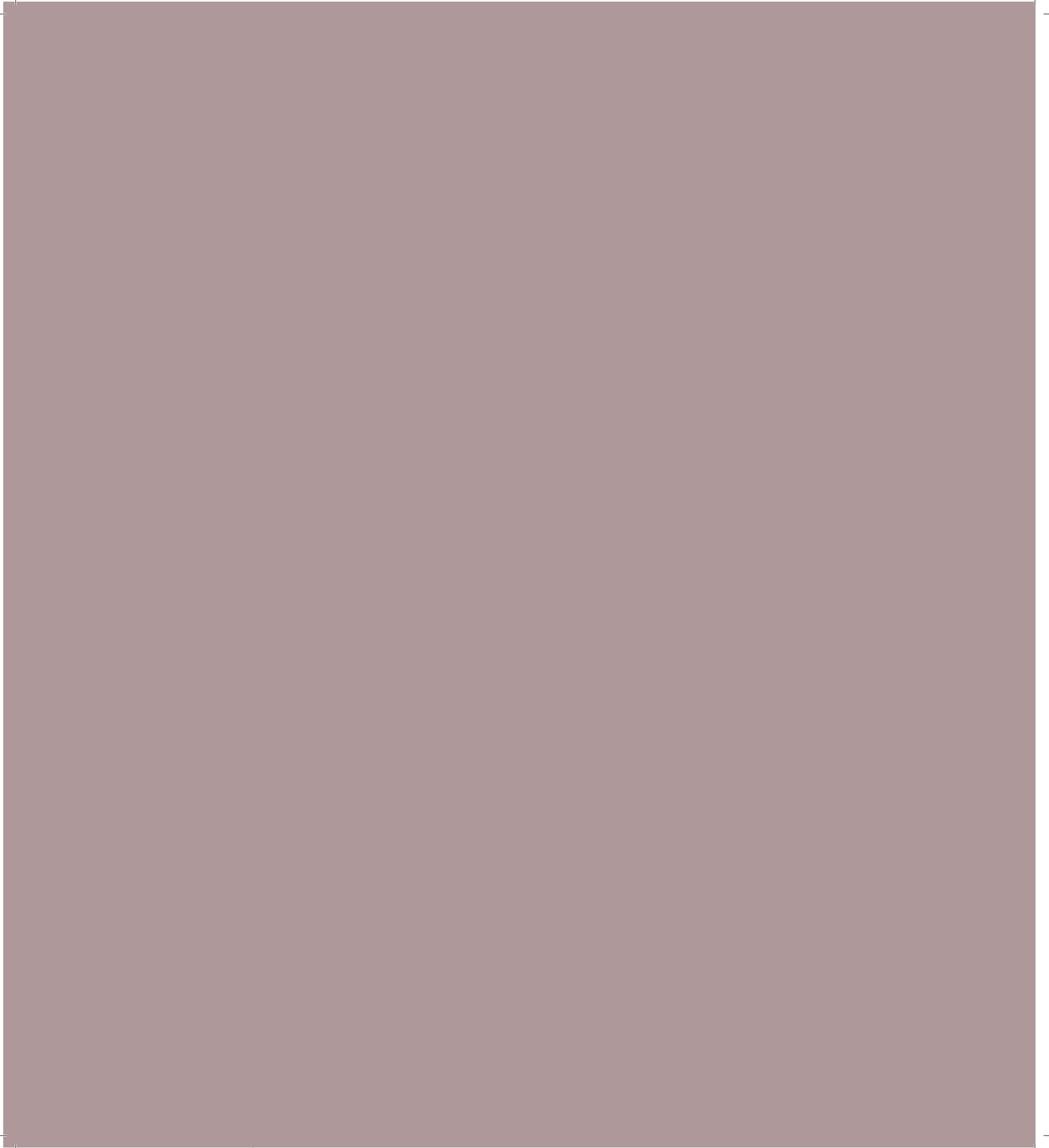
Autoclaves de esterilización con carga y descarga automática.





capítulo 7

El Hospital de Basurto del futuro



El Hospital de Basurto del futuro

XABIER DE ELGUEZABAL CABRERA

Introducción

Si hubiera que precisar un momento en que verdaderamente se debatió del futuro del Hospital de Basurto —por entonces seriamente comprometido, entre otros motivos, por el proyecto de traslado a Leioa— debe recordarse la fecha de mediados de 1979, cuando, tras las primeras elecciones municipales democráticas, la Corporación surgida de ellas tiene que hacer frente a un panorama realmente crítico:

- Quiebra económica y moral.
- Modelo institucional caduco.
- Deterioro físico importante.
- Relaciones laborales críticas.
- Futuro asistencial incierto.

Para ello, en tanto que responsable último del Santo Hospital Civil, el Ayuntamiento de Bilbao crea una Comisión Gestora que en diciembre de aquel año realiza la declaración pública que establece las líneas programáticas que deberían orientar el cambio que se consideraba imprescindible:

- Control y tutela de los entes públicos, frente al carácter privado de la Institución.
- Integración en la futura red sanitaria del Gobierno Vasco.
- Democratización de los órganos de gobierno.

En el nivel organizativo interno:

- Reorganización de los servicios hospitalarios para adecuarlos a las exigencias que les fueran señaladas

al Centro por la autoridades responsables de la red sanitaria vasca.

- Dedicación plena de todos los trabajadores para con el Centro.
- Ajuste de plantillas a los fines anteriores, con las pertinentes revisiones de sus deberes y derechos y las correspondientes percepciones salariales.

Se inicia así un proceso que, primero intuitivamente, y a partir de 1982 con la publicación del Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma Vasca —que, al definir a Basurto como hospital base del área de salud BIZKAIA I, supuso apostar definitivamente por mantener el Hospital en su ubicación de siempre— con mayor rigor, va a permitir la elaboración de sucesivos planes que irán perfilando progresivamente el devenir de Basurto y, por ende, el Hospital del futuro.

Muy resumidamente tales planes fueron:

- 1979-1985. Plan de Reconversión para atajar las consecuencias más inmediatas de la crisis anterior y encontrar el encaje futuro de Basurto en la red pública vasca. Concluye con la firma de un acuerdo interinstitucional a tres bandas: Ayuntamiento de Bilbao, Gobierno Vasco y Diputación Foral de Bizkaia que ya prevé, tras un proceso que duró siete años, la integración en Osakidetza.
- 1985-1992. Plan de Viabilidad (desarrollado en sendos Planes de Empresa 1987-1990 y 1990-1993) para implementar efectivamente y de forma paula-

tina dicho proceso. Culminó en marzo de 1992 con la plena integración en la red pública vasca.

- Posteriormente y ya en el contexto de la planificación general del Departamento de Sanidad y de OSAKI-DETZA se elaboraron los Planes Estratégicos 1998-2002 y 2002-2007 aun vigente este último.

Todas estas actuaciones políticas, institucionales y de planificación, fueron determinantes para ir configurando un nuevo modelo de centro que al día de hoy muy poco se parece anterior a 1979, por:

- Contar con una Misión clara mente definida: «Proporcionar asistencia sanitaria especializada de calidad a los pacientes y usuarios de Bilbao y Bizkaia, con vocación docente e investigadora, contribuyendo con todo ello al desarrollo y bienestar de la comunidad» (del Plan estratégico 2002-2007).
- Ser un hospital integrado (antes un conjunto de «reinos taifas» y un evidente dualismo Medicina-Administración).
- Desarrollar su labor mediante un trabajo multidisciplinar en equipo (frente a relaciones de subordinación de unas profesiones sanitarias a otras).
- Disponer de elementos de planificación general y sectorial (anteriormente ausencia de objetivos comunes e imposibilidad de integrar objetivos dispersos no compartidos).
- Haber creado un red de comunicaciones fluidas entre todas las áreas del hospital a partir, aunque no sólo, del desarrollo de cada vez más potentes herramientas informáticas y organizativas.

Del conjunto de planes sectoriales que acompañan, o en los que se desarrollan los planes generales, hay uno que, quizás, en Basurto pueda identificarse más con aquellas apuestas por su futuro de 1979 y 1982, se trata de los Planes Directores de Remodelación. En los capítulos que se ofrecen a continuación se hará un breve repaso al primero de tales planes (I PDR 1981-2004) y una descripción pormenorizada de las previsiones del segundo (II PDR 2005-2025).

Un capítulo final dará una visión somera del entorno más cercano al hospital que puede vislumbrarse hoy en día para los próximos veinte o veinticinco años.

I Plan director de remodelación (PDR)

Se desarrolló, con un total de cinco revisiones, la última de ellas de 1989, entre 1981 y 2004 y pretendió en sus

comienzos —nunca resultó más apropiado el dicho «obras son amores y no buenas razones»— reflejar ante la comunidad en general, pero también ante los profesionales de Basurto, la seriedad de la apuesta de las instituciones vascas por el futuro del centro asistencial.

Como objetivos más conformes con la especificidad de un plan de remodelación y partiendo del encargo genérico de la Comisión Gestora de corregir el deterioro físico importante de los pabellones y dependencias hospitalarios que se encontrara en 1979, el I PDR se marcó los siguientes:

- Intervenir con relativa urgencia en aquellos puntos en el que el deterioro mencionado no permitiere demoras (ejemplo los tejados de la mayoría de los edificios).
- Facilitar a las autoridades comprometidas con el futuro del Centro, lo mismo que a su dirección, la toma de decisiones de índole política (mantener o no el Hospital en su histórico emplazamiento o no), asistencial y económica.
- Establecer un orden y una secuencia adecuados en las intervenciones, evitando actuaciones puntuales descoordinadas que pudieran dar lugar a interferencias graves en la actividad asistencial diaria, a una pérdida de ingresos importante (lucro cesante) —el hospital facturaba entonces sus servicios al INSALUD y otros clientes— y a un incremento de costes innecesario.
- Adecuar la dimensión y las características del Hospital a las previsiones — entonces todavía provisionales— que para el mismo establecía el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma Vasca y a lo contemplado por el planeamiento municipal para la zona de Basurto-San Mamés.
- Mantener el adecuado equilibrio entre las áreas asistenciales de atención directa a los pacientes y los servicios de apoyo (quirófanos, radiología, laboratorios, lavandería, cocina, etc.).
- Mejorar el confort hostelero de las plantas de hospitalización.
- Renovación de las redes de saneamiento, suministro de agua, vapor, electricidad, etc.
- Creación de una infraestructura adecuada de comunicaciones tanto horizontales como verticales.

Valoración de las realizaciones del I PDR

Con independencia de que el paso de más de quince o veinte años —según se tome como referencia su primera versión de 1981 o la última de 1989— haya permitido detec-