



# MEMORIA DE ACTIVIDADES

AÑO 2011

## SUMARIO

EDITORIAL.....	26
JUNTA DE GOBIERNO.....	31
ACTIVIDADES.....	32
NOTICIAS.....	40

# **EDITORIAL**

## **La Diabetes Mellitus como factor de riesgo para la enfermedad coronaria The Diabetes Mellitus as a risk factor for coronary disease**

Existe la opinión generalizada de que la diabetes, tanto en su forma tipo 2 o diabetes mellitus no insulino-dependiente, como en la forma tipo 1 o insulino-dependiente, son factores de riesgo para el desarrollo de la aterosclerosis y de la enfermedad coronaria, la cual con frecuencia coincide en su determinismo aterogénico con otros factores de riesgo considerados clásicos, como son; la dislipemia, la hipertensión arterial, la obesidad, que con mas frecuencia en la diabetes tipo 2 exacerba la dislipemia y la hipertensión (existiendo evidencias recientes de la relación entre obesidad y morbilidad por cardiopatía isquémica, fundamentalmente en la forma de obesidad de tipo central o abdominal) además del habito de fumar o la historia familiar de padecimiento coronario. Estos tradicionales factores de riesgo coronario significan en el enfermo diabético solo del 25-50 % del riesgo.

En el enfermo coronario existen dos anormalidades, la hiperglucemia y la dislipemia que son definitivamente importantes para que la diabetes tenga la significación de factor de riesgo.

Sin embargo la diabetes mellitus no debe considerarse únicamente como un trastorno del control de la glucemia sino que debe enfocarse como un trastorno, con muchas facetas cuya valoración y tratamiento debe tener un alcance amplio, y solo entonces se reducirá la morbilidad y mortalidad a largo plazo.

El valor aterogénico de la hiperglucemia se basa en su capacidad de producir cambios estructurales en las lipoproteínas que favorecen su oxidación, cambios en la biología vascular acelerando las modificaciones moleculares y celulares que predisponen a la evolución de la aterosclerosis; tiene además efectos sobre determinados parámetros de la coagulación, en sentido procoagulante y sobre la función endotelial. Por estas razones es un objetivo en la terapéutica del diabético tratar la hiperglucemia.

Sin embargo se ha demostrado que el control único de la hiperglucemia en el enfermo diabético no es capaz de disminuir el riesgo de sufrir enfermedad coronaria.

Así en el Wiscosin Retinopathy Study un aumento de la hemoglobina A1c del 1% se correspondió con un aumento de la retinopatía del 50% y con un aumento de la enfermedad arterial coronaria solo del 5-10%. En el University Group Diabetes Program, un control riguroso de la glucemia no se asocio con un descenso de accidentes coronarios. En el Veterans Affairs Diabetes Feasibility Trial las alteraciones macrovasculares fueron mas frecuentes en los enfermos diabéticos tipo 2 mas intensamente tratados. Estos hallazgos hacen suponer que los beneficios proporcionados por la insulina en el control de la glucemia podrían ser superados por una supuesta acción aterogénica de la droga. La insulina además de ser un factor de crecimiento y estimular la proliferación del músculo liso, incrementa la síntesis local de los lípidos y su captación por los fibroblastos lo que aumenta la formación de células espumosas.

Valores elevados de insulina en ayunas son predictivos del desarrollo de la enfermedad coronaria, teniendo la misma significación su aumento post prandial

Tal vez los estudios señalados no se han realizado con un número suficiente de enfermos para que los resultados conseguidos tengan significación estadística.

De las dos formas fundamentalmente de diabetes, en la de tipo 1 o diabetes insulino dependiente, la secreción de insulina es claramente deficitaria con mas células beta parcialmente funcionantes, cuya función puede posteriormente deteriorarse, desapareciendo por completo. Aunque en esta forma de diabetes existen algunas anomalías en la sensibilidad a la insulina su traducción clínica es inapreciable. En las formas diabéticas tipo 2 o no insulino dependiente, la respuesta a la insulina exógena es variable dependiendo de factores como la obesidad y la actividad física, a menudo se requieren cantidades de insulina superiores a las necesarias en la diabetes insulino-dependientes para normalizar la glucemia.

Muchas observaciones sugieren que la resistencia a la insulina es el hecho patogénico principal de la forma de diabetes tipo 2, hasta el punto que esta ampliamente aceptado que el hiperinsulinismo no es la causa sino mas bien consecuencia de la resistencia aumentada a la insulina.

La resistencia aumentada a la insulina, se asocia a anormalidades hemodinámicas y de la coagulación pero fundamentalmente produce alteraciones dislipémicas, entre las que podemos destacar un aumento de las quilomicrones y de las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL), partículas especialmente aterogénicas.

En la diabetes existe una alteración en el metabolismo de los quilomicrones.

Tras la ingestión de grasas y colesterol se sintetizan triglicéridos y ésteres del colesterol que se unen a la apolipoproteína B48 en las células de la mucosa del intestino delgado dando lugar a la formación de quilomicrones.

Tras su secreción a la circulación general los quilomicrones interaccionan con la lipoproteinlipasa (LPL) en la superficie de las células endoteliales de los capilares del tejido adiposo y muscular, la partícula residual denominada “residuo de quilomicrones” se desplaza hacia el hígado donde se absorben, liberando sus ésteres de colesterol y triglicéridos.

En los enfermos diabéticos la alteración principal del metabolismo de los quilomicrones podría ser una deficiencia de la LPL. Además en estos enfermos podría existir una disminución de la lipasa hepática que influirían en la eliminación de los “residuos de quilomicrones” que aparecerían a niveles elevados tras la ingestión de grasas tanto en la diabetes tipo 2 como en las de tipo 1.

En la diabetes insulino-dependiente descompensada puede existir una notable reducción de la LPL, pudiendo en consecuencia ocurrir un aumento notable de los quilomicrones; esta alteración es parcialmente reversible por la administración de insulina.

Por el contrario en la diabetes no insulino dependiente puede existir ligeros o moderados disminución de los niveles de LPL que pueden ser consecuencia de la resistencia aumentada a la insulina por lo que esta anomalía no es del todo reversible con el control diabético.

Existe una controversia en relación con el valor de la hipotrigliceridemia como factor de riesgo en el determinismo de la enfermedad coronaria. Hemos de destacar, en parte, como justificación de la misma, la alta variabilidad biológica en la determinación de los triglicéridos y además que algunos estudios están basados en determinaciones únicas no realizadas en condiciones de riguroso ayuno.

En el estudio de Framingham Heart Study, cifras altas de triglicéridos se correspondieron con una alta incidencia de enfermedad coronaria.

Hokanson y Austin en un estudio metaanalítico encontraron que los triglicéridos son factor de riesgo para la enfermedad coronaria cuando coincide con niveles bajos de HDL colesterol, independientemente de las cifras de LDL colesterol.

La asociación triglicéridos-ateroesclerosis puede justificarse por distintas razones-

La hipertriglicéridemia es un signo de aumento de resistencia a la insulina. El enriquecimiento con triglicéridos de las fracciones HDL-LDL, tiene como consecuencia un descenso de los niveles de HDL y la formación de partículas LDL densas y pequeñas. Las partículas LDL enriquecidas con triglicéridos bajo la acción lipolítica de la lipoproteína lipasa o de la lipasa hepática se transforman en partículas LDL modificadas predisuestas a modificaciones de tipo oxidativo.

El tamaño y las características de la LDL tienen una especial influencia sobre su determinismo aterogénico; los LDL grandes se suelen corresponder con un fenotipo A, mientras que las pequeñas y densas se corresponden con un fenotipo B. La frecuencia del fenotipo B es dos veces más frecuente en la diabetes tipo 2. La aterogenicidad de las partículas LDL pequeñas y densas, se debe a su capacidad aumentada de ser oxidadas, y además a su capacidad de penetrar fácilmente en la pared de los vasos donde son oxidadas poniendo en marcha una secuencia de acontecimientos que favorecen la formación de la lesión aterosclerótica.

La hipertriglicéridemia es capaz de producir un descenso de los niveles de lipoproteína lipasa y también influir sobre la biología vascular favoreciendo el desarrollo de la aterosclerosis.

En los enfermos diabéticos los niveles de triglicéridos son variables; valores superiores a 200 mgr/dl aparecen en el 20-40% de los enfermos y solo en el 10 % aparecen cifras superiores a 400 mg/dl. La hipertriglicéridemia marcada en los enfermos diabéticos-tipo 2 indican la asociación con factores tales como la obesidad, la edad, el sedentarismo, e incluso influencias genéticas.

Cuando la hiperglucemia aparece, que lo hace tardíamente en el curso de la vida del diabético, coexiste con una alteración en la eliminación de las lipoproteínas ricas en triglicéridos- La combinación de una producción aumentada y una disminución del catabolismo de las lipoproteínas ricas en triglicéridos acentúa la hipertriglicéridemia.

Existe una relación entre la concentración de triglicéridos en ayunas y el área de la curva de los niveles de triglicéridos en el plasma a continuación de una comida rica en grasas. A continuación de esta, mientras que los niveles de triglicéridos en ayunas aumentan dentro de rangos normales el área de la curva de los niveles de triglicéridos en plasma aumentan de tal manera que la hiperlipemia post-prandial y los valores altos de triglicéridos son comunes en enfermos con solo modesta elevación de triglicéridos en ayunas.

El síndrome de triglicéridos altos y niveles bajos de HDL que en los estudios metaanalíticos señalados han demostrado ser de especial valor aterogénico y que aparecen en los casos de resistencia a la insulina aumentada pueden coincidir con hipertensión arterial, obesidad de tipo central, aumento de determinados factores de la coagulación y de cifras de ácido úrico. Esta asociación de alteraciones se conoce con las designaciones de "Síndrome X" por Reaven "cuarteto letal" por Keplán y en Europa como síndrome polimetabólico.

El colesterol LDL, de importante poder aterogénico se forma a partir de un precursor, las lipoproteínas de muy baja densidad, las VLDL. En el diabético la conversión de las VLDL en LDL disminuye a medida que aumenta la gravedad de la

diabetes. Este hecho puede justificar en parte los niveles normales del colesterol encontradas y los niveles altos de VLDL y triglicéridos.

El metabolismo de los LDL se produce por su aclaramiento del plasma principalmente por la acción de los receptores LDL los cuales localizados en el hígado están en número estrechamente relacionado con el metabolismo hepático del colesterol.

Los receptores LDL entran parcialmente regulados por la insulina; en los enfermos con diabetes insulino-dependiente descompensados pueden estar reducidos produciéndose un aumento de los niveles de colesterol LDL que pueden ser revertidos por la administración de insulina. En la diabetes no insulino-dependiente pueden presentarse alteraciones del metabolismo de los LDL no vinculados a la acción insulínica.

La formación de colesterol HDL (capaz como sabemos de eliminar el colesterol de las membranas celulares) en la diabetes mellitus insulino-dependiente bien controlada puede aparecer a niveles normales o elevados en contraste con la diabetes mellitus no insulino-dependiente en la que se encuentran con frecuencia a niveles bajos.

Señaladas las alteraciones lipídicas que aparecen en el enfermo diabético, queremos insistir en una ordenación de hechos que creemos son importantes para la valoración de la diabetes como factor de riesgo coronario.

Las modificaciones arterioescleróticas se inician en la juventud, en determinados casos, fundamentalmente en la diabetes tipo 2, aparece una resistencia aumentada a la insulina, la cual es responsable de una constelación de anomalías lipídicas, como hemos señalado que son capaces de acelerar el proceso aterosclerótico y es tardíamente cuando aparece la hiperglucemia que contribuye a empeorar el proceso.

A partir de varios estudios, se deducen diferencias entre la diabetes tipo I y la diabetes tipo II.

En la diabetes insulino-dependiente el control del metabolismo de los hidratos de carbono influyen positivamente sobre las alteraciones dislipémicas mientras que en la diabetes no insulino-dependiente esta acción se da solo parcialmente. Está demostrado que la resistencia a la insulina es un factor importante en la dislipemia que aparece en la diabetes mellitus no insulino-dependiente. La resistencia a la insulina se asocia a modificaciones de la coagulación y a anomalías hemodinámicas además a las modificaciones dislipémicas señaladas.

Podemos concluir que los factores responsables de la enfermedad macrovascular son probablemente operativos muchos años antes de que la hiperglucemia aparezca fundamentalmente en la diabetes tipo 2. La hiperglucemia empeora y acelera la enfermedad macrovascular a través de las complicaciones originadas por su efecto adverso sobre la lipoproteína, factores endoteliales y su acción sobre la biología molecular. La hiperglucemia debe tratarse pero sin exclusión del tratamiento de la dislipemia, hipercolesterolemia, hipertensión y promover el abandono del tabaco.

***Dr. V. Tormo Alfonso***

Director Clínica Cardiovascular  
Clínica Cardiovascular-Vol.17-Nº3,1999

## **JUNTA DE GOBIERNO**

La Fundación Vicente Tormo, fue constituida por el Excmo. Sr. D. Vicente Tormo Alfonso el 13 de Enero de 2006. Inscrita en el Registro de Fundaciones de Ministerio de Educación y Ciencia.

La actual Junta de gobierno está formada por:

*Presidente*

- Doña María Emilia Tormo Esplugues

*Vicepresidenta*

- Doña Gracia Tormo Esplugues

*Vocales*

- Don Salvador Blanch Blasco
- Doña Amparo Tomás Bernat
- Don Benjamín Narbona Arnau
- Don Vicente Alegre Tomás
- Doña Rosana Navarro Boronad
- Don Salvador Blanch Tormo

y Doña Carmen Tomás Bernat en calidad de Secretaria no Vocal.

El artículo 3 y 4 Cap. II de los Estatutos de la Fundación establecen que los fines de la Fundación son:

Fomentar la educación y realización de estudios, investigaciones y cualesquiera actividades culturales, de investigación, estudio y difusión de conocimientos, relativas a las enfermedades cardiovasculares, principalmente en relación con la prevención y detección precoz de la cardiopatía y el desarrollo de técnicas de rehabilitación cardiaca.

**Objetivos:**

El tratamiento de las enfermedades cardiovasculares entre los que se incluye la prevención Cardiovascular y la Rehabilitación Cardiaca.

El diagnóstico precoz de la cardiopatía y de los factores que contribuyen a desencadenarla.

La acción social de protección al cardiaco con invalideces psíquicas o físicas.

El estudio de los puestos de trabajo en relación a las posibilidades del cardiópata.

El estudio de la repercusión de las enfermedades del corazón dentro de las estructuras sanitarias y sociales.

El fomento y apoyo al desarrollo de la investigación cardiovascular en España.



# **A C T I V I D A D E S**

## **LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR**

En nuestro editorial publicamos un artículo de la revista Clínica Cardiovascular de 1999 en el que el Dr. D. Vicente Tormo Alfonso, señala que es necesario dar especial relevancia a la Diabetes Mellitus como factor de riesgo para la enfermedad coronaria; pero además, hay que considerar que los factores responsables de la enfermedad macrovascular son probablemente operativos muchos años antes de que la hiperglucemia aparezca fundamentalmente en la diabetes tipo 2. La hiperglucemia empeora y acelera la enfermedad macrovascular a través de las complicaciones originadas por su efecto adverso sobre la lipoproteína, factores endoteliales y su acción sobre la biología molecular. La hiperglucemia debe tratarse pero sin exclusión del tratamiento de la dislipemia, hipercolesterolemia, hipertensión y promover el abandono del tabaco.

En 1970, el Discurso de Recepción en la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana, del Excmo Sr. D. Vicente Tormo Alfonso, leído en Valencia el 30 de enero de 1970 fue “El cardíaco como problema social”, publicado en el editorial de la Memoria del año 2010, donde se recoge lo siguiente:

*“la cardiopatía no es una enfermedad de la senectud sino que alcanza, cada vez con mayor proporción, a sujetos en edades de trabajos. Vivimos en una época matizada profundamente por una inquietud económica; pues bien, desde un punto de vista económico, el problema de la morbilidad por cardiopatía, y su solución, tiene una trascendencia indudable. La cardiopatía de origen reumático, con predilección por gente joven, está en disminución; sin embargo, las cardiopatías arteriales alcanzan cada vez a sujetos más jóvenes; la angina de pecho y el infarto de miocardio han dejado de ser privativos de personas de edad madura.”*

*“En el Servicio de Cardiología nos hemos preocupado de organizar no sólo una labor asistencial de diagnóstico, de investigación cardiológica, sino que hemos querido también, con el convencimiento de que nuestra labor no termina cuando extendemos una receta o sentamos una indicación quirúrgica a nuestros cardíacos, conocer el alcance en nuestro medio del problema social que el cardiópata representa.”*

Ese fue su planteamiento desde el inicio de su carrera profesional y a lo largo de toda su vida; y así lo reflejó en ese discurso que lo abrió con estas palabras que transcribimos:

*“Antes de decidimos a ocuparnos del cardíaco como problema social en este discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Valencia, pensamos que lo ambicioso del tema rebasara nuestras posibilidades, pero forzó nuestra decisión el hecho de que podríamos contribuir en nuestro medio a despertar una inquietud no sólo en los médicos, sino en la sociedad entera.*

*Intentaremos que nuestro trabajo no quede como mero hecho anecdótico, sino que sea el principio de una lucha en la que vamos a empeñarnos con todas nuestras fuerzas. El cardíaco no crea un problema exclusivamente médico; pensar así sería tanto como prescindir de su personalidad.”*

La Fundación Vicente Tormo desde su inicio, desea seguir la línea de actuación de su Fundador y primer Presidente, teniendo como uno de sus objetivos prioritarios, la Prevención Cardiovascular tanto en pacientes que han sufrido un evento cardiovascular, realizando una prevención secundaria, como en aquellos de alto riesgo cardiovascular en prevención primaria. Son ya más de un centenar de pacientes los que han pasado por nuestros programas. Los cambios de hábitos estables conseguidos a los dos años de seguimiento en estos pacientes son del 75%, incorporando a sus vidas, el ejercicio aeróbico diario, los cambios saludables en la dieta junto con el control del estrés y la ansiedad.

La finalidad de estos programas es doble:

1. El seguimiento del enfermo coronario o el diagnóstico precoz de la posible cardiopatía existente en un paciente con alto riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular, como son los pacientes con Diabetes Méllitus tipo 2 o con Síndrome Metabólico, con el fin de establecer un tratamiento específico.

2. Junto con la información sobre los distintos factores de riesgo cardiovascular proporcionando herramientas útiles a su alcance, que ayuden a un cambio de hábitos de vida cardiosaludables. El conjunto de medidas multidisciplinares agrupa a numerosos profesionales (cardiólogos, médicos de atención primaria, rehabilitadores, fisioterapeutas, diplomados universitarios en enfermería, psicólogos, especialistas en nutrición y dietética, trabajadores sociales) que tienden a mejorar de una manera coordinada “el estilo de vida y de por vida”.

## TENDENCIA EN EUROPA

Noruega, Suecia, Dinamarca y Escocia registraban una tasa de mortalidad cardiovascular hasta cuatro veces mayor que la de un país mediterráneo como España. Sin embargo, la aplicación de Programas de Prevención Cardiovascular, ha reducido las muertes por enfermedad cardiovascular en los países nórdicos en un 20% en sólo diez años. Este logro ha sido posible porque se ha volcado toda la sociedad: gobiernos, estructuras sociales y ciudadanos que se preocupan por su salud.

En los países de la órbita rusa, como Ucrania y Bulgaria, ha sucedido todo lo contrario. La apertura de estos estados también ha supuesto la llegada de alimentos con un alto índice de grasa, y por lo tanto nocivos para la salud, junto con hábitos tóxicos como el tabaco, antes muy racionado y ahora de venta libre, que ha coincidido con la duplicación de la cifra de fumadores. Como resultado, la tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular se ha disparado en la última década.

Ambas tendencias, de países nórdicos y de países del este, demuestran que “el índice de mortalidad cardiovascular disminuye si se siguen medidas de Prevención.

Según la Fundación Española del Corazón, en España, se ha empezado a insistir en la prevención cardiovascular y en la necesidad de hacer cambios en los estilos de vida. Esta tendencia tan favorable sugiere que “dentro de 20 ó 25 años la enfermedad cardiovascular será la segunda causa de mortalidad, después del cáncer, que pasará a ser la primera”.

## **PROGRAMAS DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR**

La Fundación Vicente Tormo, teniendo muy clara ésta línea de actuación, además de los Programas ya establecidos de **Prevención Cardiovascular** que realiza desde su inicio; a lo largo del año 2011 ha presentado proyectos para llevar a cabo Programas de Prevención Cardiovascular en distintos ámbitos de la población en general: en el Ayuntamiento de Valencia, área de Promoción de la Salud; así como en Ayuntamientos de la Comunidad Valenciana: Torrente, Rocafort, Moncada, Betera, Godella. En la conocida Asociación de Amas de Casa Tyrius, etc.

La Empresa APRISALUD, Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y Medicina del Trabajo; sabiendo de la importancia de la Prevención Cardiovascular para la vida laboral, y como empresa con proyectos innovadores; se ha puesto en contacto con nosotros para iniciar cursos con el personal de las empresas que estén interesadas.

Estos programas pretenden concienciar a la población sobre la importancia de controlar los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares y que son la causa de muerte más frecuente en los países desarrollados. Es de suma importancia tener en cuenta que una vez diagnosticadas no tienen cura, aunque haya tratamiento. Por lo tanto, la mejor forma de combatir las es la prevención.

## **PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR ON LINE**

Este Programa pretende contribuir, por un lado, a dar información al ciudadano sobre los distintos factores de riesgo cardiovascular, y por otro, a proporcionar herramientas útiles que ayuden a un cambio de hábitos de vida cardiosaludables.

Debido a la situación actual financiera, éste proyecto se ha ido retrasando; pero en éste año, le hemos dado un gran avance; pues ya se ha creado el diseño de la página web a la cual se podrá acceder bien por la página web de la Dirección General de Investigación y Salud Pública ó bien por la página web de la Fundación.

La productora encargada de la grabación de los vídeos del Programa ha comenzado a grabar algunos de los vídeos y esperamos que a lo largo del año 2012 se pueda hacer la presentación del Programa Online.

## Día Nacional de la Nutrición

El Día Nacional de la Nutrición es una iniciativa de la Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD) en colaboración con otras instituciones y con el apoyo de la industria farmacéutica y alimentaria.

El sábado 28 de mayo se celebró la X edición del Día Nacional de la Nutrición con el ejercicio físico como tema de fondo sobre la importancia de comer bien, con el único fin de difundir la importancia que tiene la alimentación y el ejercicio físico para nuestra salud y calidad de vida.

Por este motivo, el Ajuntament de Rocafort el día 1 de junio de 2011, organizó una actividad relacionada con el Día Nacional de la Nutrición en la Casa de la Cultura, promoviendo así el ejercicio físico y una buena alimentación en tu entorno laboral, social o familiar.

Dicha actividad estuvo dirigida por D. Carlos Ferrando, Dietista-Nutricionista y contó con la colaboración de la Fundación Vicente Tormo.





## ACTIVIDADES TRIMESTRALES

Cada trimestre, a lo largo del año, se realizan sesiones informativas, teóricas ó prácticas, relacionadas con la prevención Cardiovascular, que ayudan a los asistentes a conocer y mantener los hábitos Cardiosaludables.

A estas sesiones asisten los pacientes que a lo largo de estos años han hecho el Programa de Prevención Cardiovascular junto con familiares y amigos; además de los Miembros Colaboradores de la Fundación.

### LA DIETA MEDITERRANEA

Esta sesión tuvo lugar en el salón de actos del Hospital 9 de Octubre.

Impartida por la Presidenta del Colegio de Dietistas y Nutricionistas de la Comunidad Valenciana (CoDiNuCoVa) D<sup>a</sup> Alma Palau.



D<sup>a</sup> Alma Palau. Presidenta de CoDiNuCoVa



Los asistentes durante la sesión

## EL VINO EN LA ALIMENTACION

Transmitimos alguna de las ideas tratadas en la sesión:

El vino es una de las bebidas alcohólicas más antiguas del planeta. Su historia se extiende por miles de años, y aunque beber en exceso de cualquier bebida alcohólica provoca gran cantidad de problemas relacionados con la salud en lugar de aportar beneficios, la investigación actual sugiere que una copa de vino tinto cada día puede proporcionar algo más que un poco de relajación.

**Enfermedad del corazón:** Uno de los más conocidos y estudiados beneficios del vino tinto es su efecto protector del corazón. El consumo moderado y regular del vino tinto puede ser un preventivo contra la enfermedad cardíaca coronaria. Los científicos creen que el vino tinto reduce el riesgo de enfermedad coronaria mediante la reducción de la producción de lipoproteínas de baja densidad (LDL) e impulsión de lipoproteína de alta densidad (HDL)

El vino tinto produce una acción anticoagulante ó antitrombótico. Los consumidores esporádicos o moderados de vino tienen menor nivel de proteína fibrinógena que promueve la formación de coágulos de sangre.

El consumo excesivo de alcohol se considera generalmente un factor de riesgo para la hipertensión. Sin embargo, hay algunas pruebas de los efectos favorables del vino tinto sobre la presión arterial. Dos copas de vino tinto (250ml), junto con la comida, baja la presión arterial después de la comida, en personas hipertensas.



Algunos de los que asistieron

## **FACEBOOK**

En el salón de actos del Hospital 9 de Octubre, tuvo lugar la sesión sobre nuestro FACEBOOK. Asistieron los miembros colaboradores de la Fundación y los pacientes que a lo largo de estos años han hecho el Programa junto con familiares y amigos.

A esta sesión pedimos a las personas que no estaban familiarizadas con Facebook, que vinieran con alguien de su familia que lo dominara para poder ayudarles a entrar y conocer la forma de estar en contacto con la información que transmite la Fundación.

## **RECETAS DE COCINA**

Esta sesión estuvo muy enriquecida por todos aquellos alimentos cardiosaludables imprescindibles en nuestra alimentación.

## **NUEVA INICIATIVA**

Contando con la colaboración y la iniciativa de los mismos pacientes, estamos llevando a cabo un nuevo proyecto que tiene como finalidad promover en los restaurantes, distintos tipos de dietas para facilitar a todas aquellas personas que por su enfermedad necesitan una dieta específica.



# **N O T I C I A S**

## DEDICACIÓN DE UN AULA AL EXCMO. DR. D. VICENTE TORMO ALFONSO EN EL HOSPITAL GENERAL

Con motivo de su V Centenario, el Hospital General de Valencia dedica cinco aulas de formación a médicos del hospital de reconocido prestigio por su trayectoria profesional y su aportación al hospital. Una de ellas dedicada al Excmo. Dr. D. Vicente Tormo Alfonso.



Asistieron al acto Dña Emilia y Dña Gracia Tormo Esplugues

Transmitimos la noticia que en nota de prensa se publicó en ese día.

## **NOTA DE PRENSA**

9 de febrero de 2011

### **Homenaje al Hospital General por su V centenario**

El Hospital General ha sido hoy el centro de un homenaje promovido por la Sociedad Valenciana de Reumatología con motivo del inicio de las celebraciones en torno al V centenario de su creación que tendrán lugar a lo largo de 2012.

El homenaje ha sido presentado por Agapito Nuñez Tortajada, Director Territorial de Sanidad, acompañado de José Manuel Iranzo, Subdirector-Gerente del Departamento Valencia-Hospital General y de Javier Calvo Catalá, jefe del Servicio de Reumatología del Hospital General y presidente de la Sociedad Valenciana de Reumatología

Como acto central, María Luz López Terrada, profesora del Instituto de Historia de la Medicina y de la Ciencia, de la Universitat de València, ha ofrecido la conferencia titulada *La asistencia médica en una institución renacentista: El Hospital General de Valencia*.

Posteriormente, promovido por el Colegio de Eméritos del Hospital General, se han dedicado cinco aulas de formación a médicos del hospital de reconocido prestigio por su trayectoria profesional y su aportación al hospital. Las aulas se han dedicado a los doctores Adolfo Aliaga, Vicente Álvarez, Florencio Chuliá, Vicente Tormo y Vicente Zaragoza.

La elección de estos cinco nombres, como es obvio, tiene un barniz de subjetividad y responde a una perspectiva histórica y temporal determinada. En este sentido, José Manuel Iranzo ha señalado que es notorio que estos cinco profesionales han sido personas relevantes como “también lo fueron Alfonso Gonzalez Cruz, José Iranzo y Vicente Sanchis Bayarri y tantos otros; sin olvidar a Isabel Tomás, cuya figura puede representar el valor de la enfermería, que ha evolucionado hacia una mayor profesionalización de los cuidados, a la par que lo hacía también el propio hospital”

#### El Hospital General en clave histórica

Cabe destacar que los orígenes del Hospital General se remontan a 1512 como resultado de la unificación de los hospitales existentes en la ciudad. Su origen renacentista se vincula a la figura del Padre Joan Gilabert Jofré, fundador del Hospital de Ignocents, Foll e Orats y uno de los que formaron parte de esa unificación.

La clave de la asistencia médica renacentista fue la secularización de los hospitales, especialmente en las ciudades con una burguesía floreciente, que se dedicaron a cuidado de los enfermos pobres.

Durante siglos, en el hospital se ha impartido la enseñanza de medicina y cirugía y ha sido el centro esencial de la Escuela Médica Valenciana. Además, fue uno de los primeros del mundo en disponer de anfiteatros anatómico-quirúrgico y de usar conceptos y criterios tan actuales e innovadores como plena dedicación y tratamiento ambulatorio de corta estancia.

Acto de dedicación de aulas de formación

<p><b>Adolfo Aliaga Boniche</b> (1941-2002)</p> <p>Jefe del Servicio de Dermatología de 1969 a 2002 Se especializó en dermatología en el Hospital de San Luis de París Destacó en el ámbito nacional por su labor en la Dermatología Miembro de la Academia Americana de Dermopatología</p>	
<p><b>Vicente Álvarez Ángel</b> (1935-2009)</p> <p>Jefe del Servicio de Pediatría de 1973 a 2005 Profesor titular de la Facultad de Medicina de Valencia Director Médico del Hospital General Director de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital General Presidente de la Sociedad Valenciana de Pediatría</p>	
<p><b>Florencio Chuliá Ortí</b> (1934-2001)</p> <p>Jefe del Servicio de Medicina Interna de 1975 a 1981 Jefe del Servicio de Patología Digestiva de 1982 a 1992 Profesor de la Facultad de Medicina Impulsor de las técnicas laparoscópicas digestivas en la Comunidad Valenciana</p>	
<p><b>Vicente Tormo Alfonso</b> (1921-2007)</p> <p>Jefe del Servicio de Cardiología de 1962 a 1985 Fundador de la Sociedad Valenciana de Cardiología Presidente de la Real Academia de Medicina de Valencia Primer presidente valenciano de la Sociedad Española de Cardiología Creador del primer centro de Rehabilitación Coronaria de España</p>	
<p><b>Vicente Zaragoza Orts</b> (1935-1992)</p> <p>Jefe del Servicio de Ginecología de 1971 a 1988 Jefe del Servicio de Tocoginecología 1989-1992 Director de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital General</p>	

## HOMENAJE A UN MIEMBRO DEL PATRONATO

### EXCMO. DR. D. BENJAMIN NARBONA ARNAU

La Fundación del Colegio de Médicos de Valencia y el Ayuntamiento de Valencia, otorgó su VI Certamen Médico “Reconocimiento a toda una vida profesional” al Dr. Benjamin Narbona Arnau. El galardón se entregó en el hemiciclo de la casa consistorial de los valencianos en un marco de solemnidad y gran cariño de los ciudadanos valencianos, de sus compañeros, discípulos y admiradores de éste cirujano de relieve nacional.

El acto fue presidido por la Alcaldesa de Valencia, Rita Barberá, acompañada en la mesa por la presidente del Colegio, Rosa Fuster, Presidente de la Fundación del Colegio de Médicos, y el secretario, Pascual Cuadrado.

La alcaldesa en nombre de todos los valencianos le felicitaba por este premio “que se entrega en nombre de todos los valencianos y en nombre de ellos” “Gracias Dr. Benjamin Narbona Arnau por contribuir, a lo largo de toda una vida, a que hoy podamos disfrutar de una medicina de calidad y prestigio” En sus palabras destacó: “su esplendida trayectoria lo ha llevado a ser considerado como una de las máximas autoridades españolas en cirugía torácica y general; un autentico creador e innovador en técnicas quirúrgicas: pionero en la introducción de la cirugía cardiotorácica en España y precursor de técnicas de cirugía cardíaca directa bajo hipotermia, y de las primeras resecciones pulmonares”

VI CERTAMEN MÉDICO RECONOCIMIENTO A  
TODA UNA VIDA PROFESIONAL



El Dr D.Benjamin Narbona Arnau, recibiendo el galardón de manos de la Alcaldesa de Valencia D<sup>a</sup> Rita Barberá.