



BOLETÍN DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA



Año XI - N° 13. MURCIA, noviembre 2006



Asociación Murciana de Urología

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTE:

Mariano Tomás Ros

VICEPRESIDENTE:

Carlos García Espona

SECRETARIO:

Pablo Guzmán Martínez-Valls

TESORERO:

Mariano Rigabert Montiel

VOCAL CIENTÍFICO:

Carlos Tello Royola

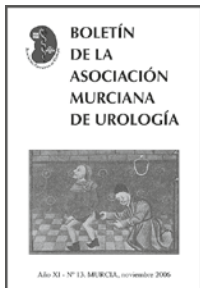
VOCALES:

Pedro Valdelvira Nadal

Felipe García García

SEDE SOCIAL:

ILTRE. COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS DE MUR I



El tacto rectal, ilustración de la obra del siglo XIII del franciscano Bartolomé Inglés, Propiedades de las cosas, en la que trata de los apostemas, de la gota y del mal de piedra.

Edita:

Asociación Murciana de Urología

Dirección:

M. Pérez Albacete

Imprime:

Tip. San Francisco, S.A. Murcia

Dep. Legal: MU-1906-98

ISSN: 1697-0446

Sumario

Editorial	3
XII Jornadas Urológicas Murcianas.	
Hospital Morales Meseguer, Murcia, noviembre de 2006	5
Actividades auspiciadas por la A M U en el año 2006	16
Reunión de Residentes de Urología	19
XL Congreso de Urología de la Asociación Murciana de Urología y la Asociación de Urología de la Comunidad Valenciana. Valencia, febrero de 2006	20
Desde la Administración	22
Carta del Dr. Meseguer Huertas. El Siglo Médico, octubre de 1859.....	24
De Historia quirúrgica murciana. Los cirujanos y la Urología en el Hospital San Juan de Dios de Murcia	27
In memoriam, Dr. D. Antonio Gras Richart	36
In memoriam Dr. D. Miquel i Foj	38
Galería de urólogos murcianos. Dr. D. Manuel Albaladejo Paredes	39
Décimo aniversario de la AMU	40
Noticias	42
Convocatoria 2007 de la beca y premios de la A M U	43

La pérdida sentida de dos de nuestros compañeros y socios fundadores, los Drs. Antonio Gras Richard y Rafael Miquel Foj nos hace comenzar esta editorial, como no podía ser de otra manera, con un recuerdo emocionado hacia ellos. En nombre de toda la Asociación Murciana de Urología, su Junta Directiva, desde esta tribuna, quiere expresar el pésame a sus familias.

En la editorial del Boletín 2005, concluíamos con unos comentarios sobre la necesidad de resolver el problema de las deficiencias en tecnología para adecuarlo a los avances producidos, y por otro lado organizar nuestra formación en materias no habituales pero necesarias (legal, laboral, ética, biogenética, estadística etc.). Estamos convencidos de que las inversiones en tecnología pueden venir pronto de la mano de gerentes concienciados de su necesidad, pero esto no será suficiente si los otros aspectos comentados, y algunos en los que a continuación nos gustaría profundizar, no se desarrollan. Aunque puedan quedar lejanos, los queremos subrayar porque si bien la preparación y formación para ellos depende en parte de nosotros, estos hay que plantearlos como una oportunidad de mejora ante nuestras autoridades sanitarias. Nos estamos refiriendo en esta ocasión, a los problemas que se avecinan o ya están presentes en la especialidad como consecuencia de la inmigración y de la atención final de pacientes de edad o incurables.

La inmigración es un fenómeno reciente y plural con amplia repercusión en el territorio y la sociedad del siglo XXI en la Región de Murcia que afecta a la sanidad y bastante de lleno a nuestra parcela. Nos afecta porque además del consiguiente incre-

mento de la labor asistencial, los cambios en los hábitos raciales y culturales en la población, las nuevas maneras de interpretar la enfermedad, la aparición de nuevas enfermedades y resurgir de otras ya olvidadas, pueden cambiar la actuación del urólogo.

Según los datos poblacionales en menos de 25 años, la Región de Murcia se ha convertido de un territorio de emigración, Si en 1970 solo algo más de 500 inmigrantes se contabilizaban en la Región (de ellos las tres cuartas partes de la Unión Europea), en 1991 ascendía a algo más de 3.000 y en el 2001 a más de 55.000. Sólo en los cinco últimos años estas cifras se han multiplicado por tres, con más de 186.000 efectivos, 30.000 efectivos/año, que sitúa su participación en la población regional por encima del 12%.

Hay diversidad en cuanto al tipo de inmigración por una parte la que denominamos residencial y por otra la laboral, explica el incremento para los próximos años como ha sucedido con los de origen en el Reino Unido, que ya sobrepasan los 10.000 efectivos. Los de Marruecos y Ecuador, todavía suponen más del 60% del total de inmigrantes en la Región, y en los últimos tres años se manifiesta un incremento en los de otros de América (Colombia y Bolivia), en los de otros Africanos (Nigeria, Senegal, Mali), y sobre todo en los de Europa del Este (Ucrania, Rumania, Bulgaria). Por el empadronamiento conocemos aquellos municipios que concentran mayores efectivos (Murcia, Cartagena, Lorca), o los que reúnen mayor proporción (Mazarrón, Los Alcázares, Fuente Álamo, San Javier, Torre Pacheco, Totana, etc.).

Algunos datos extraídos, interesa conocer porque pueden condicionar nuestra labor. Socio-sanitariamente, la inmigración supone un incremento de la población total, pero también cambios en su composición (pirámide por grupos de edad), con aumento del número de partos de madres de origen extranjero, del número de hijos por familia, etc. El valor de la sex-ratio del total es de 146,34 hombres por cada 100 mujeres. Predominan los hombres sobre las mujeres, y la población joven-adulta en todos los grupos, menos en los de la Unión Europea.

Para hacer frente a la rapidez de todos estos cambios territoriales y sanitarios-sociales, en la Región de Murcia son necesarias mayores aportaciones de la Administración, así como destinar más medios y estudios más precisos sobre la naturaleza y distribución de la población de origen extranjero y sobre la capacidad de acogida a nivel local por la sanidad murciana.

También en los últimos años, como consecuencia de los avances de la medicina se ha producido un aumento de la esperanza de vida con el consiguiente incremento del número de personas con enfermedades crónicas e incurables. Son muchas las enfermedades que pueden ser causa de sufrimiento al final de la vida. Solamente debido al cáncer mueren en nuestro país más de 90.000 personas cada año.

El número de mayores de 65 años, es actualmente del 16 % de la población, y se estima que alcanzará el 20% en los próximos 20 años. Entre esta población un 10% presenta enfermedades crónicas evolutivas, muchas veces asociadas. Los trastornos como la demencia alcanzan a más del 10% y además, gran parte de ésta población tiene algún tipo de dificultad o limitación en sus actividades cotidianas. Además, en nuestro país se

han producido cambios sociales, económicos y de valores, que han afectado a la estructura familiar y su papel tradicional en el cuidado de las personas enfermas. La atención integral y la promoción de la calidad de vida en las fases más avanzadas de las enfermedades crónicas evolutivas y de los enfermos terminales, deben ser consideradas como un derecho fundamental de las personas y una prioridad para las administraciones, organizaciones sociales y sanitarias y sociedades científicas.

Necesitamos el desarrollo de programas y servicios de cuidados paliativos, de terapéutica del dolor, de servicios y programas socio-sanitarios y de comités de ética, como la mejor manera de responder adecuadamente a las necesidades y demandas crecientes de atención.

Los urólogos debemos recibir formación continuada que nos capacite para atender a enfermos en fases avanzada y terminal, tanto en el apoyo emocional y la ética clínica.

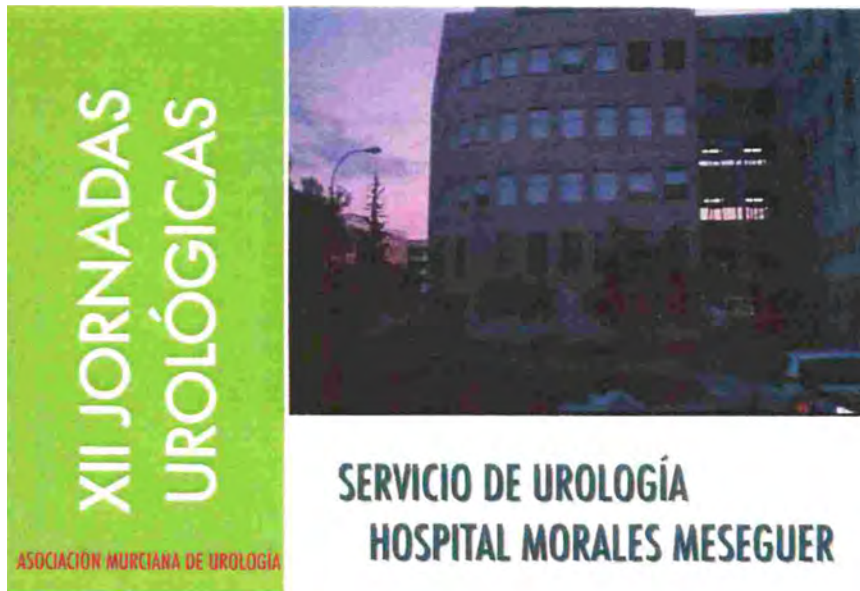
El desarrollo y la práctica de éstos principios representan la síntesis entre la mejor tradición humanística y humanitaria de la medicina con todos los avances científicos que han permitido mejorar la calidad de vida y la dignidad de nuestros enfermos. Los objetivos de curar y de cuidar deben ser promovidos con la misma energía y convicción. Además, son un estímulo para introducir valores positivos en los debates más actuales de nuestras sociedades científicas.

Así, todos los recursos tecnológicos y del sistema (hospitales, atención primaria, centros formativos culturales, socio-sanitarios y residenciales etc.) deben adaptar gradualmente su organización a la presencia de enfermos avanzados, ancianos y población inmigrante, porque si no, nuestro esfuerzo como administradores de los avances de la especialidad no serán suficientemente útiles.

La Junta Directiva

XII Jornadas Urológicas Murcianas

MURCIA, 2006



Queridos amigos

En este ejercicio de 2006 nos ha correspondido organizar, por segunda vez, las Jornadas Urológicas anuales de nuestra Asociación. Desde mi llegada a Murcia he podido comprobar el cariño y fidelidad que los urólogos murcianos guardan por este evento. Por ello, es fácilmente comprensible la ilusión y empeño con que los distintos miembros del Servicio de Urología afrontan su puesta a punto.

Por razones circunstanciales, se celebrarán en el edificio de La Convalecencia, perteneciente a la Universidad de Murcia. La comodidad de su acceso, su localización céntrica y la belleza de su estructura arquitectónica constituyen un indudable valor añadido.

Son tiempos de cambio (¿cuándo no lo ha sido en nuestra especialidad?) y por ello, hemos decidido mirar hacia el futuro inmediato en los temas que componen el programa científico: nuevas perspectivas en el tratamiento quirúrgico de la HBP y controversias en el cáncer vesical superficial. Estoy convencido de que, con unas sesiones elaboradas casi en exclusiva por urólogos que ejercen su actividad en el ámbito de nuestra Asociación, lograremos el cumplimiento de los objetivos marcados.

Merece una mención especial la conferencia que el profesor Damián García Olmos impartirá sobre las aplicaciones clínicas de las células madre de adulto en general y en la urología en particular. Su experiencia, unida a su carácter docente y excelentes dotes como comunicador garantizan una conferencia amena y enriquecedora.

Es obligado recordar a los compañeros que nos han dejado durante este ejercicio. Siguen formando parte de la memoria individual y colectiva de nuestra Asociación y, por ello, al llevar a cabo la labor organizativa de este evento se hace necesario un emocionado recuerdo a todos ellos.

Creo que, además de ser una nueva oportunidad de vernos y pasar un buen rato juntos, es una excelente oportunidad para poder actualizarnos.

Esperamos poder contar con todos vosotros

Dr. Bernardino Miñana López
Jefe de Sección de Urología
Hospital Morales Meseguer

CISTECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS, EVALUACIÓN RIESGO-BENEFICIO.

Maluff Torres, A; Lopez Lopez, A.I; Escudero Bregante, J.F; López Rodríguez, P.A; Iñiguez, G; Cao Avellaneda, E; López Cubillana, P; Server Pastor, G; Gómez Gómez, G.A; Pérez Albacete, M.

H.U. Virgen de la Arrixaca.

OBJETIVO

Evaluar la morbilidad y mortalidad postoperatoria precoz en pacientes sometidos a cistectomía radical de intención curativa o paliativa, comparando los mayores y menores de 75 años.

PACIENTES Y MÉTODO

Hemos realizado un estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a cistectomía radical con intención curativa o paliativa, entre enero del 2002 y diciembre del 2004. Los pacientes fueron divididos en dos grupos según su edad (grupo A: mayores de 74 años: 15 pacientes; grupo B: menores de 75 años: 51 pacientes). Hemos comparado la proporción de complicaciones médicas y quirúrgicas para los grupos A y B (Prueba exacta de Fisher), así como la estadía postoperatoria (t de student).

RESULTADOS

La mediana de estancia hospitalaria fue de 9 días (7 - 25 días) para el grupo A y de 9 días (1-19 días) para el grupo B, no existiendo diferencia estadísticamente significativa entre las medias de ambos grupos, 14,7- IC: 95%(6,91 – 21,24) Y 13,29-IC:95%(9,53 – 13,52), respectivamente. En cuanto a complicaciones quirúrgicas y médicas, no encontramos diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, quirúrgicas ($p = 0,487$) y médicas ($p = 0,6$), siendo globalmente la más frecuente el íleo prolongado. La mortalidad en el postoperatorio precoz en el grupo A fue nula y en el grupo B de 1,5% (un exitus de causa desconocida a las 24 horas de la cirugía)

CONCLUSIONES

No existe en nuestra serie diferencia estadísticamente significativa en cuanto a complicaciones quirúrgicas y complicaciones médicas en el postoperatorio precoz, entre los pacientes menores de 75 años y los mayores, tampoco en la duración de la estancia hospitalaria postoperatoria.

CISTECTOMÍA RADICAL COMO TRATAMIENTO DE INTENCIÓN CURATIVA O PALIATIVA.

Maluff Torres, A; López López, A.I; Escudero Bregante, J.F; López Rodríguez, P.A; Iñiguez, G; Cao Avellaneda, E; López Cubillana, P; Server Pastor, G; Gómez Gómez, G.A; Pérez Albacete, M.

H.U. Virgen de la Arrixaca.

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad del TAC para la estadificación locorregional previa a la cistectomía radical. Comparar la estadía hospitalaria postquirúrgica, la morbilidad y la mortalidad postoperatoria precoz en pacientes tratados con intención curativa y paliativa.

PACIENTES Y MÉTODO

Hemos realizado un estudio retrospectivo de 66 pacientes sometidos a cistectomía radical de intención curativa o paliativa entre enero/2002 y diciembre/2004 Los pacientes fueron divididos en dos grupos según los hallazgos del TAC: grupo A para los pacientes con enfermedad confinada a la vejiga y grupo B para los no órganoconfinados. Dentro del grupo A, hemos evaluado la concordancia entre los hallazgos del TAC y los hallazgos histopatológicos de la pieza. Determinamos además la proporción de pacientes que han podido ser operados con márgenes quirúrgicos libres y ganglios negativos. Dentro del grupo B, hemos evaluado la concordancia histo-radiológica., la proporción de pacientes que han podido ser operados con márgenes negativos y ganglios negativos, y la proporción de pacientes que han resultado irreseccables. Hemos comparado la proporción de complicaciones médicas y quirúrgicas para los grupos A y B (Prueba exacta de fisher), así como la estadía postoperatoria (t de student).

RESULTADOS

La mortalidad postoperatoria precoz en el grupo A fue del 3,2% (un exitus a las 24 horas de causa desconocida) y en el grupo B nula. La mediana de estancia hospitalaria fue de 9 días en el grupo A y de 9 días en el grupo

B, existiendo diferencia significativa entre las medias de cada grupo ($p = 0.038$) con 14,66 días en el grupo A, IC = 95% (9,15 – 20,17) y 11.52 días en el grupo B, IC = 95% (9,53 – 13,52), dato a evaluar con cautela ya que la media no es un parámetro especialmente adecuado para describir series con valores extremos. La derivación urinaria utilizada fue un conducto ileal en el 91% de los pacientes del grupo A y en el 76% de los del grupo B, en el resto de los pacientes se realizó una ureterostomía cutánea. En cuanto a complicaciones quirúrgicas y médicas, no encontramos diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, ($p = 0,355$) y ($p = 0,658$) respectivamente, siendo globalmente la más frecuente el íleo prolongado. Dentro del grupo A los hallazgos de imagen coinciden con los de la pieza en un 37% de los casos, con sobreestadiaje en el 66% de los casos y no existiendo ningún infraestadiaje. En el 58% de los pacientes que fueron operados con intención curativa se consiguió una resección con márgenes libres, aunque de éstos, el 3,4% tuvieron ganglios positivos y en el 6,8% no se hizo linfadenectomía. No se consiguió resección con márgenes libres en el 16% de los casos y no se describieron los márgenes en el 26% de los informes de anatomía patológica. Ningún tumor resultó irresecable. En el grupo B los hallazgos de imagen coincidieron con los de la pieza en un 31,5% de los casos, hubo sobreestadiaje en un 36,8% e infraestadiaje en un 31,5% de los pacientes, encontrando solamente un tumor irresecable.

CONCLUSIONES

Las imágenes de tomografía axial computarizada en nuestra serie, no han brindado información suficiente en la mayoría de los casos, para saber si debemos ofrecer a nuestros pacientes una cirugía de intención curativa o paliativa. La morbilidad postoperatoria precoz en nuestra serie no ha mostrado diferencia estadísticamente significativa entre pacientes tratados con intención curativa y paliativa.

BIOPSIAS BAJO ANESTESIA

Escudero Bregante J F, López Cubillana P, López López A I, Maluff Torres A, López González P A, Cao Avellaneda E, Prieto González A, Tornero Ruiz J I, Rigabert Montiel M, Perez Albacete M.

Servicio de Urología Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

RESUMEN

Las biopsia sigue siendo la única prueba diagnóstica de certeza en el cáncer de próstata, actualmente existe una tendencia a aumentar el número de cilindros extraídos en cada muestra con el fin de aumentar su rentabilidad.

OBJETIVOS

Validar nuestro sistema de anestesia local con el fin de poder aumentar el número de cilindros obtenidos en cada biopsia, con la menor molestia para el paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Aleatorizamos mediante un sistema de lanzamiento de moneda al aire a los pacientes con indicación de biopsia prostática. Uno de los grupos era sometido a biopsia sin anestesia local y el otro era sometido a biopsia tras anestesia con 5 ml de Mepivacaína a nivel de la unión de la próstata con las vesículas seminales (en la zona ecográficamente denominada como Monte Everest). Tras la realización de la prueba los pacientes eran interrogados por la intensidad del dolor por un evaluador externo (una enfermera de nuestro servicio que no se encontraba presente en el momento de la biopsia, y que desconocía a qué grupo pertenecía cada paciente). Se usaron dos escalas analógico-visuales para valorar la intensidad del dolor.

RESULTADOS

En los pacientes sometidos a biopsia bajo anestesia local se obtuvieron una media de 8.25 cilindros (DE 1.117) y tuvieron un nivel de dolor medio de 1.87 (DE: 1.089) y en los sometidos a biopsia sin anestesia, una media de 7.13 cilindros (DE 1.287), con un nivel medio de dolor de 4.16 (DE: 1.829). La prueba t para igualdad de medias de muestras independientes demuestra que esta diferencia es estadísticamente significativa ($p > 0.0001$).

CONCLUSIONES

La biopsia bajo anestesia es significativamente mejor tolerada que la clásica. Gracias a esto es posible aumentar el número de cilindros obtenidos con cada muestra y así aumentar la rentabilidad clínica de la prueba.

CIRUGÍA PERCUTÁNEA RENAL: UNA TÉCNICA SEGURA Y RESOLUTIVA

Félix Escudero, Jesús I. Tornero, Ana Isabel López, Alejandro Maluff, Pedro Ángel López, Gloria Doñate, Mariano Rigabert, Enrique Cao, Guillermo Gómez, Mariano Pérez-Albacete.

Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

INTRODUCCIÓN

La cirugía percutánea supone un abordaje mínimamente invasivo y a la vez resolutivo de la patología renal, sobre todo tumores de pelvis, estenosis de la unión y grandes litiasis no candidatas de litotricia extracorpórea. Presentamos nuestra experiencia en el manejo de la litiasis) y con lacoraliforme con el balón dilatador y jeringa de presión (nefromax colocación del paciente en decúbito prono y supino. Material y métodos Entre noviembre de 2003 y mayo de 2006 hemos realizado 23 procedimientos en 22 pacientes. 18 mujeres y 4 hombres, con edades comprendidas entre 24 y 72 años. 22 procedimientos eran litiasis y 1 estenosis de la unión. El acceso se realizó por cáliz inferior en 18 y medio en 5, con el paciente prono en 16 casos y supino en 7. El tamaño medio de la litiasis fue de 4cm² y 3 eran coraliformes completos. Resultados Se colocó doble-J en 16 de los 23 procedimientos. Solamente hubo 1 complicación intraoperatoria (desgarro ureteral) mientras que 6 pacientes presentaron infección urinaria febril tras el alta hospitalaria. 13 pacientes quedaron limpios tras la cirugía (59'1%); 9 pacientes quedaron con restos y 5 de ellos fueron a litotricia. El porcentaje de limpios fue de 72'7% considerando la litotricia posterior. La estancia media fue de 3 días (1-6). Conclusiones La cirugía percutánea renal es una técnica segura, resolutiva y mínimamente invasiva; es asimismo reproducible con un entrenamiento básico y los medios técnicos adecuados.

NEOPLASIA PENEANA DE COMPORTAMIENTO AGRESIVO

Jesús I. Tornero, José A. Nicolás, Félix Escudero, Guillermo Gómez, Mariano Pérez-Albacete

Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente que consulta por aparición progresiva de masa peneana, localizada en glande y aspecto abigarrado. A la exploración física destacaban adenopatías inguinales bilaterales de gran tamaño, duras y fijas a estructuras profundas. La Rx de tórax demostró nódulos en ambos campos pulmonares. Con el diagnóstico de tumor peneano con M1 pulmonares, fue sometido a penectomía parcial, resultando la histología sarcoma de pene pleomórfico. Siguió tratamiento adyuvante con quimioterapia sin respuesta y falleció con gran recidiva local a los 6 meses del diagnóstico.

CÓLICO NEFRÍTICO POR MIGRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO

Gloria Doñate , Jesús Tornero, Félix Escudero, Ana Isabel López, Alejandro Maluff, Pedro Ángel López, José A. Nicolás, Mariano Rigabert, Guillermo Gómez, Mariano Pérez-Albacete.

Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

RESUMEN

Presentamos el caso de una mujer de 60 años que consulta por sd. Miccional y dolor lumbar derecho irradiado a hipogastrio. Estudiada hace 11 años por síndrome miccional, fue diagnosticada de ureterocele no obstructivo. La ecografía y el TAC-abdominal actuales demuestran la presencia de una litiasis renal derecha de gran tamaño. Se somete a nefrolitotomía percutánea, extrayendo la litiasis que envolvía un mondadientes alojado en pelvis renal.

DUPLICIDAD URETERAL CIEGA

López López A. I, Maluff Torres A, Escudero Bregante JF, López González PA, Doñate Iñiguez G, Pérez Albacete M.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

CASO CLÍNICO

Mujer de 39 años sin antecedentes urológicos conocidos que consulta por cuadro de dolor cólico lumbar izquierdo de un año de evolución. La paciente refiere episodios de dolor intermitente espaciados varias semanas entre sí y que ceden con paracetamol. No se acompañan de náuseas, vómitos, fiebre ni síndrome miccional. Los urocultivos y análisis de orina realizados por su médico de cabecera son repetidamente negativos. La placa simple de abdomen no muestra ningún hallazgo y la ecografía renal y vesical es normal. Se realiza una urografía intravenosa que muestra una duplicidad ureteral ciega izquierda. Se decide manejo conservador y tratamiento sintomático. La paciente sigue controles en nuestra consulta manteniendo en los últimos 8 meses estabilidad clínica.

COMENTARIO

En algunas ocasiones un uréter doble no drena un segmento renal sino que tiene una terminación ciega. Se han comunicado menos de 75 casos de esta anomalía que parece, sin embargo, observarse con mayor frecuencia de lo que se refleja en la literatura. En la mayor parte de los casos, esta anomalía se encuentra en la porción media o distal del uréter. Es más frecuente en mujeres y en uréter derecho. Muchos de estos "uréteres ciegos" no ocasionan síntomas. Los pacientes sintomáticos aquejan dolor abdominal inespecífico o dolor lumbar crónico aunque pueden asociarse a infecciones o litiasis. Un anómalo peristaltismo de este segmento puede condicionar una ectasia intermitente que suele ser la causa del dolor. El manejo es inicialmente conservador. La exéresis quirúrgica se reserva para los casos en los que se asocien complicaciones clínicas.

ESQUISTOSOMIASIS: UNA PARASITOSIS URINARIA CADA VEZ MÁS FRECUENTE

López López A. I, Maluff Torres A, Escudero Bregante JF, López González PA, Doñate Iñiguez G, Prieto González A, Pérez Albacete M.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN

La esquistosomiasis urogenital es una de las muchas parasitosis que padecen los habitantes de los países pobres. En los países del África Subsahariana constituye uno de los principales problemas de Salud Pública afectando principalmente a la infancia. Ésta enfermedad, como algunas otras parasitosis, está aumentando su incidencia en Europa como consecuencia de la mayor movilidad poblacional por lo que debe ser incluida por los urólogos europeos en sus algoritmos diagnósticos.

CASO CLÍNICO

Varón de 28 años de edad, oriundo de Malí. Consulta por cuadro de hematuria intermitente de un año de evolución acompañada de intenso síndrome miccional. Exploración física anodina excepto adenopatías bilaterales en cadenas inguinales, blandas y móviles de características inflamatorias. El sedimento urinario es normal y la analítica general muestra leucopenia de 2560 leucocitos con fórmula leucocitaria normal, sin embargo, paciente aporta una analítica de 6 meses atrás, que evidencia leucocitosis con neutrofilia (36208 leucocitos con 84%N). Se solicita serología de anticuerpos para Schistosoma que resulta positiva a títulos de 1/64. La Rx de abdomen muestra calcificaciones vesicales lineales (Foto 1) y la UIV evidencia una estenosis ureteral distal izquierda (Foto 2). La ecografía no muestra hallazgos significativos y el examen de la orina en fresco no fue concluyente. Realizamos una cistoscopia observando múltiples lesiones redondeadas, pequeñas y blanquecinas en la totalidad de la mucosa, de las que se toman muestras de biopsia fría. El resultado del estudio anatomopatológico de las mismas destaca la presencia de estructuras redondeadas basófilas, con cutícula periférica, compatibles con schistosomas. No se identifica en su periferia respuesta histiocitaria o granulomatosa. (Fotos 3 y 4). El paciente se trató con Praziquantel en dosis única 40 mg/kg de peso en monodosis. Evoluciona favorablemente 3 meses después y sigue revisiones ambulatorias.

COMENTARIO

A pesar de la infrecuencia de la esquistosomiasis en nuestro medio y en relación al aumento de los fenómenos

migratorios poblacionales, debemos incluir esta afectación urinaria en el diagnóstico diferencial de la hematuria monosintomática. El conocimiento de determinadas entidades, que siendo infrecuentes en nuestro medio, van aumentando su incidencia debido a la mayor movilidad de las personas, parece ser ineludible y para ello debemos recordar incluir en nuestra anamnesis datos que nos orienten hacia el diagnóstico de las mismas.

LINFEDEMA ESCROTAL IDIOPÁTICO: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

López López A. I, Maluff Torres A, Escudero Bregante JF, López González PA, Doñate Iñiguez G, Prieto González A, Pérez Albacete M.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

CASO CLÍNICO

Paciente de 58 años que consulta por cuadro de edema penoescrotal de 6 meses de evolución. Como único antecedente presenta un herniorrafia inguinal derecha y cirugía de cadera izquierda un año atrás. Con diagnóstico de linfedema penoescrotal idiopático se decide tratamiento quirúrgico.

COMENTARIO

El linfedema de pene y escroto es poco frecuente en nuestro medio pero muy frecuente en países tropicales en los que su aparición se relaciona con la mayor prevalencia de filariasis, enfermedad endémica en países como la India. Mucho menos frecuente es el linfedema primario, como el caso que presentamos. La deformidad de pene y escroto se produce por la pérdida de fibras elásticas, la hiperplasia de tejido conectivo y la sobreinfección bacteriana. Hay 2 principios quirúrgicos para el tratamiento del linfedema de los genitales. La linfangioplastia o drenaje de linfa de las zonas afectadas y la linfangiectomía o escrotoplastia reducida que propone la resección total de la piel enferma y del tejido que se encuentre afectado.

TRASPLANTE RENAL EN RECEPTORES MAYORES DE 60 AÑOS

López López A. I, Cao Avellaneda E, Maluff Torres A, Escudero Bregante J. F, López González P. A, López Cubillana P y Pérez Albacete M.

Servicio de Urología Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia Servicio de Urología Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida de la población española ha incrementado en los últimos años la demanda de órganos para trasplante renal de pacientes mayores de 60 años sometidos a programas de diálisis. Sin embargo, la escasez de órganos para trasplante hace imprescindible la optimización de los recursos existentes y pone de manifiesto la necesidad de conocer la evolución de los pacientes añosos transplantados.

OBJETIVOS

1.- Evaluar el impacto de la edad en los trasplantes renales realizados en el Hospital Virgen de la Arrixaca entre Septiembre de 2001 y Diciembre de 2005. 2.- Averiguar si las complicaciones médicas y quirúrgicas postrasplante en receptores mayores de 60 años difieren de las encontradas en receptores jóvenes. 3.- Valorar si existe diferencia en la función renal a los 3, 6 y 12 meses del injerto entre ambos grupos de edad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Han sido revisadas las historias clínicas de los pacientes transplantados en el HUVA entre Septiembre de 2001 Diciembre de 2005, recopilándose, entre otros, los siguientes datos: nombre, historia clínica, fecha de nacimiento y edad, antecedentes personales, causa de la insuficiencia renal y número de meses en diálisis del receptor, fecha del trasplante, edad y causa de la muerte del donante, complicaciones médicas y quirúrgicas postrasplante, tipo de inmunosupresión, existencia de necrosis tubular aguda y duración de la misma, desarrollo de rechazo agudo, y en tal caso si fue corticorresistente, y valores de creatinina al mes y a los 6 y 12 meses postrasplante.

RESULTADOS

De los 242 pacientes transplantados el 56.6% fueron hombres frente a un 46% de mujeres, de los cuales 45 (18.6%) tenían una edad igual o superior a 60 años. Encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la presencia de HTA, hiperuricemia, neumopatía, aterosclerosis y calcificaciones vasculares en los receptores

añosos frente a los receptores jóvenes. En relación a las complicaciones médicas y quirúrgicas postrasplante el estudio no mostró significación estadística en la trombosis venosa o arterial, la fístula, el linfocele, la presentación de necrosis tubular aguda o rechazo agudo ni el resto de variables analizadas. El análisis de la función renal a los 3,6 y 12 meses no muestra diferencias entre los pacientes jóvenes y añosos. El estudio multivariante confirma como variables con valor predictivo para la función renal al año del trasplante, la hipertensión, la hiperuricemia y cardiopatía previa excluyendo la edad del receptor al injerto. Asimismo la HTA y la dislipemia se comportan como variables predictivas en la aparición de hematoma perirrenal, no obteniendo resultados destacables en el resto de complicaciones estudiadas.

CONCLUSIONES

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las complicaciones médicas ni quirúrgicas entre los receptores mayores o menores de 60 años. Esta evaluación retrospectiva apoya nuestra idea de que la edad no debe ser a priori la causa de la exclusión del paciente del trasplante como opción terapéutica

ALTERNATIVA TERAPÉUTICA PARA EL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO DE ORIGEN VESICAL

Pedro A. López González, Jesús I. Tornero Ruíz, Guillermo Gómez Gómez, Alejandro Maluff Torres, Félix Escudero Bregante, Ana López López, Mariano Pérez Albacete

Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN

El dolor pélvico crónico es un cuadro complejo e importante tanto por su morbilidad como por su frecuencia. Una de sus causas a considerar es la cistitis intersticial, sobre todo cuando se asocia a sintomatología miccional. La mejora en el conocimiento de la patogénesis de la cistitis intersticial, con el punto de partida en la alteración de la impermeabilidad del urotelio vesical y el potasio como principal agente tóxico, ha contribuido al desarrollo de nuevas estrategias diagnósticas y terapéuticas. Existe una gran variedad de modalidades de tratamiento, pero ninguno ha demostrado ser del todo eficaz.

OBJETIVO

Pretendemos evaluar la respuesta de los pacientes, con dolor pélvico crónico de origen vesical, a otra alternativa terapéutica como es la instilación intravesical de una solución compuesta por anestésico local, corticoide y antibiótico a la que denominamos "Formula Sedante".

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre Junio de 2003 y Septiembre de 2006, 14 pacientes de nuestro hospital, 12 mujeres y 2 hombres, con una media de edad de 59 años, con dolor pélvico crónico de origen vesical y refractarios a otras modalidades de tratamiento, llevaron un protocolo de instilaciones intravesicales con "Formula Sedante". Evaluamos: 1) el dolor antes y después del tratamiento; 2) la frecuencia miccional antes y después de esta terapia; y 3) la mejoría subjetiva tras el tratamiento.

RESULTADOS

De los 14 pacientes, hubo un abandono y ninguno de ellos presentó efectos secundarios reseñables. El 76% de los pacientes, que siguieron el tratamiento, tuvieron una disminución de los valores en la escala de dolor, con una mejoría media del 46%. No existieron diferencias significativas en cuanto a la frecuencia miccional pre y post-tratamiento. Un 61% refirió sentir mejoría tras la pauta de instilaciones, de los cuales un 83% la evaluó como "moderadamente mejor" o "mucho mejor".

CONCLUSIONES

Consideramos el tratamiento de instilación intravesical con "Formula Sedante" una opción útil y segura, como segunda línea de tratamiento, para el dolor pélvico crónico de origen vesical.

LEIOMIOMA GIGANTE PENEANO

C.García Espona, J. Jimenez Penick, J. Moreno Avilés, J.M. Cervell Ferrón, J.M. Soler Fernández, L. Olmos García E. Hita Rosino, M. E. Cachay, R.García Perez

Hospital de Cartagena, Santa María del Rosell

RESUMEN

Se presenta el caso de un varón de 65 años, que presenta un tumor voluminoso en región peneana, de larga evolución, diagnosticado hacía años por PAAF como leiomioma, la decisión quirúrgica se establece ante la molestias que le origina para su actividad sexual. Etiquetado como tumor benigno, se expone el caso ante lo inusual de la localización así como por sus dimensiones.

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE TUMORES RENALES INTERVENIDOS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL ROSELL.

Hita Rosino E, Jiménez Penick FJ, Moreno Avilés J, García Espona C, Soler Fernández J, Olmos García L, Cachay Ayala E, Cervell Ferrón JM, García Pérez R.

Hospital Santa María del Rosell. Cartagena (Murcia).

RESUMEN

El Carcinoma de Células Renales (CCR) representa el 2-3% de los tumores del adulto; se diagnostican 8,7 casos nuevos por 100000 habitantes por año, con una alta tasa de mortalidad. La frecuencia es ligeramente superior en varones con una relación de 1,6:1, así como es más frecuente entre la cuarta y sexta décadas de la vida, con un pico máximo en la sexta década. La mayor incidencia se presenta en los países nórdicos (Dinamarca y Suecia). Las clasificaciones por estadios más utilizados es la de UICC ó TNM y la del Grado histológico de diferenciación nuclear. Se trata de un estudio retrospectivo basado en las historias clínicas, para determinar la incidencia de carcinoma renal en los pacientes intervenidos en el Hospital Santa María del Rosell, así como las variables edad, sexo, tamaño tumoral y estadio patológico. Entre los años 1996 y 2002 se han intervenido 64 pacientes, siendo los años 1998 y 1999 los que presentaron un mayor número de casos. La incidencia del CCR ha sido baja en nuestro medio. La frecuencia en varones es de 62,1%, mientras que el riñón izquierdo es el lado más frecuente con un 53,4%. La mayoría de las neoplasias han estado localizadas en ambos polos renales. Los CCR Incidentales han sido el 34,48%, por el contrario en los Sintomáticos la semiología más común es la hematuria y el dolor. El tamaño tumoral predominante ha sido el inferior a 7 cm. Con un 51,1% de los casos, por el contrario el estadio patológico más frecuente fue el pT2, siendo la diferenciación nuclear avanzada la más común en nuestra serie. La incidencia en nuestro medio de CCR es baja, creemos que esto es debido a que solo se han tenido en cuenta los pacientes intervenidos en nuestro hospital. Seguramente la frecuencia de nuevos casos es mayor actualmente. Nos llama la atención el bajo porcentaje de CCR Incidentales y el número elevado de tumores de alto grado, no encontrando una explicación adecuada a éste hallazgo; se necesitarán posteriores estudios epidemiológicos.

¿QUÉ NÚMERO DE BIOPSIAS PROSTÁTICAS ES EL MÁS ADECUADO? NUEVO PROTOCOLO DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER.

Rosino Sánchez, A., Honrubia Vilches, B., Giménez Bascuñana, A.*, Rodríguez Tardido, A., Hita Villaplana, G., Guzmán Valls, P., Romero Hoyuela, A.

Servicio de Urología y *Anatomía Patológica del Hospital Morales Meseguer. Murcia.

RESUMEN

Últimamente se han publicado varios artículos que proponen un cambio en la estrategia habitualmente empleada en la realización de las biopsias de próstata. Básicamente, los avances se dirigen a tres áreas. Por un lado, está cada vez más clara la conveniencia de realizar la prueba bajo anestesia local, lo cual supone una mayor comodidad y nos permite la realización de un mayor número de cilindros. Por otro lado, los protocolos de biopsias denominados "ampliados", que realizan entre 12 y 18 cilindros, están presentando en la literatura datos acerca de su ventaja frente a los esquemas clásicos tanto en la tasa de diagnóstico como en el mejor estadiaje del tumor. El tercer

avance importante afecta a la información que el patólogo puede suministrar al urólogo con las muestras remitidas, que pueden ayudar a precisar mucho mejor el estadiaje clínico de estas neoplasias. Por este motivo, y tras revisar la literatura, recientemente se ha cambiado el protocolo de biopsias prostáticas que se realiza en el Hospital Morales Meseguer. Dicho protocolo incluye la anestesia local a todos los enfermos, la toma de 16 muestras en áreas ya establecidas, el envío de las muestras en 8 botes diferentes, dividiendo cada lóbulo en cuatro áreas (base, lateral, medial y ápex), y el que en el informe remitido por el servicio de anatomía patológica conste, además de los datos clásicos (Gleason, área afectada y permeación perineural), número de cilindros afectados, porcentaje total del tumor y presencia de cilindros masivamente afectados. Además se expondrán los datos iniciales de dicho protocolo.

BULTOMA FRONTAL SIMULANDO LIPOMA COMO MANIFESTACIÓN DE CARCINOMA PROSTATICO

Guzmán P., Rodriguez A., Izquierdo E.,Rosino A.,Honrubia B.,Hita G.,Romero A.,Meseguer F.,Cuesta F.V., Miñana B.
Servicio de Urología.Hospital General Universitario "Morales Meseguer".MURCIA

RESUMEN

Presentamos un paciente de 69 años que acude a Dermatología por verrugas seborreicas en área interpectoral y bultoma en región frontal derecha compatible con quiste sebáceo, exostosis y/o lipoma. Sin antecedentes de interés, excepto HTA. Remitido a Urología por elevación de PSA solicitado tras PAAF del bultoma que informaba de Adenocarcinoma. El paciente está asintomático, practica deporte Exploración física A nivel frontal derecha se aprecia tumoración subcutánea adheridos a planos profundos. Tacto Rectal: próstata grado II-III dura, pétrea, claramente sospechosa de Adenoca. de próstata Exploraciones Complementarias PAAF de lesión: + para malignidad, sugestivo de Adenocarcinoma. Analítica: PSA: 1070 ng/ml. TC Abdominopélvico, torácico y craneal: Metástasis frontal y craneal, costilla, articulación sacroilíaca derecha y vertebral múltiples Gammagrafía Osea con rastreo con HDP-Tc99m: múltiples focos patológicos de hipercaptación del trazador a lo largo del esqueleto óseo compatible con enfermedad diseminada RMN pélvica: adenopatía en mesosigma de mas de 1 cm. Extensa masa que afecta a la porción periférica y fundamentalmente posteroizquierda de próstata, infiltrando cápsula, así como infiltrando la seminal izquierda. Se inicia tratamiento con Bloqueo Hormonal Completo con Triptorelina 11,25 mg trimestral (Decapeptyl ®) y Bicalutamida 50 (Casodex®) 1c/24 horas y con Ácido Zoledrónico 4 mg (Zometa®) calcio 500 mg 1 c/24 horas y 400 UI de vitamina D. Discusión Las metástasis cutáneas o subcutáneas de tumores primarios genitourinarios son infrecuentes en la enfermedad avanzada, pero cuando aparecen se relacionan con un peor pronóstico. La incidencia de metástasis cutáneas de próstata en la literatura es inferior al 0,3%, siendo la localización mas frecuente en ganglios linfáticos, huesos, pulmones, hígado y glándulas suprarrenales siendo la afectación cutánea una hallazgo raro, siendo todavía más excepcional que sea la manifestación primaria como en nuestro caso. Se describen diferentes formas de presentación siendo la mas frecuente la de múltiples nódulos subcutáneos o formación angiomasos en área suprapúbica y zona anterior de muslos otros son en zona umbilical o submamaria.La vía de diseminación en las metástasis cutáneas es controvertida, pero la embolización arterial o venosa así como la diseminación linfática o linfáticos perineurales se sugiere. El diagnóstico a veces es difícil o por azar.

RECIDIVA LOCAL EN ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA HORMONORRESISTENTE

Rodriguez A.,Izquierdo E.,Guzmán P.,Honrubia B.,Rosino A.,Romero A.,Hita G.,Cuesta F.V., Meseguer F.,Miñana B.
Servicio de Urología. Hospital General Universitario "Morales Meseguer".MURCIA

RESUMEN

Paciente de 74 años en seguimiento desde Enero de 1998 por Adenocarcinoma de próstata Gleason 8 (4+4)(T4N1M0)con bloqueo hormonal. Evolución El PSA asciende paulatinamente con cifras de 0,13 ng/ml en Enero de 2003. En Noviembre de 2003 PSA de 3,03 ng/ml, asintomático con extensión negativas (TC, Rx tórax y gamma). En Noviembre de 2005 cifras de PSA de 15 ng/ml, y se hace ventana androgénica, ascendiendo el PSA a cifras de 41 ng/ml sin dolor y con RX tórax, TC abdominopélvico y Gammagrafía ósea que no objetiva signos de diseminación de su enfermedad Exploración física En la actualidad no existe ninguna alteración ni en cabeza ni cuello ni tórax, abdomen con cicatriz de laparotomía infraumbilical. Ginecomastia bilateral evidente.

Miembros inferiores normales. Tacto Rectal: próstata plana Pruebas complementarias TC Abdominopélvico (09/1997; 03/2001; 03/2006): negativo. Gammagrafía Ósea con rastreo con HDP-Tc99m (10/1997; 03/2001 y /11/2005): Estudio gammagráfico dentro de la normalidad. PET-colina y PET-FDG (04/2006): depósito hipermetabólico de elevada actividad (SUV:10,3) que se sitúa en región pélvica, ligeramente lateralizado hacia la derecha, posterior a la sínfisis del pubis y situándose por tanto a nivel del lecho quirúrgico tras prostatectomía radical. De igual forma, tras la administración del 18 FDG se pone de manifiesto dicho depósito aunque presenta un SUV más de 7,4. Dichos hallazgos son compatibles con recidiva local, probablemente con un alto grado de malignidad. Tratamiento En la actualidad está en tratamiento con Triptorelina 11,25 mg trimestral (Decapeptyl ®) y se ha remitido a la Unidad de Radioterapia del Instituto Oncológico del Sureste para irradiación de lecho prostático y vesículas seminales y posterior sobreimpresión sobre el área de captación de colina. Discusión La prostatectomía radical es un tratamiento aceptado y efectivo en los cánceres de próstata organo-confinados, siendo inevitable incluso en las circunstancias más óptimas evitar la recurrencia. Uno de los mejores marcadores para el seguimiento y detectar la recurrencia temprana es la determinación periódica del PSA. Los métodos de localización estándar de crecimiento tumoral después de recidiva bioquímica disponibles hoy en día son insuficientes, al menos en determinados casos, estos son tacto rectal, eco transrectal, gammagrafía ósea, tomografía computarizada o su combinación. Algunos trabajos muestran el hallazgo en RMN. Existen estudios que indican que el PET con C11 acetate es un marcador con alta sensibilidad y puede desempeñar un papel importantísimo como prueba diagnóstica para la detección precoz y su localización en las recurrencias tras Prostatectomía Radical. En contraste con el PET-FDG el C11 no se elimina por orina y es más específico que otros marcadores para cáncer de próstata aunque estamos pendiente de estudios que confirmen los datos. Parece que el PET diagnostica con alta sensibilidad por encima de niveles superiores a 2 ng/ml.

AVISO PARA "BULTOMA FRONTAL SIMULANDO..."

Hospital General Universitario "Morales Meseguer".MURCIA

RESUMEN

El enviado como bultoma frontal simulando lipoma como manifestación de carcinoma prostático.

UTILIZACIÓN, PRESTACIONES Y REPERCUSIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE ALMACENAMIENTO Y VISUALIZACIÓN DE IMÁGENES RIS-PACS, EN UN SERVICIO DE UROLOGÍA

M. Tomás Ros, A. Sempere Gutiérrez, J.L. Rico Galiano, J.P. Morga Egea, P. Valdevira Nadal y L.O. Fontana Compiano.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

ANTECEDENTES

El diagnóstico por imagen tiene una importancia básica en nuestra especialidad. Gran parte de nuestras decisiones clínicas se llevan a cabo tras visualizar un estudio radiológico. La calidad y posibilidad del tratamiento de las imágenes y la agilidad en la adquisición de las mismas por parte del clínico, pueden tener gran repercusión sobre la tarea asistencial.

OBJETIVOS

Analizar las posibilidades de utilización, prestaciones y repercusiones de un sistema de almacenamiento y visualización de imágenes RIS (sistema de información radiológico) y PACS (sistema de archivo y recuperación de imágenes), en un Servicio de Urología (Hospital General Universitario Reina Sofía).

MATERIAL Y METODOS

Búsqueda electrónica de webs y artículos relacionados con los sistemas RIS-PAC. Entrevista con personal responsable en nuestro centro del RIS webs link de Siemens y con técnicos del sistema PACS de Philips España.

RESULTADOS

La disponibilidad de un sistema de información radiológico en un Servicio de Urología (RIS weblink), no solo va a permitir la adecuación de los recursos disponibles para la realización de las exploraciones, además va a facilitar la introducción de los datos identificativos de los pacientes, la programación de exploraciones de acuerdo al

catálogo de prestaciones definido (cartera de servicios). Permite el control de asistencia de los pacientes, la identificación de los profesionales que realizan la exploración y la de los radiólogos que la informan, también de los facultativos que lo consultan. Se garantiza la confidencialidad y custodia de los estudios. Es posible la interconexión adecuada con otros sistemas digitales (imagen endoscópica, urodinámica, etc.) y a los programas de gestión de historias clínicas como SELENE. Asimismo, el sistema tiene una serie de ventajas desde el punto de vista de la organización, pues desaparece el espacio reservado para el archivo radiológico de historias clínicas, que en gran parte es ocupado por el; disminuye la necesidad de organizar, archivar, custodiar y transportar las radiografías (y la historia clínica) a las diferentes consultas y servicios, y evita el deterioro, extravío y confusión de la placa. El control exhaustivo de todos los estudios realizados de cada paciente, evita repetir estudios.

CONCLUSIONES

El Sistema de almacenamiento y visualización de imágenes RIS-PACS es una herramienta única, en el ámbito uroradiológico, y en el conjunto de toda la Calidad Asistencial Hospitalaria.

EVALUACIÓN Y MEJORA DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN SERVICIO DE UROLOGÍA

Romero Hoyuela, A.; Miñana López, B.; Rodríguez Tardido, A.; Guzmán Martínez-Valls, P.L.; Rosino Sánchez, A.; Hita Villaplana, G.

Hospital General Universitario Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN

El Documento de Consentimiento Informado (DCI) ofrece un cuadro de la interfase verbal entre el médico y el paciente cuyo elemento central es la obligación de que el actor terapéutico primario sea franco y transmita información terapéutica veraz, que el paciente pueda comprender y aceptar, manifestando esto por medio de la firma de un formulario estándar que reflejará el consentimiento que preste a una actividad terapéutica dada, aceptando como esperables los resultados que están explícitamente puestos en el formulario.

OBJETIVO

Detectamos un déficit en el grado de cumplimiento del Documento del Consentimiento Informado (DCI) durante la entrevista medico-enfermo en la consulta de urología. Analizamos este problema como una oportunidad de mejora, introduciendo las modificaciones pertinentes y evaluar el resultado final basándonos en la Metodología propuesta por el programa EMCA (Estudios para la Mejora de Calidad Asistencial) de la Región de Murcia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio del nivel de cumplimiento en cuanto del consentimiento informado en el Servicio de Urología de nuestro centro hospitalario en base al grado de cumplimentación de los apartados de dicho documento para lo cual se desarrollaron una serie de criterios en los que solo cabía la posibilidad de cumplimiento o no cumplimiento de dicho criterio. Se establecieron cinco criterios: C1 Toda historia clínica de pacientes programados para intervención quirúrgica debe contener el documento de consentimiento informado. C2 El DCI debe estar correctamente cumplimentado (nombre del paciente, fecha, firma paciente, DNI, sello y firma del médico). C3 El DCI debe estar cumplimentado como mínimo 48h antes del acto quirúrgico programado. C4 La naturaleza del DCI y la intervención quirúrgica practicada deben coincidir en su totalidad. C5 En la historia clínica debe estar presente el DCI del servicio de Anestesia. El hecho de incluir este último criterio en la valoración del proceso de cumplimentación es por la necesidad de la existencia de dicho documento para la programación de los pacientes quirúrgicos. La dimensión estudiada fue la calidad científico-técnica. La fuente de datos fue la evolución de las historias clínicas de paciente programados para intervención quirúrgica en el servicio de urología para ello se evaluó de forma retrospectiva el grado de cumplimiento de los criterios antes descritos y se realizó una nueva revisión de los mismos tras la puesta en marcha de un ciclo de mejora. Tamaño de la muestra 100 casos en ambas intervenciones (grado de confianza 95%, precisión 0,1) y método de muestreo aleatorio simple. El programa de mejora fue la puesta en común al resto del personal del servicio de urologías de los datos preliminares del grado de cumplimiento del protocolo de consentimiento informado y poner en marcha la voluntad y celo en el correcto cumplimiento del DCI.

Actividades científicas

AUSPICIADAS Y AQUELLAS EN LAS QUE HAN PARTICIPADO MIEMBROS DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

REUNIÓN DE MÉDICOS RESIDENTES DE UROLOGÍA DE LAS COMUNIDADES DE VALENCIA Y MURCIA

La XIX reunión de médicos residentes de Urología, promovido por las Asociaciones de Urología de la Comunidad Valenciana y de la Murciana, se celebró el día 21 de enero de 2006 en el Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia. El tema de discusión fue "Patología urológica frecuente en el ambulatorio". Participaron de Murcia las Dras. Rodríguez Tardido, residente de tercer año del Hospital General Universitario Morales Meseguer, que expuso el tema "Dolor pélvico crónico" y López López residente de cuarto año del Universitario Virgen de la Arrixaca el de "Dolor lumbar".

La XX reunión fue organizada por la Dra. Rodríguez Tardido, en el Hospital General Universitario Morales Meseguer, de Murcia, el día 6 de mayo de este año, en salón de actos del Hospital, el tema de trabajo fue la presentación de casos clínicos, fueron

los moderadores, representantes de la Asociación Murciana de Urología los Drs. Cao Avellaneda y Rigabert Montiel del Hospital Virgen de la Arrixaca, Andrés Sempere del Reina Sofía, Romero Hoyuela del Morales Meseguer y Rosino Sánchez del Nuestra Señora del Rosell. La Dra. Rodríguez Tardido presentó "Cáncer de próstata" y el residente de tercer año del Hospital Virgen de la Arrixaca Dr. Maluff Torres "Incontinencia urinaria".

La XXI reunión ha tenido lugar en Valencia el día 4 del corriente, organizada por el Servicio de Urología del Hospital General de Valencia sobre el tema "Complicaciones de la cirugía urológica". Participaron la Dra. Rodríguez Tardido con la exposición de "Adenoma de próstata", y el Dr. Escudero Brengante, residente de tercer año del Hospital Virgen de la Arrixaca, con "Cirugía percutánea renal".

XL CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN DE UROLOGÍA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA Y DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

Se celebró en Valencia en febrero de 2006, los días 24 y 25, organizado por el Hospital La Fe y desarrollado en el Centro de Convecciones de las Arenas ubicado en la playa valenciana, con estudio de la "Patología vésico-uretral" En su transcurso tuvo lugar la presentación por el Dr. Pérez Albacete como coordinador de la edición del libro Crónica histórica de la Urología valenciana, escrito en colaboración con los Drs. E. López Alcina y J. A. Canovas Iborra.



XII REUNIÓN DE TRASPLANTE RENAL DEL GRUPO DE TRABAJO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE UROLOGÍA

Se desarrolló en Murcia los días 23 a 25 de marzo de 2006, en los salones del recién inaugurado hotel Nelva, organizado por el Servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, bajo la dirección del coordinador nacional, Dr. Alcaraz Asensio y del Dr. Pérez Albacete del comité local, con la participación de unos noventa urólogos que representaban a todos los Hospitales y grupos trasplantadores del país. El trabajo se distribuyó en seis mesas redondas en las que se abordaron los criterios de inclusión en lista de espera, la inmunosupresión, el trasplante en pacientes con patología tumoral, con riñón subóptimo y en el del donante vivo y la valoración del paciente previa al injerto y tres conferencias, dos de ellas por profesores extranjeros; hubo veinte comunicaciones y 24 pósteres, que fueron ampliamente discutidos.



LXXI CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE UROLOGÍA

Durante los días 10 a 13 de junio en el transcurso del congreso Nacional en Sevilla, dentro de los “**Cursos de Adiestramiento**”, se organizó el titulado “Metodología Científica. Medicina Basada en la Evidencia”, dirigido por el Dr. Tello Royloa que contó con la colaboración del Dr. Tomás Ros del Grupo de Urología Basada en Pruebas de nuestra Asociación. El Dr. Pérez Albacete, como coordinador de la **Oficina de Historia**, en una sesión institucional, hizo la presentación del la edición facsímil de libro de 1736 editado por la Oficina Observación de operación lithotómica y demostración anatómica operada y demostrada en el insigne hospital de El Espíritu Santo por D. Luís Montero, además de preparar la exposición “La Urología en Sevilla” exhibida en el están de la Oficina en el recinto comercial. El Dr. Romero Hoyuela, como miembro de la **Oficina de Ética**, colaboró en la exposición que sobre bibliografía y análisis del tema presentaron en su están.

PROYECTO «CASOS CLÍNICOS EN CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO»

Promovido por la Asociación Española de Urología, el viernes 16 de junio tuvo lugar en Elche la presentación de los casos seleccionados por la AEU de entre todos los remitidos por los urólogos de los Servicios de Urología de Alicante y Murcia. Del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca hizo la exposición el Dr. Tornero Ruiz, “Retención aguda de orina en paciente con deterioro del estado general”; del General Universitario Morales Meseguer el Dr. Guzmán, “Bultoma frontal simulando lipoma como manifestación de carcinoma prostático”, del Reina Sofía el Dr. Morga, “Síndrome constitucional en adulto joven”, del Rafael Méndez, de Lorca, el Dr. Moreno, “Macrohematuria monosintomática intermitente y autolimitada en varón de edad avanzada”, y del Hospital del Noroeste, de Caravaca de la Cruz, el Dr. García “Presentación inusual de ca. de próstata. A propósito de un caso”.

METODOLOGÍA CIENTÍFICA. MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA




Objetivos del Curso:

- Exponer los conceptos básicos de la metodología de la Medicina Basada en la Evidencia: concepto, utilidad, aplicación en urología.
- Describir las herramientas básicas de la Medicina Basada en la Evidencia: búsqueda de la mejor información biomédica disponible y habilidades en lectura crítica de la literatura científica.

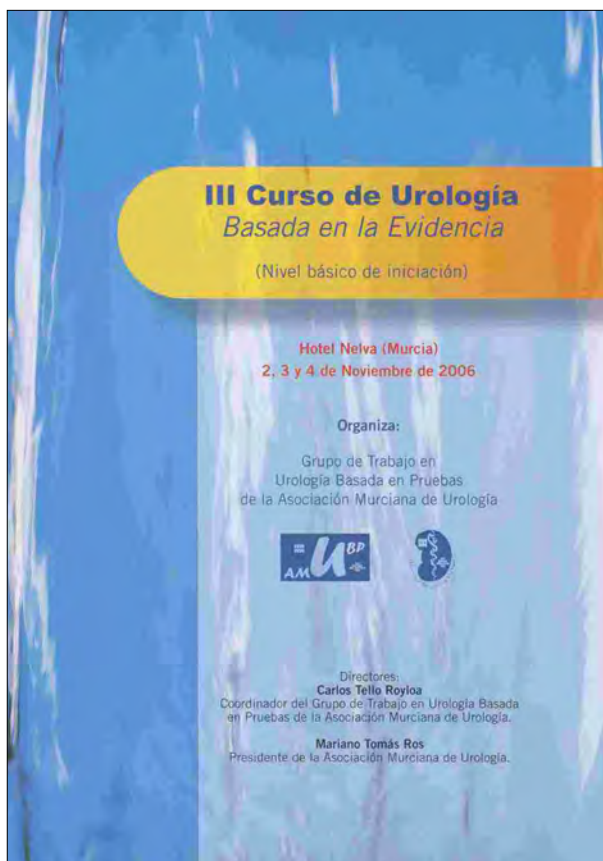
C. Tello Royloa M. Tomás Ros F. Milán Rodríguez

SESIONES CLÍNICAS



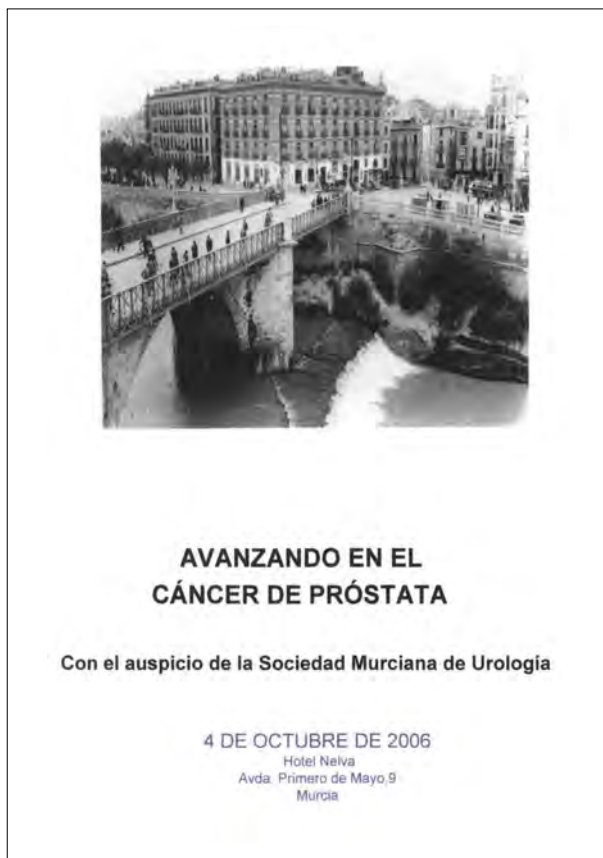
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE UROLOGÍA

Cáncer
de próstata
avanzado



III CURSO DE UROLOGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

Durante los días 3, 4 y 5 de noviembre, organizado por el Grupo de Urología Basada en Pruebas de la AMU dirigido por el Dr. D. Carlos Tello Royloa, ha tenido lugar el tercer curso en el hotel Nelva de Murcia; los trece inscritos, de distintas Comunidades Autónomas, encontraron un programa denso y bien preparado para su fácil comprensión y aprovechamiento.



GUÍA CLÍNICA SOBRE EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

Durante todo el curso pasado y motivado por las inquietudes surgidas tras la celebración de la XI Jornada Urológica Murciana, celebrada en Caravaca en febrero de 2005, se han organizado unas reuniones multidisciplinarias, con la asistencia de urólogos de casi todos los hospitales de la región, con el fin de intentar diseñar una guía clínica, consensuada entre todos los miembros de la Comunidad de Murcia que tratan esta patología, para el abordaje del Cáncer de Próstata en todas sus vertientes. El pasado cuatro de octubre, en una reunión celebrada en el Hotel Nelva y a la que asistieron urólogos, oncólogos y radioterapeutas, se discutieron las conclusiones de la parte ultimada del estudio y se elaboró una agenda de trabajo para proseguir con el proyecto. Queda mucha labor por hacer pero se agradece el esfuerzo de todos los participantes y se anima a los que no lo hicieron a que colaboren en la medida de sus posibilidades.

XX Reunión de residentes de urología

El día 6 de mayo de este año tuvo lugar aquí, en nuestra región, la vigésima reunión de residentes de Urología de las comunidades valenciana y murciana. Se trataba de la cuarta en la que yo he tenido el placer de participar de forma activa, y la primera que se llevaba a cabo desde que se convocan estas reuniones, en el hospital del que soy residente, el Hospital General Universitario "Morales Meseguer", lo cual nos supuso un gran honor.

Actualmente, este evento se celebra cada seis meses, alternando su organización entre los diferentes hospitales que cuentan con residentes en dichas comunidades, y su fin es, además del importante aspecto didáctico y docente, el habituarnos a exponer comunicaciones y el "curtimos" a la hora de responder a las preguntas que puedan surgir entre los asistentes y moderadores. Además nos brinda la oportunidad a los residentes de conocernos y compartir nuestras vivencias e inquietudes.

Desde hace 1 año se decidió que las presentaciones en vez de ser exclusivamente teóricas se sustentasen en casos clínicos para así dar un carácter más dinámico y participativo a las reuniones. En este caso, el título del encuentro (que siempre se elige en la reunión precedente) era "Casos clínicos frecuentes" entre los que se encontraban temas tan variados como las malformaciones congénitas, infecciones urinarias y tumores urológicos.

Y llegó el día... Por supuesto, a los nervios de tener yo misma que exponer un caso clínico, se añaden los de intentar que todo vaya sobre ruedas: que todos los asistentes tengan el programa de la jornada con cierta antelación, que el salón de actos del hospital (donde se celebraba el evento) y el sistema audiovisual estén preparados, y solucionar esos pequeños contratiempos que surgen siempre a última hora.

Los participantes de la reunión fueron llegando de forma bastante escalonada, cosa normal teniendo en cuenta que la mayoría de residentes hacían el viaje desde Valencia esa misma mañana. Prácticamente asistieron todos, tanto los de Valencia como aquellos de Alicante (y

por descontado los de Murcia). Como ya viene siendo habitual, se resiente la participación de más adjuntos de los diferentes hospitales, salvo los de aquellos de la ciudad donde se celebra la reunión.

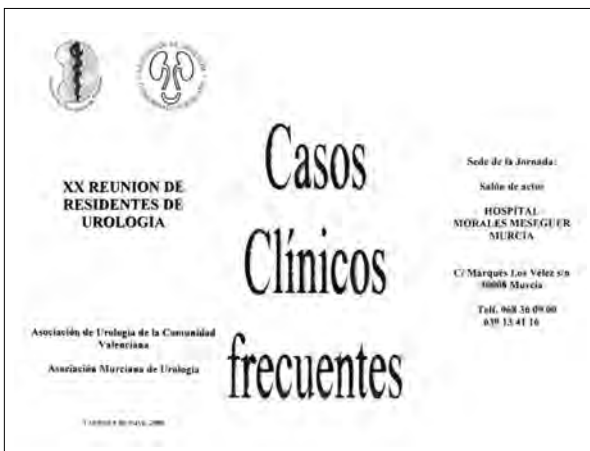
El acto contó con cuatro mesas constituidas por dos moderadores cada una, todos ellos médicos adjuntos de los hospitales Virgen de la Arrixaca, Reina Sofía y Morales Meseguer. Hay que agradecer al Dr. D. Mariano Pérez Albacete y al Dr. D. Bernardino Miñana su aceptación a participar en una mesa al faltar a última hora dos moderadores que debían venir desde Valencia.

En general, las diferentes presentaciones hechas por los residentes fueron amenas y se ciñeron a las normas exposición de casos clínicos recientemente establecida. El ambiente de la reunión fue distendido y hubo participación tanto por parte de los residentes como de los adjuntos y algún acompañante que acudió como público a la reunión. Como siempre ocurre (cosa cual es buena y demuestra implicación) se tocaron diversos temas, de forma muy dinámica y que consiguieron, en mi opinión, hacer de esta reunión una de las más participativas e interesantes de las que yo he asistido.

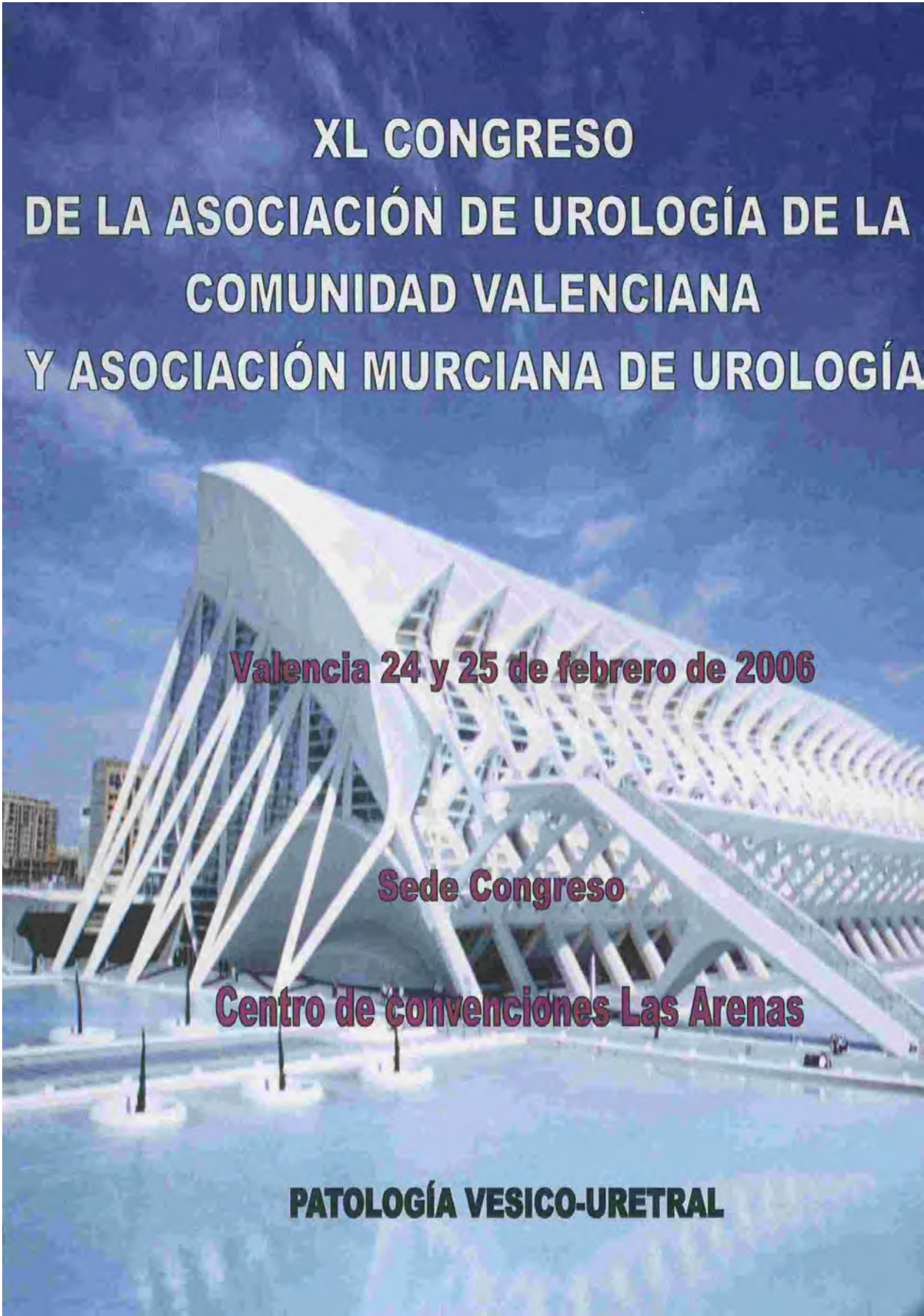
Para terminar, todos los asistentes pudimos disfrutar de una agradable comida en el restaurante "El Churra", gracias, como no, al laboratorio MSD, que desde el inicio de estas reuniones siempre nos apoya, y al cual le agradezco sinceramente su predisposición desde el primer momento en que me puse en contacto con ellos.

Además, quiero agradecer su participación a los moderadores de las mesas por su talante colaborador y disposición, a los residentes que se desplazaron desde Valencia (y más de uno saliente de guardia) así como al resto de los asistentes como público a la reunión y que además de su presencia aportaron a los debates sus opiniones y saber científico.

Por último, me gustaría desde aquí dar las gracias de forma especial a todos los miembros de mi servicio por su apoyo y ayuda.



Almudena Rodríguez Tardido



**XL CONGRESO
DE LA ASOCIACIÓN DE UROLOGÍA DE LA
COMUNIDAD VALENCIANA
Y ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA**

Valencia 24 y 25 de febrero de 2006

Sede Congreso

Centro de convenciones Las Arenas

PATOLOGÍA VESICO-URETRAL

Se celebró en las Arenas de Valencia la reunión anual de los miembros de la Comunidad Valenciana y de la Murciana en su trigésima séptima edición. La asistencia de urólogos murcianos tuvo una representación aceptable no así el número de comunicaciones, limitadas a tres, correspondientes a un solo servicio de Urología de los Hospitales de la capital; se echó en falta la presencia de representantes de los demás poblaciones murcianas, dada la excelente colaboración, la productividad, amistad y años de colaboración entre ambas Comunidades no debemos dejar que por incuria cese una relación de tantos años y que tan buenos frutos ha proporcionado.

LV CONGRESO
DE LA AUVCV
VALENCIA 24
Y 25 FEBRERO
2006



**Asociación Urológica
Comunidad Valenciana**

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: Utilización de parche de mucosa oral para el tratamiento de la estenosis uretral del varón.

Autor/es: Rodríguez Tardido, A., Guzmán Martínez-Valls, P.L., Hita Villaplana, G., Rosino Sánchez, A., Romero Hoyuela, A., Cuesla Climent F.V., Miñana López, B.

Institución: Servicio de Urología, Hosp. Universitario Morales Meseguer

Texto:
Introducción: La estenosis de uretra en el varón es una enfermedad relativamente frecuente donde la sustitución por parche de mucosa oral es una opción terapéutica propuesta para su reconstrucción.
Material y métodos: Presentamos los casos de reconstrucción uretral con mucosa oral realizados en nuestro hospital entre 2000 y 2005. Describimos la técnica quirúrgica utilizada, complicaciones intra y postoperatorias y el seguimiento posterior realizado. Realizamos una búsqueda bibliográfica tanto en fuentes primarias como secundarias.
Resultados: Se analizaron un total de 14 pacientes con estenosis tanto únicas como múltiples, con un seguimiento en consultas realizado tanto con pruebas de imagen como fluorimetría.
Conclusiones: El parche de mucosa oral ofrece un buen resultado en el tratamiento de las estenosis a distintos niveles de la uretra anterior, con baja morbilidad y siendo una técnica reproducible.

Tema: Reconstrucción uretral
Palabras Clave: Mucosa oral
 Uretroplastia
 Parche
Tipo: Comunicación
Intervención del autor
 Sesión
Tema: Moderadores
Fecha, hora y lugar de presentación:

LV CONGRESO
DE LA AUVCV
VALENCIA 24
Y 25 FEBRERO
2006



**Asociación Urológica
Comunidad Valenciana**

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: ESTENOSIS DE URETRA FEMENINA: REVISIÓN DE LA LITERATURA Y PRESENTACIÓN DE TRES CASOS

Autor/es: Rodríguez Tardido, A.; Rosino Sánchez, A.; Guzmán Martínez-Valls, P.L.; Hita Villaplana, G.; Romero Hoyuela, A.; Miñana López, B.

Institución: Servicio de Urología, Hosp. Universitario Morales Meseguer

Texto:
Introducción: La estenosis de uretra en la mujer es una patología generalmente infrecuente, cuya causa más habitual es la iatrogenia por cirugía ginecológica o urológica, aunque también se puede dar por traumatismos.
Material y métodos: Realizamos una revisión de la literatura disponible y presentamos el caso de tres pacientes con estenosis uretral secundaria a cirugía ginecológica, como se llegó al diagnóstico mediante la clínica y las pruebas de imagen, su tratamiento en la actualidad y los resultados del mismo.
Conclusiones: La estenosis de uretra es una patología rara y sobre la que no hay mucho publicado en la literatura. Sus síntomas más frecuentes hacen que, si no tenemos un antecedente cercano en el tiempo que permita sospecharla, pueda ser confundida con otras patologías urológicas como la incontinencia urinaria o la hiperactividad vesical. La escasez de casos hacen que no haya un consenso en cuanto a su tratamiento, el cual nosotros creemos debe ser personalizado.

Tema: estenosis de uretra femenina
Palabras Clave: estenosis de uretra femenina
Tipo: comunicación
Intervención del autor
 Sesión
Tema: Moderadores
Fecha, hora y lugar de presentación:

CONGRESO
DE LA
VALENCIA 24
Y 25 FEBRERO
2006



**Asociación Urológica
Comunidad Valenciana**

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: CLÍNICA MIGCIONAL COMO SÍNTOMA POR CUERPO EXTRAÑO INTRAVESICAL

Autor/es: GUZMAN MARTINEZ-VALLS, P.L., RODRIGUEZ TARDIDO, A., ROSINO SANCHEZ A., HITA VILLAPLANA, G., ROMERO HOYUELA A., MIÑANA LOPEZ B.

Institución: Servicio de Urología. Hospital General Universitario "Morales Meseguer" de Murcia

Texto:
Introducción: La presencia de cuerpos extraños intravesicales no son tan infrecuentes como podríamos pensar, no siendo una urgencia habitual. La mayoría de cuerpos extraños son de origen erótico-sexual aunque no podemos olvidar otros como el abandono en el campo quirúrgico de algún elemento utilizado.
Material y métodos: Realizamos una búsqueda bibliográfica electrónica PubMed (MEDLINE) con términos MESH "Foreign-Body Migration"[MeSH] AND "Bladder"[MeSH] y de citas bibliográficas. Hacemos una revisión de la literatura estableciendo una clasificación atendiendo a su origen y su diagnóstico y tratamiento.
Resultados: Encontramos un total de 104 trabajos de los cuales siete correspondían a una revisión. Mayoritariamente hacen referencia a los introducidos directamente a la vejiga: -por la propia persona: horquillas, imperdibles, alfileres, hilos de cobre, pelos; -accidentales: batas; -iatrógenos: fragmentos de sonda o catéteres, grapas, suturas. Migrados desde otros lugares: de origen urológico, ginecológico, vascular. Estableceremos un algoritmo diagnóstico y terapéutico.
Conclusiones: Los cuerpos extraños dentro de la vejiga no son tan infrecuentes como se cree. El hallazgo casual es lo más frecuente. Los síntomas urinarios son los más frecuentes y el antecedente de manipulación propia o de otros en esa esfera genito urológica y el tratamiento es la extracción utilizando el menos cruento y más sencillo para el paciente.

Tema: VEJIGA
Palabras Clave: CUERPOS EXTRAÑOS VESICALES
Tipo: COMUNICACION
Intervención del autor
 Sesión
Tema: Moderadores
Fecha, hora y lugar de presentación:

Desde la Administración

Hace más de tres años que, como consecuencia de los guiños del destino, inicié mi trabajo en la parcela de la sanidad dedicada a la gestión. No pretendo aquí hacer un balance personal de este periodo; con total seguridad carecería de valor para aquellos que dediquéis 10 minutos de vuestro valioso tiempo a la lectura de este artículo. Sin embargo, será inevitable que a lo largo de estas líneas se reflejen mi posición personal, mis ilusiones, mis convicciones e, incluso y por qué no, mis frustraciones.

Tampoco hablaré específicamente de logros corporativos; sería una percepción inocente, poco creíble y conformista de una realidad imperfecta de la que todos somos conscientes. En cualquier caso, y teniendo como referentes mi condición de médico asistencial y la experiencia adquirida en este tiempo, intentaré reflejar del modo más objetivo posible la realidad actual de nuestra administración sanitaria regional y aproximarnos al futuro inmediato que juntos hemos de afrontar.

Y como posición de inicio considero oportuno partir de la siguiente premisa: administración sanitaria somos todos los profesionales que trabajamos, con diferentes cometidos y responsabilidades, en sanidad. Baso esta afirmación en dos pilares fundamentales:

- Como profesionales que somos, asumimos la responsabilidad de aplicar nuestro esfuerzo, conocimientos y habilidades en beneficio de la comunidad a la que pertenecemos.

- Cada uno de nosotros maneja un conjunto de herramientas y recursos finitos que hay que administrar del mejor modo posible, de modo que maximicemos los efectos de nuestras actuaciones en la salud de la población.

Hablo en definitiva de responsabilidad social y de la gestión adecuada de nuestro propio conocimiento individual y colectivo. Ambos elementos son comunes a todos nosotros, y por tanto nos igualan, con independencia que nuestro ámbito de trabajo sea asistencial, de micro, meso o macrogestión. Por tanto todos, sin excepción, somos responsables del adecuado uso y mantenimiento de nuestro sistema sanitario. Creo que esta puntualización, y el breve recuerdo histórico que sigue, son necesarios para poder comprender la visión que transmitiré a continuación.

La gestión de las redes públicas de centros y servicios de asistencia sanitaria estuvo en manos del INP entre 1942 y 1978, y desde 1978 en adelante lo hizo el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), máxima autoridad en la gestión de la asistencia sanitaria en el país, aunque subordinado jerárquicamente al Ministerio.

Los hospitales de la Seguridad Social además de proveer asistencia sanitaria al grueso de la población, estaban también a cargo de la formación de especialistas, a través del sistema de médicos residentes. Los últimos años de gestión INSALUD imprimieron una fuerte corriente de cambio. La separación de las funciones de financiación y provisión de servicios dio lugar a los Contratos Programa de la década de los 90. A través de ellos se marcó la política de gestión por objetivos, generándose una cultura que ha calado progresivamente en los profesionales. El análisis de la actividad bruta, de los indicadores relativos de funcionamiento, del rendimiento de la tarea asistencial y de los costes, presentes de modo constante en los Centros Sanitarios y en nuestro propio lenguaje profesional, es buena prueba de ello.

Sincrónicamente hemos asistido a la descentralización del Estado español, que se ha basado fundamentalmente en el principio de devolución de poderes. Así, la responsabilidad de la administración central en materia de asistencia sanitaria se transfiere principalmente a las Comunidades Autónomas. De acuerdo con ello, cada Comunidad tiene competencias de planificación sanitaria, así como la capacidad para organizar sus propios servicios sanitarios al nivel de descentralización que considere más apropiado para sus necesidades. Bajo este esquema, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud actúa como organismo coordinador entre las Comunidades Autónomas y el Estado central en el área de la sanidad.

El proceso de transferencia culminó en Enero de 2002. En este entorno cambiante, y con la perspectiva del tiempo que ha transcurrido, a mi juicio los principales problemas presentes son los que enumero a continuación:

- La todavía reciente descentralización ha generado problemas de competencia institucional entre el nivel estatal y los autonómicos, y de éstos entre sí, así como con cierto riesgo de fragmentación de las políticas y de los sistemas de información.

- El divorcio tradicional entre gestión y asistencia ha generado un cuello de botella en el nivel micro de toma de decisiones, a menudo resistente a los cambios organizativos. Los cambios son lentos y dificultosos, y la obligada necesidad de priorizar nuestras acciones genera además en ocasiones cierta sensación de frustración individual e incluso colectiva.

- Existe un problema de insuficiencia del gasto sanitario público en comparación con la media de la Unión Europea o de los países desarrollados de la

OCDE, acrecentado incluso localmente por el crecimiento y las demandas de la población. Esta insuficiencia ha generado tensiones alrededor del modelo de reparto de la financiación sanitaria, obligando a los diferentes Gobiernos Regionales a realizar esfuerzos suplementarios. En nuestro caso tal esfuerzo es evidente, dado que la asignación presupuestaria para sanidad está en torno al 40% de los presupuestos generales de la Comunidad.

- Los sistemas de información sanitaria existentes son heterogéneos y en gran parte precarios entre las distintas Comunidades Autónomas, orientándose más a la actividad que a los resultados.

- El peso de las agencias de evaluación de tecnologías en la toma de estas decisiones es todavía escaso, tanto para la incorporación de nuevas prestaciones, como para la evaluación del uso apropiado de las existentes.

- Existen tensiones sociales y profesionales, y en ocasiones no es fácil aunar esfuerzos y voluntades. También se pueden cometer errores. El propio vocablo "Administración" inspira desconfianza e incluso rechazo.

Bien ... nadie dijo que esto fuese sencillo. Pero tenemos suficientes motivos para ser optimistas. Y es que, con todo, el proceso de transferencias ha permitido que nuestra Comunidad Autónoma tenga la posibilidad real de adaptarse con gran flexibilidad operativa a la propia realidad social. Somos, por tanto, dueños de nuestro propio destino. Y durante estos 5 años creo que hemos conseguido la suficiente madurez organizativa como para poder satisfacer adecuadamente las demandas de nuestros usuarios y nuestras propias necesidades como profesionales. Me explicaré.

A mi juicio la mayor dificultad en este periodo, y a su vez el mayor reto, ha sido encontrar la dirección adecuada, el mejor rumbo de los posibles. Y es que como colectivo sanitario y como sociedad, y aún a pesar de las diferencias interpersonales, teníamos puntos en común que era necesario descubrir, estructurar y priorizar. Este trabajo ya ha sido realizado. Gracias a la opinión de más de 5.000 profesionales del Servicio Murciano de Salud, entre los cuales se incluyen muchos de vosotros, 1092 directivos y mandos intermedios, la participación de diversos representantes sociales y a un fuerte ejercicio de liderazgo ejercido desde la Consejería de Sanidad, ha sido posible elaborar el documento Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010. En el, y tras analizar las necesidades y expectativas de todos los grupos de interés, se detallan a través de ocho orientaciones estratégicas (como ejemplos baste mencionar sociedad, ciudadanos, profesionales, tecno-

logía o calidad entre otros) un conjunto de 60 estrategias y 193 líneas operativas de actuación. En definitiva se trata de reorientar nuestra Sanidad de acuerdo a las necesidades identificadas por medio de un conjunto de acciones concretas y totalmente realizables en nuestro entorno en un plazo razonable de tiempo; muchas de ellas ya están en marcha. Os invito desde aquí a que estudiéis el documento si es que aún no habéis tenido la oportunidad de hacerlo. Es nuestra hoja de ruta para alcanzar objetivos comunes, la prueba de la madurez de nuestra organización y, particularmente, el proyecto que mantiene mi ilusión a pesar de los problemas del día a día.

Y algo está comenzando a cambiar en el presente proyectándose al futuro; no hay más que mirar en nuestro entorno para darse cuenta de ello. Nuevas estructuras innovadoras de apoyo a la investigación, ya funcionantes, están facilitando la incorporación de material, equipamiento e investigadores para dar respuesta a una necesidad básica de nuestra profesión. Planes de formación orientados de modo estratégico están ya implementados. La carrera profesional, ampliamente demandada, va a ver la luz de modo inmediato. Se completa progresivamente nuestra cartera de servicios y se apuesta decididamente por la incorporación de nuevas tecnologías. La especialidad de Urología no es una excepción; baste con recordar la Unidad de Litotricia Regional, o el compromiso para el 2007 de incorporar el láser de alta potencia en nuestro armamentario terapéutico. El PET-TAC y el espectrógrafo de masas en tandem son algunos ejemplos definitivos de esta política, como también ocurre con los sistemas de información clínica, actualmente en desarrollo como todos conocéis, que van a mejorar sustancialmente nuestra dinámica de trabajo y el apoyo para la toma de decisiones.

Esta es la Administración en la que creo y desde la que ahora trabajo. No pretendo que se comparta esta percepción; es realmente complicado transmitir con veracidad y con el obstáculo de antecedentes pasados, incluso de situaciones presentes, la realidad de quienes desempeñamos temporalmente un puesto de responsabilidad en el sistema. Pero si analizamos sin prejuicios nuestro entorno creo que, efectivamente, hay motivos para confiar. O al menos para no desconfiar.

Permitidme, por último, que os agradezca sinceramente la oportunidad de incluir esta aportación al Boletín Oficial de la Asociación Murciana de Urología, y muy especialmente al Dr. Mariano Pérez Albacete. Me hace sentir en casa. Y es que, no en vano, soy urólogo y, guiños del destino aparte, sigo como siempre estando entre vosotros.

Dr. Tomás Fernández Aparicio
Subdirector General de Atención Especializada.
Servicio Murciano de Salud.

«Sr. Director de La España Médica

Muy señor mío: En su apreciable periódico correspondiente al 25 del actual, he leído el artículo que bajo el epígrafe de Sección Profesional dedica a los tres médicos que, según la Gaceta de Madrid, han abandonado la ciudad de Murcia, al ser atacada del cólera. Prescindiendo de la inexactitud de este aserto por la parte que me pertenece, y considerándome aludido y ofendido, puesto que, si no en su periódico, he visto en otros mi nombre, tan injusta como desconsideradamente vituperado, me veo en la sensible necesidad de esponer los hechos que han constituido y constituyen mis circunstancias especiales, para que, cumplidamente justificados en su día, puedan al menos servir hoy de aquél imprescindible conocimiento de causa, que Séneca quería para poder hablar bien ó mal de las personas ó de las cosas.

En Murcia es un hecho tan público que me encuentro enfermo desde el mes de diciembre último pasado, que bien pudiera eliminarse este extremo de la justificación que ofrezco.

Por esta sencilla razón me veo sensiblemente privado del ejercicio de la profesión; y por aquella misma no asisto desde la época citada a mis queridos enfermos del Hospital Provincial, cuyo servicio alternativo mensual lo han desempeñado con profesores amigos que me asisten, y á quienes estaba encargado mi destino y mis clientes, antes de que soñarse pudiera en la aparición del cólera.

Es altamente gratuito suponer que yo abandoné la población al menor amago de peligro personal.

Con grandes incomodidades pude emprender viaje para los baños de Mula el día 24 de junio, desde cuya época no ha cesado mi expedición balnearia. No habiendo conseguido alivio con el uso y baños de las aguas de Mula, me trasladé en julio a Santa Lucía con objeto de tomar los del mar que me aconsejaban. La acción de estas aguas exasperó la intensidad, la duración y frecuencia de mi inexplicable y habitual cólico nefrítico, y tan luego como pude ponerme en camino, me trasladé al partido de Lobosillo con dirección a los baños de Alhama. La noche que llegué a este punto creí que era la última de mi vida, a juzgar por la intensidad y duración de la exacerbación del dolor que me provoca habitualmente mi oscura enfermedad de los órganos génito-urinarios.

En la misma noche murió súbitamente del cólera el alcalde del partido, y esta ocurrencia alarmó a los vecinos de una manera tan gigantesca, que todo es poco para pintar fielmente el miedo, el terror y el espanto de unas gentes que habiéndose librado en otras ocasiones de la epidemia se consideraban víctimas seguros del horrible transeúnte que los visitaba.

A la muerte del alcalde siguieron nuevas invasiones y defunciones; solo en mi familia reunía á la vez cinco coléricos, de los que solo uno ha sucumbido.

De manera que en medio de mi enfermedad y mi grave conflicto doméstico, no solo interpose mis auxilios respecto a los míos, atajando en su camino la marcha destructora de la enfermedad, sino que tambien lo hice desde el lecho del dolor, dirigiendo á cuantos vecinos afligidos me consultaban el estado de sus parientes coléricos, agotando con unos y con los otros mis palabras, mis fuerzas y mi botiquín.

Rodeado de las precedentes circunstancias, llegé a mis manos, aunque con algún retraso, el oficio de mi destitución, y es de advertir que sin previo aviso de ningún género, sin mas formación de causa que la adquisición de una noticia inexacta, se me despoja de un destino que obtuve a costa de desvelos y de estudio; conquistándole en pública y rigurosa oposición; y como recompensa de las mejoras que en la parte me concierne he introducido en el establecimiento, se desatiende absolutamente el estado de salud, y se ofrece mi nombre a la execración pública y á la vergüenza en los periódicos de España.

Cuanto llevo apuntado, y otro tanto que omito, porque apenas puedo dar cima a este desaliñado remitido, es fácilmente justificable, y vea V. de paso Sr. Director, cuan profundo será mi sentimiento al ver la manera injusta como se me ha juzgado. Yo confío, sin embargo, en la justicia, y no otro tanto del resultado de la causa á que gustoso me someteré tan pronto como vea si los baños de Alhama, que hoy estoy tomando, mejoran el estado profundamente quebrantado de mi salud. En el ínter in, encarecidamente le suplico a V. Sr. Director, dé inserción en su ilustrado e imparcial periódico á las precedentes líneas, y si encuentra mérito suficiente, suspenda o modifique el juicio respecto de su afectísimo S. S. y compañero.

EN CONSECUCION
En Madrid en el despacho de libros de la Academia Nacional.
REUNION DE SUBSCRIBIDOS.
Por un mes... 1 escudo 300 milésimas.
Por tres meses... 3 000
Por seis meses... 6 000

Table with 2 columns: Period and Price.
Periodos de suscripcion:
Por un mes... 1 escudo 300 milésimas.
Por tres meses... 3 000
Por seis meses... 6 000
Por un año... 12 000



GACETA DE MADRID.

PARTE OFICIAL.
PRESENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS.
S. M. y R. (Q. D. G.) y su augusta Real Familia conian en el Real Sitio de San Ildefonso su novedad en su importante salud.
MINISTERIO DE LA GOBERNACION.
REALES ORDENES.
Sanidad.—Sección 1.—Epizootia 1.ª
Enterada la R. (Q. D. G.) de una comunicacion en que el Ministerio de Estado participa a este de la Gaceta, con referencia al Cédulo de Espadas Arrel, que en este punto se habian presentado algunos casos de cólera que posteriormente se han resuelto, ha creído conveniente resolver que siempre que continen a nuestros puertos procedencias de la Argelia durante las circunstancias actuales, se suscriban a una observacion de tres dias, salvo aquellos que traigan pasaporte o sea el visitar consular, en este caso, en cuyo caso seria tratada con arreglo al art. 35 de la ley de Sanidad vigente.
De Real orden lo digo a V. S. para los efectos correspondientes. Dios guarde a V. S. muchos años. Madrid 31 de Octubre de 1865.
POBADA HERRERA.
Sr. Gobernador de la provincia de...

Colabria.
Al id. Al Director general.—Concediendo Real licencia al Capitán D. Gonzalo Fernandez de Córdoba.
Al mismo.—Id. al Sr. D. Nicolás Azara y Lopez.
Al mismo.—Id. rehabilitacion en el Teniente Coronel D. José González C.
Al mismo.—Aprobando y espensando de Trieste Coronel D. D. Antonio Quirós y Romeros.
Al mismo.—Destinando al Colegio y Escuela general de Caballeros al Teniente Coronel D. Joaquin San Cristobal.
Al mismo.—Id. de superintendencia al regimiento cazadores de la Albuera al Capitán D. Francisco del Campo y Barro.
Al mismo.—Aprobando y espensando de Trieste Coronel D. D. Antonio Quirós y Romeros.
Al mismo.—Destinando al Colegio y Escuela general de Caballeros al Teniente Coronel D. Joaquin San Cristobal.
Al mismo.—Id. de superintendencia al regimiento cazadores de la Albuera al Capitán D. Francisco del Campo y Barro.
Al mismo.—Aprobando y espensando de Trieste Coronel D. D. Antonio Quirós y Romeros.
Al mismo.—Destinando al Colegio y Escuela general de Caballeros al Teniente Coronel D. Joaquin San Cristobal.
Al mismo.—Id. de superintendencia al regimiento cazadores de la Albuera al Capitán D. Francisco del Campo y Barro.

Beneficencia.—Negociado 2.º
Constando que D. José Meseguer, primer Cirujano de la Beneficencia de esa provincia, abandonó el cumplimiento de sus deberes ausentándose de esa ciudad al declararse la existencia del cólera-morbo, la R. (Q. D. G.) se ha servido destituirle del expresado cargo; resolviendo que esta disposicion se publique en la GACETA para que sirva de saludable ejemplo a los que titubean en llenar su sagrada mision como Profesores en las presentes dolorosas circunstancias.
De Real orden lo digo a V. S. para los efectos correspondientes. Dios guarde a V. S. muchos años. Madrid 18 de Octubre de 1865.
POSADA HERRERA.
Sr. Gobernador de la provincia de Murcia.
El Sr. Ministro de la Gobernacion vive con esta lera al Gobernador de la provincia de Vizcaya lo que sigue:
Ha vista de la consulta que V. S. me dirigió el día 16 de Agosto último, en la que V. S. me dirigía la mision que le ha encomendado en las presentes dolorosas circunstancias.
De Real orden lo digo a V. S. para los efectos correspondientes. Dios guarde a V. S. muchos años. Madrid 18 de Octubre de 1865.
El Sr. Ministro de la Gobernacion vive con esta lera al Gobernador de la provincia de Vizcaya lo que sigue:
Ha vista de la consulta que V. S. me dirigió el día 16 de Agosto último, en la que V. S. me dirigía la mision que le ha encomendado en las presentes dolorosas circunstancias.
De Real orden lo digo a V. S. para los efectos correspondientes. Dios guarde a V. S. muchos años. Madrid 18 de Octubre de 1865.

Al id. Al Director general.—Concediendo Real licencia al Capitán D. Gonzalo Fernandez de Córdoba.
Al mismo.—Id. al Sr. D. Nicolás Azara y Lopez.
Al mismo.—Id. rehabilitacion en el Teniente Coronel D. José González C.
Al mismo.—Aprobando y espensando de Trieste Coronel D. D. Antonio Quirós y Romeros.
Al mismo.—Destinando al Colegio y Escuela general de Caballeros al Teniente Coronel D. Joaquin San Cristobal.
Al mismo.—Id. de superintendencia al regimiento cazadores de la Albuera al Capitán D. Francisco del Campo y Barro.
Al mismo.—Aprobando y espensando de Trieste Coronel D. D. Antonio Quirós y Romeros.
Al mismo.—Destinando al Colegio y Escuela general de Caballeros al Teniente Coronel D. Joaquin San Cristobal.
Al mismo.—Id. de superintendencia al regimiento cazadores de la Albuera al Capitán D. Francisco del Campo y Barro.
Al mismo.—Aprobando y espensando de Trieste Coronel D. D. Antonio Quirós y Romeros.
Al mismo.—Destinando al Colegio y Escuela general de Caballeros al Teniente Coronel D. Joaquin San Cristobal.
Al mismo.—Id. de superintendencia al regimiento cazadores de la Albuera al Capitán D. Francisco del Campo y Barro.

SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTICIA.
En la villa y corte de Madrid, a 21 de Octubre de 1865, en las salas que penden ante Nos, por recurso de casacion, seguidas en el Juzgado de primera instancia de Bilbao y en la Sala segunda de la Real Audiencia de esa ciudad, por Real cédula Patronato, espesa de Mateo Becerra, contra D. Miguel Arana, quien es en el presente un recurrente de varias clases:
Recurso que por sustento de 21 de Agosto de 1861 Manuel Sainza, vecino de Bilbao, fundó en patronato para para dar lugar a un concurso de oposicion en el cual se dispuso, celebrarse ciertos funcionarios de guerra, de finanzas y cubrir otros ciertos puestos.
Resolviendo que en el concurso se admitieran los que en 1861 se inscribieron de Mateo Becerra, como marido de Estrella Pardo, y otros parientes, y por sentencia de 11 de Junio del mismo año se declararon desautorizados, adjudicándose a la Estrella y demás parientes del fundador con la obligacion de cubrir las plazas.
Resolviendo que en 26 de Diciembre del propio año la Real Audiencia de Burgos, en virtud de un expediente promovido por el Sr. D. Miguel Arana, declarara nula y anulada la Real cédula Patronato y que se admitiera el concurso de oposicion para cubrir las plazas de guerra y de finanzas.

De historia quirúrgica murciana

II.- LOS CIRUJANOS Y LA UROLOGÍA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE SAN JUAN DE DIOS DE MURCIA

Las primeras noticias de la presencia de cirujanos en el Hospital datan de la protesta realizada por éstos, en 1525, debido a lo alejado que se encontraba por aquellos años el nosocomio, extramuros de la ciudad, para asistir diariamente a atender a los pacientes. En 1622 los hermanos de San Juan de Dios, tras hacerse cargo del centro, informan al cabildo de la deficiente situación de las salas de cirugía. Nada más trasciende hasta 1733, año en el que el regidor de Murcia considera que la ciudad debería contar con un cirujano para curar a los pobres de la ciudad y, dada la escasez de aquéllos, se dota la plaza quirúrgica con una remuneración atractiva para que fuera ocupada, 200 ducados al año; entre sus obligaciones entra, también, la asistencia domiciliar o ambulante a los menesterosos; convocado por primera vez un concurso para cubrir dicho puesto, fue nombrado D. José Ramírez de Arellano, quien lo desempeñó hasta 1757, fecha de su fallecimiento; a su muerte lo sustituyó D. Tomás Mira, cirujano aprobado por el Protomedicato, que había ejercido anteriormente en el hospital de Alicante y quien, tres años antes de acudir a Murcia, fue primer cirujano del Hospital Real de Cartagena; fue el Dr. Mira un quirurgo con gran formación y cultura científicas y también dominaba el latín además del inglés y del francés; en 1759 colaboró en la creación de la Regia Academia de Medicina de Murcia y ofreció el Hospital para hacer anatomías, experimentos y operaciones a los enfermos y cadáveres de dicho Hospital, intento llevado a cabo por los propios profesionales de Murcia pero que fracasó al no encontrar los suficientes apoyos.

En 1765 se vio la necesidad de duplicar la plantilla quirúrgica del Hospital y se contrató a D. Francisco París, cirujano de la Armada Real por el Colegio de Cirugía de Montpellier, pero, dado que entre los dos tenían que repartirse la dotación económica, el Dr. Mira elevó un recurso al Consejo de Castilla que derogó el nombramiento y se deja nuevamente el

centro con un solo cirujano. En 1784 llegó D. Juan Vila, cirujano del ejército, quien afirma ser colegiado del de Cirugía de Madrid y estar autorizado por orden superior a acudir al hospital; a la protesta del Dr. Mira el Ayuntamiento toma la decisión salomónica de que ambos cirujanos mayores asistan a las salas de hombres el uno y a la de mujeres el otro, lo que fue refrendado por el Capitán General de Valencia, de quien dependía el Dr. Vila; no conforme con esta resolución el titular continúa oponiéndose hasta que logra que el militar marche a Cartagena en 1794, año en que también se jubila el Dr. Mira y lo sustituye D. Diego García Gil, quien fue aprobado como cirujano mayor en 1797. Desde 1776 figuran como ayudantes de operaciones D. Juan Martínez y D. Juan Alarcón, quien desde 1790 se encuentra inscrito en el ayuntamiento de Murcia como cirujano.

No existe, por desgracia, documentación en lo referente a los procesos quirúrgicos realizados, ya que los cirujanos atendían lo que se denominaba «afectos externos y heridas» y la patología que trataban a principios del siglo XVIII era la de sajar abscesos, desbridar heridas, curar fracturas, luxaciones y efectuar alguna que otra amputación, posiblemente algún trépano, curas de cirugía menor y poco más y de las urológicas la corrección de hidroceles, estenosis de uretra y la circuncisión; de hecho la herniotomía u operación de la hernia era considerada de grave riesgo, así encontramos que la adquisición de bragueros en el centro era abundante. Sobre la práctica diaria sabemos que el médico debía efectuar dos visitas a los enfermos, una por la mañana para indicar la medicación y otra por la tarde.

La historia urológica del Hospital podemos comenzarla en 1787 con la creación de una “sala de Unciones” para el tratamiento del mal venéreo y así combatir la sífilis, la plaga del siglo XVIII, mediante aplicaciones mercuriales, por deseo del obispo D.

Manuel Felipe Miralles, administrador de la donación del Deán de la santa Iglesia Catedral, Sr. D. Gabriel Pelegrín. En una brev e monografía de cuarenta páginas, impresa en Murcia en 1802 y escrita por D. Francisco Meseguer Ingoloti (1760-1810) con la colaboración del cirujano del Hospital D. Juan Alarcón (fig. 1), se alaban las excelentes condiciones que reúne la sala hospitalaria recién construida para la atención de estos enfermos (se refiere a la reforma finalizada en 1789 y las salas bien iluminadas cuyas ventanas daban al río Segura) (fig. 2), se explica, en un estudio bien realizado , el procedimiento empleado para su cura, con sus características, modo de aplicación y resultados; el trabajo constituye el primer y principal análisis clínico que conocemos efectuado en el hospital, magnífico ejemplo de observación y de medicina experimental con el que , podemos señalar, comienza la transformación del ejercicio médico murciano.

XIX. Es un periodo convulso sociopolítico en la historia de España, se inicia con la guerra de la Independencia seguida de la etapa absolutista de Fernando VII que hizo que saliera del país gran número de personalidades lo que nos llevó a un tremendo colapso científico; la llegada al trono de Isabel II trajo unos años de recuperación y estabilidad aunque se mantuvo la

agitada vida política con la Restauración y la Revolución Democrática y sólo en el último tercio, con el acceso al trono de Alfonso XIII, llegó una cierta calma, todo ello influyó sobremanera en la evolución de los saberes que nuevamente sufrió un estancamiento en relación al avance del resto de las naciones europeos. La cirugía se constituye como ciencia al conceptuar la enfermedad como parte de una lesión anatómica, se perfeccionan la técnica de las operaciones y sus procedimientos y se logra la unificación

de los estudios de Medicina y Cirugía que quedan centrados en las Universidades.

En 1818 ingresa como cirujano mayor del Hospital D. Judas Tadeo Alarcón y Tornero (1790-1865), fue Académico de la Real de Medicina de Murcia y nombrado catedrático de Cirugía para impartir docencia en el Hospital, cuando se creó un aula para la enseñanza de la Medicina de modo oficial, lo que sólo duró dos años; a su retiro, en 1834, fue sustituido por el Dr. D. Antonio Folgado, excelente operador y académico de la Real de Medicina de Murcia.

La forma de acceder al Hospital como médico

numerario queda regulada en 1848 por una Real Orden en la que se reglamenta la oposición (fig. 3) y en 1857 se promulga la ley de Instrucción pública de D. Claudio Moyano que manda que a las plazas de cirugía sólo puedan optar los doctores y licenciados en Medicina y Cirugía, los de igual clase de Cirugía y los cirujanos de segunda clase facultados para recetar, pero de ningún modo los de tercera clase. Intentaba con ello uniformar las diversas titulaciones existentes de los anteriores planes de reforma, así tenemos que las de los "licenciados y doctores en Medicina y Cirugía" pertenecían a quienes habían obtenido el grado

en una de las Facultades de Medicina, los «de igual clase de Cirugía» era quienes que se habían formado en los Reales Colegios de Cirugía de Cádiz, Barcelona o Madrid, los «cirujanos de segunda clase» correspondían a los antiguos cirujanos romancistas sin estudios universitarios aunque aprobados por el Protomedicato y, por último, los de «tercera clase» incluían a los cirujanos sangradores habilitados únicamente para la cirugía menor. Lo más frecuente era entrar al Hospital como interino mediante solicitud

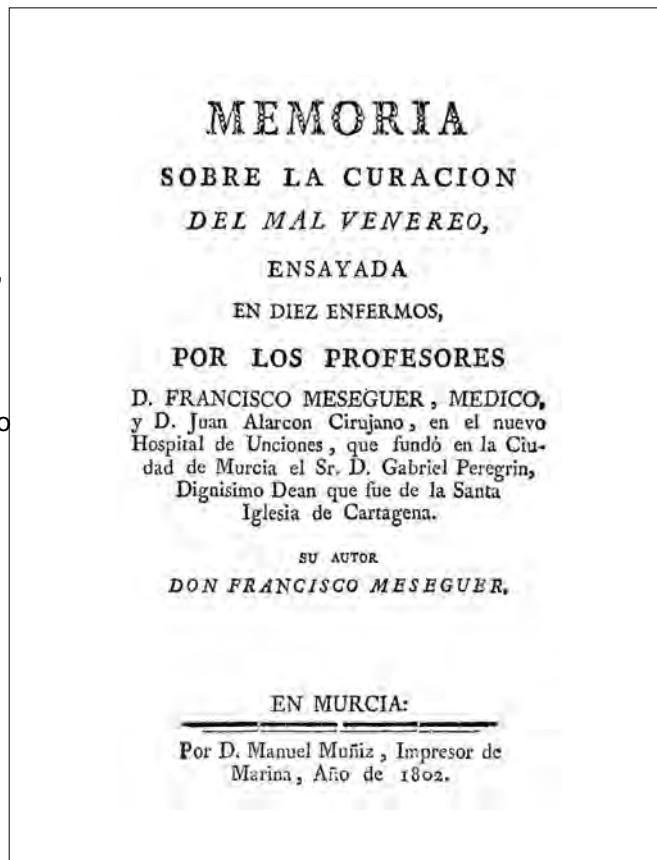


Fig. 1 Memoria sobre la curación del mal venéreo



Fig. 2 Hospital de San Juan de Dios, ventanas que dan al río Segura

personal y, por lo general, con el apoyo de algún miembro del centro y, con el tiempo, llegar a ser titular de plantilla con o sin oposición; las plazas del Hospital se ocupaban por escalafón y no existía denominación por especialidades, de ahí que, al quedar vacante una de cirugía, no era extraño que fuese asignada a un médico general.

En 1852 D. Juan de la Cierva logra la rehabilitación de la zona de cirugía, en esta fecha el número de camas del hospital quedaba cifrado en cinco por cada mil habitantes de la ciudad, que contaba con unos 75.000. Un año después, al fallecimiento del Dr. Folgado, se convoca una oposición para cubrir la plaza vacante de cirujano, D. José Meseguer Huertas (1824-1881), tras unas reñidas pruebas, logra el puesto y es el primer urólogo con formación en cirugía de las Vías Urinarias, experto en la talla y en la litotricia, del Hospital. En 1864 se realiza una compra de material quirúrgico en la que se incluyen seis docenas de sondas uretrales de los calibres 15, 16 y 17 Charrière, una sonda de plata para mujer y otra articulada (?) para hombre y mujer, muy posiblemente solicitadas por el Dr. Meseguer Huertas quien publica en *El Siglo Médico* de Madrid, en 1865, «Cálculo vesical voluminoso. Operación de la talla, curación». Desarrolló toda su actividad en el centro pero, aquejado por una patología litiásica vesical que le producía grandes dolores y dificultad miccional, procuró alivio en un balneario con abandono de su puesto, periodo que coincidió con una epidemia de

cólera en Murcia, por lo que fue expedientado en 1865 (aunque existen bastantes fundamentos para creer que hubo presiones políticas en ello), posteriormente fue rehabilitado y repuesto en su cargo de cirujano mayor y ejerció hasta su muerte en 1881.

D. Antonio Hernández Ros (+1888) entra a formar parte del cuerpo facultativo en 1856 y en 1866 accede al puesto de cirujano primero tras la expulsión del Dr. Meseguer. Desde 1843 trabaja como médico de puerta o de urgencia en el centro D. Antonio Real y Bonet quien, en 1848, fue cesado por cuestiones políticas; readmitido en 1854 adquiere la plaza de agregado en propiedad en 1859, año en el que es contratado también como quirurgo D. Francisco Ortega y, en 1860, D. Manuel Vicente Martínez. Persisten en esta época todo tipo de conflictos, en 1854 se crea la Junta de Salvación Pública que absorbe todo el poder socio-político y económico lo que da lugar a un gran número de suspensiones, nombramientos y reajustes de plantilla. En 1864 figura como cirujano D. José de la Peña Díaz, que desde 1858 solicitaba la plaza; en 1868 aparece como quirurgo D. José Montalvo Ganga del que no se tienen más noticias; D. Agustín Ruiz Martínez, que fue el primer presidente del Colegio de Médicos de Murcia, cirujano de segunda, con varios años en el puesto, pasa a agregado de cirugía en 1876, pero en 1898 deja el cargo al ser designado diputado provincial, al igual que D. Miguel Jiménez Baeza que



Fig. 3 Boletín Oficial de la Provincia de Murcia en el que aparecen las disposiciones oficiales

en 1876, había sido aceptado como cirujano gratuito. Pide en 1881 D. Claudio Hernández-Ros Navarro (1863-1930) (fig. 4) ocupar el lugar de su padre como interino y cinco años más tarde llegó a ser numerario. En 1878 se compra la primera mesa específica para operaciones, otra en 1893 y en 1898 se adquiere instrumental de cirugía y se acondiciona una sala para quirófono acorde con las necesidades del momento.

Hacia la segunda mitad del siglo, el descubrimiento y la aplicación de la anestesia, junto con las medidas de asepsia promovidas por Ignacio Semmelweis (1818-1865) en su obra Etiología, concepto y profilaxis de la fiebre puerperal, editada en 1861, la paulatina entrada de las antisépticas tras la experiencia de José Lister (1827-1912) en agosto de 1865 en Glasgow, con las pulverizaciones de ácido fénico en los quirófanos como medio de evitar la infección de la herida operatoria y la práctica de la hemostasia de los vasos sanguíneos por medio de ligaduras, marcan el despegue de la gran cirugía, representado por el acceso a las cavidades internas.

En el Hospital de San Juan de Dios de Murcia se comienza a usar el cloroformo como anestésico en las operaciones en 1865, dato que nos sirve para evaluar la situación de la cirugía en Murcia en relación con el resto del país. La utilización de cloroformo fue iniciada en Edimburgo por el ginecólogo J. Y. Simpson (1811-1870), quien presentó su experiencia el día 15 de noviembre de 1847 en la Sociedad Médica de la ciudad, el éxito que tuvo dio lugar a una rápida difusión del acontecimiento y a su manejo por los principales cirujanos de Occidente. En España fue empleado por primera vez el día 19 de diciembre de 1847 (sólo un mes más tarde) en Santiago de Compostela por el urólogo Dr. Guarneiro Gómez (1818-1880) en una amputación de pene por un cáncer, casi a la par lo hizo en Barcelona el Dr. Mendoza y Rueda (1811-1872); en el resto de las poblaciones españolas más importantes los cirujanos se apresuraron, también, a aplicarlo en sus intervenciones. Este desfase de 18 años es por sí solo demostrativo del atraso que sufría la práctica quirúrgica en nuestra ciudad en esa época, si además tenemos en cuenta que en octubre de 1846 (un año antes) había comenzado la anestesia por inhalación del éter por el odontólogo William G. Morton (1819-1868) y en el Hospital General de Massachusset por el Dr. Collins Warren (1778-1856), que la noticia se había expandido a todo el mundo y que fue utilizado en España en enero de 1847 por el Dr. Argumosa (1792-1865) en Madrid; la anestesia etérea fue rápidamente desplazada por el cloroformo, hasta que las complicaciones que éste presentaba hicieron que a principios del siglo XX se retomase nuevamente el uso de aquélla y en esta segunda etapa fue cuando se introdujo el éter en el hospital de Murcia, en 1908. Todo lo contrario ocurrió con la anestesia raquídea, descrita por el cirujano alemán August Bier (1861-1949) en 1899 y difundida en el XIII Congreso Internacional de Medicina de París en agosto de 1900 por el francés Teodoro Tuffier (1857-1929), que tuvo una inmediata aceptación mundial. En España fue el Dr. Rusca Domench, de la clínica del Dr. D. Salvador Cardenal en Barcelona, el primero en usarla y publicar su resultado en el mismo año. En Murcia el Dr. D. Claudio Hernández-Ros Navarro (1863-1930) la aplicó ya en 1900 y en el mes de marzo de 1901 presentó en la Real Academia de Medicina de Murcia su experiencia en "Cocainización de la médula", con lo que se convirtió en un pionero de la anestesia raquídea en nuestro país; su estadística anual de 1902, expuesta igualmente en la Real Academia de Medicina, alcanzaba

la cifra de más de 100 intervenciones realizadas, muchas de ellas de importancia, y en 1904 eran 188 pacientes los operados con dicha analgesia, varios urológicos.

Siglo XX. Con la entrada del nuevo siglo comienza en Murcia la edición de las publicaciones periódicas de contenido médico, en las que aparecen los primeros trabajos científicos de los cirujanos murcianos, principia el desglose del tronco común de la Cirugía General de las especialidades y se crea el Cuerpo Médico de la Beneficencia Provincial en mayo de 1900, lo que permitió racionalizar la adjudicación de plazas en el Hospital.

D. Claudio Hernández-Ros Navarro, máxima figura de la cirugía murciana, supo aprovechar los continuos avances de la ciencia y engrandecer la calidad quirúrgica murciana, apoyado por los agregados al servicio, tuvo primero a D. José García Villalba (+1943) quien, en 1904, renuncia a su puesto y es sustituido por D. Jesús Quesada Hernández (1867-1936), médico de puertas desde 1900, y en 1905 D. Mariano Precioso Córdoba, de Sanidad Militar, con oposición ganada como facultativo de guardia, presta asistencia en el servicio de cirugía. Presentó el Dr. Hernández-Ros, en las Juntas Facultativas del Hospital, interesantes casos clínicos urológicos como la descripción de un «Vástago para extraer cuerpos extraños de la vejiga por cistoscopia» y, perfectamente estudiado, descrito y tratado, un enfermo diagnosticado de «Triple anomalía del aparato génito urinario».

D. Emilio Meseguer Albaladejo forma parte del cuerpo médico como ginecólogo en 1900 y su hijo, D. Emilio Meseguer Pardo, en 1915, ambos también con publicaciones urológicas. En 1910 D. Julio Tortosa Lorca (1885-1919), urólogo murciano, licenciado en la Universidad de Valencia, acudió a París a la escuela de Urología del Hospital Necker junto al Dr. Albarrán, a su regreso a Murcia solicita crear un servicio de Urología en el Hospital y se ofrece para atender a los pacientes de Vías Urinarias totalmente gratis en el dispensario del centro, lo que no fue aceptado por la dirección. D. Ramón Sánchez-Parra



Fig. 4 D. Claudio Hernández Ros

García (1896-1982), quien había ingresado en el hospital en 1919, accede al puesto de cirujano general en 1924, fecha en la que se realizan importantes obras en los quirófanos dado el incremento que adquiere la cirugía; en el mes de enero del mismo año, D. Fulgencio Cano Soria (1884-1977) pide asistir a los enfermos urológicos en el dispensario del Hospital, lo que le fue denegado en un principio, en el mes de marzo, por estar desempeñada la plaza por el numerario Dr. Sánchez Parra, aunque se le concedió en el de noviembre una consulta con todas las facultades y atribuciones necesarias para un buen desempeño de su cargo pero sin menoscabo de los

derechos adquiridos por los facultativos numerarios de centro; no existen datos de que llegase a iniciar la actividad ya que las trabas impuestas, que le impedían llevar a cabo actos quirúrgicos, no animaban a ello.

En 1928 un Real decreto ley permite al médico que mediante el ejercicio habitual y público de una determinada rama de la Medicina se autocalifique de especialista en ella. En 1930 ingresa como cirujano D. Pedro Hernández García, que sustituyó a D. Jesús Quesada Hernández, y D. Vicente Romera y, en 1931, como médico de puerta, D. Víctor Ruiz Martínez (1903-1959) que fue agregado de cirugía al igual que D. Jesús Quesada Sanz (1911-1974), quien renunció en 1935 al puesto, y acceden como cirujanos los Drs. Mariano Ruiz Jara, Rafael García de las Bayonas, Juan de Dios Martínez y Gaspar de la Peña Díaz.

En 1931 la dirección del Hospital, tras consulta al cuerpo médico farmacéutico de la Beneficencia, para mejorar el aprovechamiento asistencial benéfico y al considerar caduca la organización existente, propone la creación de especialidades y la división de las tres plazas existentes en el servicio de cirugía en una de Cirugía de tumores, otra de Ortopedia y la tercera de Urología; a ello se opone rotundamente el D. Ramón Sánchez-Parra, a quien quedaba asignada esta última y presenta una carta en contra de la división y de la especialización de los servicios quirúrgicos del Hospital Provincial; en su alegación

esgrime que él es cirujano general y que no se le puede privar de este ejercicio, tras lo cual, en una junta facultativa extraordinaria, se acuerda: Que sean desempeñados los servicios de Cirugía General por los tres cirujanos que actualmente lo hacen y que se instituyan tres servicios de especialidades, uno para cada uno de los cirujanos, en el orden siguiente: el primero Cirugía de Tumores, el segundo Cirugía Ortopédica y el tercero de Urología, cada uno con igual número de camas, 25. La distribución de las salas de Cirugía queda establecida: cirugía general y ortopedia atendida por el D. Antonio Hernández-Ros Codorniú (1884-1982), que ingresó como médico de puerta en 1924, la sala de mujeres y de cirugía general y Cancelorogía por D. Jesús Quesada Hernández y la de hombres de cirugía general y Urología por el D. Ramón Sánchez Parra; así pues desde el año 1931 existe oficialmente un servicio de Urología

en el Hospital Provincial de Murcia, situación bastante anacrónica y única en el panorama hospitalario y que impidió el desarrollo en nuestra ciudad de la especialidad al dificultar la organización de un servicio de Urología de la categoría del resto de los grandes hospitales del país y el estar al día en los avances que se producían, ya que D. Ramón, hombre de gran personalidad, excelente cirujano, práctico, hábil y rápido en su técnica como era lo habitual de la época, no destacó en la cirugía de las vías urinarias, ni nos ha quedado constancia de su actividad; como méritos urológicos encontramos que fue admitido en 1952, socio de la Internacional de Urología, fue miembro de la Asociación Española y presentó en su reunión anual de 1957 una comunicación sobre el riñón en herradura y entre sus publicaciones de contenido de la especialidad solamente hemos localizado el discurso de ingreso en la Real Academia

Núm. 8.		Año II.	
Revista Mensual		REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN	
AÑO 5 PSEETAS		Capulija, 10	
REVISTA DE MEDICINA Y FARMACIA			
Resumen estadístico de las operaciones realizadas por el Dr. C. HERNÁNDEZ-RÓS. Médico por oposición del Hospital de S. Juan de Dios en 1905.			
<i>Aparato genito urinario femenino</i>			
Amputación cuello utero Martin.	2	2	
Amputación de Schroeder.	8	7	I
Estirpación de la glándula de Bartholino	1	1	
Flemón del ligamento ancho.	1		I
Fibroma de la vulva.	1	1	
Fístula recto-vaginal.	1		I
Fístula vesical.	1	1	
Fístula vesico-vaginal.	3	2	I
Histerectomía vaginal.	3	2	I
Histerectomía abdominal.	1	1	
Histeropexia abdominal.	1	1	
Miomectomía.	2	2	
Nefropexia.	3	3	
Ovariotomía.	2	1	I
Perineorrafia.	3	3	
Quiste vaginal.	1	1	
Raspado uterino.	26	26	
Salpinguectomía.	1	1	I
<i>Aparato genito-urinario masculino</i>			
Talla hipogástrica.	1	1	
Vaciamiento comisural de Pozzi.	2	2	
TOTAL.	64	58	5
<i>Aparato genito-urinario masculino</i>			
Castración.	1	1	
Circuncisión.	2	2	
Cura radical de hidrocele.	1	1	
Talla hipogástrica.	3	3	
Uretroplastia.	2	2	
Uretrotomía externa.	5	4	I
Uretrotomía interna.	8	6	2
Fistulas del escroto.	2	2	
TOTAL.	24	19	3

Fig. 5 Operaciones urológicas realizadas por el Dr. Hernández Ros en 1905

de Medicina de Murcia, en 1942, sobre «Estado actual de la urografía» (fig. 6).

En 1934 accede como urólogo D. Leopoldo Navarro Mínguez (1909-1994), formado en Madrid con los profesores D. Leonardo de la Peña y D. Salvador Pascual Ríos, por su preparación es el responsable del estudio, diagnóstico y atención de los enfermos urológicos, aunque la cirugía es realizada en su mayor parte por el titular del servicio.

Tras la Guerra Civil el Hospital se encuentra en una situación lamentable de abandono, falto de material y reducido de personal, los facultativos, para ingresar, deben presentar una declaración jurada con su historial profesional, científico y político-social y no haber sufrido sanción o depuración; en 1943 se convoca una oposición para cubrir dieciséis plazas vacantes de médicos, ya con titulaciones de especialidades por servicios. Los nuevos cirujanos están curtidos por lo general en las operaciones de guerra y convertidos en hábiles y diestros quirurgos, continúan ayudados en el quirófano por un practicante y no disponen de grandes medios ni de utillaje moderno, de ahí que no sea evidente el progreso de la cirugía en la institución hasta después de la inauguración del nuevo nosocomio en 1951, la entrada de médicos anestelistas en 1954, junto con la introducción de las técnicas de reanimación postquirúrgica más adelante y la posterior llegada de cirujanos preparados en centros con programas de estudios en ramas específicas de la cirugía.

Continuamos la historia quirúrgica del Hospital de San Juan de Dios con la evolución que ha llevado la especialidad urológica, la línea seguida por las diferentes ramas de la cirugía constituye de por sí un artículo diferente para cada una.

En 1944 D. Leopoldo Navarro Mínguez consolida por oposición su puesto de ayudante de Urología y mantuvo su desempeño hasta su retiro en 1975. A la jubilación, en 1962, del Dr. Sánchez Parra, le sucede al frente del servicio de Cirugía General y Urología su hijo D. Ramón Sánchez-Parra Jaén (1927-1998), educado junto a su padre como cirujano general y quien destacó en el campo de la cirugía taurina aunque era escasa su preparación urológica. En 1971 ingresa en la Institución como médico de puerta D. José Gil Franco (1936-2001), quien, especializado en Urología colabora en la actividad quirúrgica y en 1986 entra a formar parte del equipo como médico urólogo.

Establece la Diputación Provincial un convenio

con la Seguridad Social por el cual se autoriza a realizar en el Hospital las operaciones quirúrgicas de los pacientes del Seguro Obligatorio de Enfermedad que correspondían al cupo quirúrgico de los cirujanos del centro; como consecuencia de dicho convenio, en diciembre de 1985, se faculta, a D. Luís Óscar Fontana Compiano, quien había llegado a Murcia en 1983 como jefe de equipo quirúrgico de Urología de la Seguridad Social, a que opere a sus enfermos en el servicio de Urología del Hospital y es nombrado adjunto interino del servicio. D. José Luís Rico Galiano obtiene la plaza de ayudante de equipo quirúrgico de la Seguridad Social de D. Vicente Font Lledó en 1982; al fallecimiento de éste en 1985, accede a la de jefe y al año siguiente acude a realizar las operaciones al Hospital con un contrato de asistencia; en 1992 adquiere en propiedad el puesto de facultativo especialista de área de la Seguridad Social y desde 1993 se integra de pleno como médico adjunto del Servicio de Urología del Hospital en el que ingresa, como médico adjunto interino en 1988, el murciano D. Mariano Tomás Ros.

D. Ángel Andreu, asiste al Hospital para adquirir los conocimientos urológicos, obtiene el puesto de ayudante de Gil Franco a quien acompaña a operar al hospital desde 1986, pero a los dos años obtiene una plaza en propiedad en Burgos ciudad de la que, tras concurso, se traslada definitivamente a Elda en 1991, su lugar es ocupado por espacio de un año por el Dr. Rodríguez Ledesma a quien sustituye en 1993 D. Carlos Tello Royloa y en 1994 logra la de médico adjunto de Urología, en concurso, en el Hospital de la Vega Baja de Orihuela.

Tras la jubilación del Dr. Sánchez-Parra Jaén en 1992 se deshace la denominación de servicio de Cirugía General y Urología y queda únicamente como de Urología; convocadas oposiciones obtiene el cargo de jefe del mismo el Dr. Fontana Compiano, al año consigue la de jefe de sección el Dr. Tomás Ros y se mantienen como adjuntos los Drs. Gil Franco y Rico Galiano, D. Andrés Sempere Gutiérrez, es contratado en diciembre de 1995 y queda como adjunto interino al año siguiente y consolida definitivamente el puesto 2005; D. Juan Pedro Morga Egea es contratado en el 2004 y, por último, en este 2006 se incrementa la plantilla con D. Pedro Valdelvira Nadal.

En el año 1986 el servicio de Urología queda ya formado por un grupo de especialistas de amplia experiencia y formación urológica que introducen las técnicas de exploración, de diagnóstico y quirúrgicas acorde con los avances de la especialidad

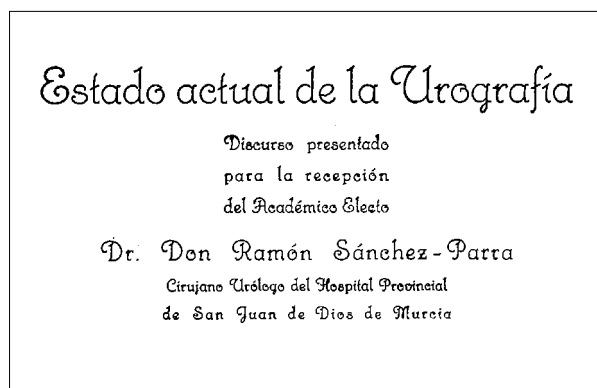


Fig. 6 Discurso de recepción como académico del Dr. D. Ramón Sánchez Parra

propias de un centro de la alta categoría científica que paulatinamente adquiere el centro, lo que da lugar a que acudan varios médicos al servicio como asistentes voluntarios para adquirir los conocimientos de la especialidad. Desde 1990 el Hospital queda homologado por el comité de acreditación para la formación de Médicos internos y residentes (MIR) para impartir docencia; el primero en realizar su especialización en el Servicio de Urología fue D. Roberto Ferrero Doria, en enero de 1993, quien, al finalizar su residencia en diciembre de 1996, marcha a ejercer al Hospital de Denia. Ingresa en enero de 1994 D. Pablo Guzmán Martínez-Valls quien es contratado en 2002 en el Hospital Morales Meseguer de Murcia. D. Juan Pedro Morga Egea entra en mayo de 1995 y es nombrado interino en el servicio del propio Hospital Reina Sofía, tras un corto periplo por otros centros. El cuarto residente (mayo de 1996-2001), D. Jacinto Navas Pastor, regresa al terminar su preparación a su tierra natal, donde ejerce en el Hospital comarcal de Montilla (Córdoba). De 1997 a 2002, el quinto urólogo formado en la especialidad en el Hospital (1998-2003) es D. Julián García Ligeró quien consigue puesto en el Hospital de la Vega Baja de Orihuela; D. Felipe García García es el último

médico que completa su residencia en el Hospital, entre 1998 y 2004, y es contratado en el servicio de Urología del Hospital del Noroeste, en Caravaca de la Cruz. D. Francisco Serrallac entra en el año 1999, pero al trasladarse el servicio al Hospital Morales Meseguer tras la demolición del edificio el Hospital pierde la acreditación docente, solicita el cambio de centro y se marcha a la Fundación Puigvert, de Barcelona, para finalizar su formación.

En este año 2006, que se corresponde con el 75 del comienzo oficial de la asistencia urológica en el Hospital, celebran los componentes del Servicio de Urología el vigésimo de la formación de un equipo urológico con la dedicación y la atención especializadas que hoy y día le corresponde y nos congratulamos, como señaló el director gerente del centro en la presentación de la jornada, de que el servicio de Urología del nuevo Hospital Reina Sofía de Murcia, se encuentre ya consolidado y sea uno de los referentes que prestigian al centro. Para finalizar únicamente queda desearle al cuerpo facultativo que mantenga el tesón, la dedicación, el estudio y, en fin, la ilusión de trabajo que a lo largo de tantos años de historia han llevado los médicos del Hospital de San Juan de Dios.

Bibliografía:

- ALBARRACÍN TEULÓN, A. "La titulación médica en la España del siglo XIX". Asclepio, 1969; XXV: 27-34.
- CLAVEL SAINZ, M. "Medicina Murciana. Historia de la cirugía ortopédica y traumatología". 1999. Nausicaä, Murcia.
- FRANCO GRANADE, A.; ÁLVAREZ ESCUDERO, J.; CORTÉS LAÍÑO, J. "Historia de la Anestesia en España 1847-1940", 2005, Arán editores, Madrid.
- GARCÍA HOURCADE, J. J. "El hospital de San Juan de Dios de Murcia (1739-1804)", 1992, tesis doctoral, Universidad de Murcia.
- IBID. "Beneficencia y Sanidad en el siglo XVIII en el Hospital San Juan de Dios de Murcia". 1966. Edit. Univ. de Murcia.
- GELABERT AROCA, E. "Contribución a la historia de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia", 1982; ed. Nogués, Murcia.
- LORCA GARCÍA, J. "Urólogos de Murcia: D. Leopoldo Navarro Mínguez", 1997; Bol. Asoc. Murc. Uro. II: 35.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A. "El Dr. Clavel Nolla y el Hospital Provincial de Murcia", 1989; ed. Nogués, Murcia.
- IBID. "Historia del Hospital de San Juan de Dios", 1999; edit. Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.
- IBID. "Nuestro Pasado. La famosa carta del Dr. Sánchez Parra García", 2001; Sanidad y Cultura I (1): 7.
- IBID. "La última década del Servicio de Anestesia-reanimación del Hospital General Universitario de Murcia (1989-1998)". 1999, Murcia Graf, S. L. Murcia
- MESEGUER INGOLOTI, F. "Memoria sobre la curación del mal venéreo, ensayada en diez enfermos", 1802; imprenta Muñiz, Murcia.
- PARRILLA PARICIO, P. "Análisis histórico de la situación actual de la cirugía y sus perspectivas de futuro", 1986; Anales de la Real Academia de Medicina de Murcia.
- PÉREZ ALBACETE, M. "La Urología en Murcia (1920-1935)", (1997). Bol. Asoc. Murc. Uro. II: 30-34.
- IBID "Figuras de la Urología Murciana: D. José Meseguer Huertas (1824-1881)", (1998). Bol. Asoc. Murc. Uro. III: 35-38.
- IBID "La Urología en las revistas médicas murcianas (1881-1936)", (1998). Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, 363-366.
- IBID "Análisis de la obra del Dr. D. Francisco Meseguer", (1999). Bol. Asoc. Murc. Uro. IV (4): 16-18.
- IBID "La Urología en las revistas médicas murcianas (1881-1936)", (1999). Bol. Asoc. Murc. Uro. IV (4): 26-36.
- IBID "La Urología en Murcia (1800-1936)", (2000). Actas Urol. Esp.
- IBID "La Urología en Murcia (1940-1975)", (2004). Bol. Asoc. Murc. Uro. XI: 28.33.

M. Pérez Albacete

In memoriam del Dr. Antonio Gras Richart

31 de diciembre. Como en toda familia, momentos previos de fiesta. Suena el teléfono, una voz angustiada, llorosa y conocida me dice: "Antonio acaba de morir"... Era Nuria, su mujer, nuestra amiga, desconsolada. Fue muy duro. Quise ir al tanatorio pero aun estaba en la clínica. Quise verlo, y no reconocí su cara. Después me he esforzado, y he conseguido recordarlo como era, sonriente, bonachón y sereno.

Antonio Gras Richart nació en Monforte del Cid. Era de los últimos urólogos nacidos en Alicante (recordemos a Vicente Font, Leopoldo Navarro, Gerardo Server, etc.) que se afincaron en Murcia y se hicieron murcianos, integrados y sintiendo nuestra tierra como propia.

Estudió y se licenció en la Facultad de Medicina de Valencia y, tras hacer las prácticas de las milicias universitarias en Canarias, donde conoció y se casó con Nuria, consiguió una beca en el Hospital de Cruces con el Dr. Zarza, en Bilbao, donde hizo la especialidad, siendo ayudante del Servicio de Urología.

Después, y tal vez porque el sol de levante le tiraba más que aquel clima, se trasladó a Alcoy y después a Murcia en el año 1966, con plaza en propiedad de jefe de zona de Urología y de la Obra Sindical 18 de julio, posteriormente, hasta su jubilación.

Desde entonces, ha estado integrado como urólogo en nuestra ciudad ejerciendo, comunicando a sus enfermos su saber hacer, su bondad y sus conocimientos.

He convivido con él muchos años y más intensamente los 10 últimos. Hemos viajado por toda España y gran parte de Europa, asistiendo a congresos. A mí me dejaba la planificación y "el transporte", y siempre le parecía todo bien. Era un buen compañero de viaje, conversador, amable, buen gourmet, a quien le encantaba contar las anécdotas jocosas de su estancia en Bilbao, con su jefe y compañeros de equipo.

Asistíamos a todos los Congresos y Reuniones de Levante. Fue Socio Fundador de la AMU y no faltó a ninguna asamblea ni reunión de la misma. Tenía un gran sentido de la responsabilidad.

Era Antonio un hombre entrañable, atento, aunque poco hablador y bondadoso. Admiraba a su padre, también médico, por quien sentía un gran respeto. Como padre de familia, adoraba igualmente a sus hijos. Yo conocía las cualidades de cada uno de ellos que relataba con orgullo. Y Nuria, su querida esposa, su compañera y enfermera, su secretaria. Era todo para él. Aún recuerdo el botiquín ("maletín sagrado" en los viajes), cuyo contenido le administraba, cuando era preciso, con todo cariño y pericia.

Se nos ha ido Antonio, pero yo le tengo presente. Lo recuerdo sonriente, amable y con gran sentido del humor.

Se nos ha ido, cuando no le tocaba, pues tuvo ocasiones más propicias y siempre las superó.

Se nos ha ido Antonio, pero nos ha dejado su huella a los que lo queríamos, como hombre de bien, íntegro, como una gran persona.

Descanse en paz

José Lorca García



Antonio Gras Richart

(14.VIII.1926-31.XII. 2005)

Nacido en la localidad alicantina de Monforte del Cid, allí realizó sus primeros estudios y los de Medicina en la Facultad de la Universidad de Valencia donde se licenció en 1952. Inició su formación urológica junto al profesor D. Rafael Alcalá Santaella y D. Fernando Prósper Monzó en el Hospital Clínico valenciano, de 1952 a 1955. Mediante concurso oposición obtuvo una plaza de médico becario de la Seguridad Social, para especializarse, en el servicio de Urología del Hospital Eduardo de Sotomayor, en Cruces, Bilbao con los Drs. D. Julio Pérez Irezábal y D. Rafael Zara Gómez por espacio de cinco años.

En 1962 comienza su ejercicio como urólogo en la ciudad de Alcoy, a los cinco años consigue, por concurso, plaza de jefe de equipo quirúrgico de la Seguridad Social en Murcia, donde se establece definitivamente y donde desarrolla el resto de su actividad urológica hasta su jubilación en 1996. Miembro de la Asociación Española de Urología y fundador de la Murciana, asistía a todos sus congresos. Gran compañero y amigo de todos, trabajador dedicado por entero a su profesión y a su familia, constituye una gran pérdida para la comunidad urológica murciana, descanse en paz.

Mariano Pérez Albacete

In memoriam del Dr. D. Rafael Miguel i Foj



Ha muerto un compañero, Rafael Miquel i Foj y, si siempre es doloroso dar el adiós definitivo a una persona con la que se ha tenido una estrecha relación profesional lo es más en esta ocasión en que su desaparición ha tenido lugar prematuramente, en su madurez personal y profesional.

Nació el 9 de febrero de 1950 en Valencia, donde cursó sus estudios de Licenciado en Medicina y Cirugía, y su trayectoria profesional transcurrió en Cartagena, ciudad a la que vino para cumplir con su Servicio Militar, siendo destinado al Hospital Naval del Mediterráneo. En él se inició en la Especialidad, en la Clínica de Urología que por entonces dirigía el Dr. Matías Lafuente, y de la que fue nombrado Médico Interno el 20 de febrero de 1978. En octubre de ese mismo año ocupó el cargo de Ayudante de Equipo de Urología en los Servicios Sanitarios de la Seguridad Social pasando a ser Facultativo Especialista de Área de Urología, con carácter interino, en noviembre de 1993 y obteniendo la plaza en propiedad el 29 de junio de 2005.

Fue uno de tantos cartageneros de adopción que arraigó definitivamente en esta tierra con su matrimonio con Isabel Cara, unionense y compañera de profesión, con la que tuvo tres hijos. Sin embargo, no dejó de “ejercer de valenciano” en todo momento y cuando las circunstancias eran propicias.

Hombre afable y extrovertido era muy querido por sus pacientes que siempre encontraban en él al médico que sabía escuchar, sin importarle el tiempo que tenía que dedicar a cada uno de ellos. Su profesionalidad le hacía seguir trabajando incluso en situaciones de enfermedad, a veces importante, y de hecho, tuvieron que pasar días antes de decidirse a ser atendido cuando se inició la enfermedad que desgraciadamente puso fin a su vida.

Sirva este recuerdo como pésame a su esposa e hijos de la familia urológica murciana.

Descanse en paz.

Servicio Urología
Hospital Santa María del Rosell. Cartagena

Galería de urólogos murcianos



Dr. D. Manuel Albaladejo Paredes **(1907-1964)**

Presentamos en esta galería la semblanza de aquellos urólogos murcianos que, aunque nacidos en la tierra, desarrollaron su actividad fuera de ella, por lo que son poco recordados por la mayor parte de los especialistas coetáneos suyos y, por desdado, completamente desconocidos para las nuevas generaciones de urólogos, de ahí que consideremos un deber rescatar su memoria y dejar constancia del papel que desempeñaron a lo largo de su vida profesional.

Nacido en la población minera de La Unión el 16 de octubre de 1907, hijo de D. Manuel Albaladejo y de D^a. María Paredes, su infancia transcurrió en su ciudad natal, estudió el bachillerato en Cartagena y, a los 16 años, marchó a Madrid a iniciar los de Medicina en la Universidad de San Carlos, donde se licenció en 1930, con 23 años, e ingresó como médico para especializarse en Urología junto a su paisano el Dr. D. Salvador Pascual Ríos en el Hospital Central de La Cruz Roja de San José y Santa Adela, en la calle Reina Victoria, en Madrid. A partir de ese momento su vida profesional queda unida a esta

institución en la que, tras la contienda civil, se incorpora a trabajar como miembro del cuerpo facultativo en unión con el Dr. D. Joaquín Páez, responsable del servicio de Urología del hospital. En 1948 fue nombrado director de la VII Asamblea de la Cruz Roja en el barrio de Tetuán de Madrid y, por su mediación, se construyó en 1962 el nuevo edificio del Hospital de la Cruz Roja en la calle Infanta Mercedes de la capital, en el que desempeñó el cargo de director en el que fue jefe del servicio de Urología.

Perteneció a la Asociación Española de Urología y en 1945 fue nombrado miembro corresponsal de la Real Academia de Medicina de Murcia; casado con una cartagenera, D^a. Francisca Vidal Palazón, no tuvo descendencia y su vida transcurrió en Madrid, ciudad en la que falleció el 16 de junio de 1964 a causa de un proceso neoplásico intestinal a la edad de 57 años.

Sirvan estas líneas de recuerdo en su memoria y homenaje de la Asociación Murciana de Urología

Mariano Pérez Albacete

X Aniversario de la constitución de la Asociación Murciana de Urología

Celebramos el aniversario en octubre de 2004, con una comida de hermandad con la asistencia de la mayoría de los miembros de la Asociación acompañados de sus familiares; fue seguida por una capea para disfrute de algunos y regocijo de todos. Recogemos unas instantáneas de la celebración.





En el año 2005 se completó el proceso de regulación de plazas en el sistema sanitario nacional, antiguo INSALUD, con lo que se cierra la trasmisión de la Sanidad a la Comunidad Autónoma de Murcia y queda bajo la tutela del Servicio Murciano de Salud; como consecuencia en este 2006 se ha producido una gran movilidad de facultativos en los distintos hospitales de la Comunidad Autónoma.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; consolidan su plaza como médicos especialistas de área los Drs. D. Gerardo Server Pastor, D. Pedro López Cubillana, D. Antonio Prieto González, D. Mariano Rigabert Montiel y D. José Antonio Nicolás Torralba y en el mes de julio es contratado para acúmulo de tareas el Dr. D. Enrique Cao Avellaneda al finalizar su periodo de formación como médico residente.

Hospital General Universitario Morales Meseguer; los Drs. D. Bernardino Miñana López, D. Tomás Fernández Aparicio, D. Gregorio Hita Villaplana y D. Pablo Guzmán Martínez-Valls afianzan su plaza en el concurso. Se ha producido la jubilación del Dr. D. Pedro Peñaranda Gil de Pareja y ha sido contratado en su lugar la Dra. D^a. Beatriz Honrubia Vílchez, formada por el sistema MIR en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada.

Hospital Santa María del Rosell; consolidan plaza los Drs. D. Juan Moreno Avilés, D. Luis Olmos, D. Rafael Miquel y Foj (recientemente fallecido) y D. Lucas Asensio Egea, este último se encuentra desplazado en comisión de servicios en el Hospital comarcal de Cieza. Los Drs. D. Vicente Bañón Pérez y D. Pedro Valdevira Nadal ex residentes de Urología del Hospital Virgen de la Arrixaca tras desarrollar su trabajo como urólogos por espacio de ocho años el primero y de cuatro el segundo, han sido contratados como facultativos en el Hospital de la Vega Baja de Orihuela y Reina Sofía de Murcia respectivamente. Su puesto ha sido cubierto por el Dr. D. Eugenio Hita Rosino, procedente del Hospital de Huércal Overa, en Almería, y la otra vacante se ha ocupado por otro compañero de origen peruano formado en la especialidad en Zaragoza con el Dr. Valdivia, el Dr. Max Cachay.

En el Hospital Rafael Méndez, la han consolidado los Drs. D^a. María José Montes Díaz y D. Jesús García Garzón, este último desplazado en comisión de servicio en el Hospital de D. Benito (Badajoz) y su puesto ocupado por el Dr. D. Andrey Bitsunov y se encuentra contratado D. Antonio Moreno Saturnino.

Convocatoria MIR de 2006; han iniciado su formación en Urología en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, la Dra. D^a. Gloria Doñate Íñiguez, licenciada por la Universidad de Valencia y natural de la localidad albaceteña de Almansa y, en el Hospital General Universitario Morales Meseguer, el Dr. D. Emilio Izquierdo, de origen valenciano, licenciado por la Universidad de Valencia y en posesión ya del título de especialista en Medicina del Trabajo.

La Dra. Almudena Rodríguez Tardido, médico residente de tercer año de Urología del Hospital General Universitario Morales Meseguer, ha obtenido el premio del "Sexto concurso de Casos Clínicos para Urólogos en Formación", convocado por la Asociación Española de Urología, por su trabajo Hematuria masiva tras cirugía renal en paciente monorrena.

El Hospital Universitario Reina Sofía; ha sido el designado por la Consejería de Sanidad para ubicar la unidad de Litotricia por Ondas de Choque de la Comunidad Autónoma, que cubrirá la atención integral de la patología litiásica de todos los enfermos de la región y el servicio de Urología el responsable de su organización, puesta en marcha y tratamiento de los pacientes; para reforzar su plantilla de facultativos ha sido contratados el Dr. D. Pedro Valdevira Nadal.

El premio Salvador Pascual del año 2006 ha quedado desierto por falta de originales remitidos en tiempo y forma acordes con las normas de la convocatoria.

Beca y Premios de la AMU

CONVOCATORIA PARA EL AÑO 2006

La junta directiva de la Asociación Murciana de Urología, consciente de la necesidad de actualizar y adecuar las bases de nuestros premios, acorde a las nuevas iniciativas y necesidades tanto de los asociados como de la Asociación en sí, decidió en reunión de la junta Directiva, modificar las bases de dichos premios, que entran en vigor para los premios del año 2007.

Beca de investigación "Meseguer Huertos"

- 1.- Dicho premio se concederá con carácter bianual.
- 2.- Se otorgará al proyecto de investigación o de memoria para el desarrollo de una tesis doctoral presentado por un miembro de la AMU.
- 3.- Para optar a la misma se presentará una memoria detallada del proyecto, con el visado de su director, si procediera, que incluya un estudio pormenorizado en el que se especifique de manera clara:
 - a) Objetivo principal del trabajo.
 - b) Periodo de tiempo en el que se va a desarrollar dicho trabajo.
 - c) Necesidades económicas previstas para su realización.
- 4.- La cuantía monetaria total del premio se cifra en 2.000 euros; de los cuales, se entregará el 50 % en el momento de la concesión del premio y el 50% restante a su finalización.
- 5.- El premiado tendrá la obligación de presentar a la Asamblea de la Asociación una memoria detallada de su trabajo a la finalización del mismo.
- 6.- En el caso de que la duración del proyecto sea superior a un año, el premiado tendrá la obligación de presentar una memoria anual a la junta Directiva en la que quede de manifiesto el estado actual de su trabajo.

Dicha memoria se presentará siempre antes de la realización de la Asamblea ordinaria de la Asociación.
- 7.- El incumplimiento de los apartados 5 y 6 de las bases, o la no realización del proyecto de investigación, según los plazos previstos para el desarrollo del mismo, anulará las condiciones de la Beca, llegándose incluso a exigir la devolución de la misma si la junta directiva así lo considerara.

Premio "Salvador Pascual"

- 1.- Se concederá con una periodicidad anual.
- 2.- Se premiará el mejor trabajo urológico original presentado en el congreso de la AMU, o en cualquiera de sus reuniones científicas, así como en los de la Asociación Española de Urología, ya sea comunicación, póster, vídeo o cualquier otra, durante el curso académico correspondiente, definido como el periodo comprendido entre dos reuniones sucesivas de la AMU, por parte de los urólogos miembros de la AMU.
- 3.- Para optar al premio se deberá entregar el trabajo por escrito desarrollado en el formato habitual, a saber: resumen, introducción, material y métodos, discusión, conclusiones y bibliografía. Así como una copia en formato electrónico.
- 4.- La cantidad establecida es de 700 euros.
- 5.- El trabajo premiado se publicará en el primer Boletín anual de la AMU que se edite tras la concesión del premio.
- 5.- El jurado que otorgará el premio estará formado por la junta directiva de la AMU, que previamente a la reunión anual de la Asociación se reunirá para efectuar la votación oportuna.
- 6.- En caso de que dos trabajos tenga el mismo número de votos, será el voto del Presidente el que determine el trabajo ganador del premio.
- 7.- Este premio puede quedar desierto, si la junta directiva considera por mayoría que ninguno de los trabajos presentados reúnan las exigencias mínimas para ser merecedor del mismo.
- 8.- Para optar al premio, los trabajos han de presentarse en la sede de la AMU, al menos 45 días antes de la celebración de la reunión anual.

Premio "Gerardo Server"

- 1.- Se concederá con una periodicidad anual.
- 2.- Se premiará a la mejor comunicación presentada en reunión anual de la Asociación, bien sea presentación oral o póster.
- 3.- Podrá optar a este premio, cualquier póster presentado por un miembro de la AMU en cualquier otra Reunión o Congreso en la que participe la AMU o la AEU, durante el curso académico correspondiente, definido como el periodo comprendido entre dos reuniones sucesivas de la AMU,
- 4.- Los trabajos que quieran optar a recibir el premio, tendrán que ser presentados en la reunión anual de la asociación.
- 5.- En el caso de los póster, estos deberán estar colocados en el lugar designado para ello desde el momento de la inauguración de la reunión anual de la AMU hasta a finalización de la misma para que puedan ser valorados correctamente por todos los miembros de la asociación.
- 6.- Los trabajos se numerarán según orden de colocación en la zona de la exposición designada para este fin.
- 6.- El jurado que otorgará este premio estará compuesto por todos los miembros de la AMU, los cuales emitirán su voto, de manera anónima, en una papeleta diseñada para tal efecto, donde figurará en una columna el número del trabajo precedido de la letra C o P, según se trate de póster o comunicación oral, y en otra la puntuación otorgada. Cada uno de los trabajos se puntuará numéricamente de 1 a 5.
- 7.- Para recoger los votos se dispondrá una urna o similar que estará expuesta a todos los miembros de la AMU desde el inicio de la reunión hasta la finalización de la última sesión científica previa a la asamblea ordinaria de la asociación.
- 8.- Se contabilizará como nulo aquel voto que no valore a la totalidad de los trabajos presentados para optar al premio.
- 9.- La asignación establecida es de 450 euros junto a la publicación del trabajo en el Boletín anual de la AMU.
10. El premiado tendrá la obligación de facilitar a la junta Directiva una copia en formato digital del trabajo para su posterior publicación en el Boletín anual de la AMU.

Bases generales:

- 1- Es condición indispensable para concursar que los trabajos sean originales e inéditos, no podrán estar publicados, ni optar a otros premios.
- 2- Todos los trabajos que quieran optar a cualquiera de los premios, y aquellos que quieran ser presentados en la reunión anual de la asociación, deberán ser facilitados en formato digital al vocal de actividades científicas antes de la finalización de la misma para su publicación en la página web de la AMU.

Se remitirá obligatoriamente el original con una copia en papel además de presentarlo en soporte de CD o disquete, dirigidos al Sr. Secretario de la AMU, por correo certificado o en sobre cerrado y con fecha de entrada en el Colegio Oficial de Médicos de Murcia. Tanto para optar a la beca como para el premio "Salvador Pascual", se deberán presentar los proyectos o trabajos, 45 días naturales antes de la celebración de la Jornada anual de la Asociación.
- 3- El premio se entregará siempre al primer firmante del trabajo, el cual debe ser miembro de la Asociación Murciana de Urología, y estar al corriente del pago de la cuota.
- 4- La designación de los ganadores y la entrega de los premios, se realizará durante el transcurso de la reunión anual preceptiva de la AMU.
- 5- El jurado estará formado por los miembros de la junta directiva de la AMU en la Beca "Meseguer Huertos" y en el premio "Salvador Pascual" y sus decisiones serán inapelables; sus componentes no podrán ser receptores de la beca ni de dicho premio., los cuales podrán ser declarados desiertos. El hecho de concurrir presupone la total aceptación de las bases.

En el caso del premio "Gerardo Server", el jurado estará formado por todos los miembros de la AMU. El receptor de dicho premio podrá ser cualquier asociado incluidos los miembros de la junta directiva.