ZH 17 AÑOS

medicina salud

zonahospitalaria navarra

medikuntza eta osasuna ospitaleko gunea nafarroa

Síguenos en: https://www.facebook.com/Zonahospitalaria/ https://twitter.com/ZHospitalaria

www.zonahospitalaria.com añoXVII marzoabril2023 nº100

SUMARIO

2 Comunicación y salud: un bien común
3 El stent coronario, una solución cardiovascular
4 La fisioterapia en personas afectadas de Esclerosis Múltiple
5 Adiós a los juanetes y dedos en garra con la cirugía de Mínima Incisión
6 Suplementos de colágeno...
7 Rehabilitación - Fisioterapia - Medicina regenerativa
8 VRS y bronquiolitis en niños
9 Integración de los aspectos biológicos y estéticos en los implantes dentales
10 El Hospital San Juan de Dios, 80 años de presencia en Navarra...
12 Hospitalización a domicilio
13 Tratamiento de varices sin pasar por el quirófano...
14 "Comité de Ética Asistencial y Clínica del HUN"
15 ...Terapia Ocupacional en la Atención Primaria en Andalucía
16 La edad de oro te sonríe
18 La contaminación acústica...
20 El fenómeno de Raynaud
22 Postoperatorio en cirugía urológica laparoscópica
24 El vapeo...
26 Muerte súbita en el deportista...
28 ...test de marcha de 6 minutos
30 Cuidados paliativos,...
32 Láser o microespuma. ¿Por qué elegir solo un método?

EJEMPLAR GRATUITO

Para recibir el pdf de la revista: zonahospitalaria.com/suscripciones

Gracias a ti

lo hemos conseguido: nº 100

Zona Hospitalaria/*Ospitaleko gunea* Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona **Edita/*Edizioa*** PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L. **Dirección/*Zuzendaritza*** Merche Ferrer **Redacción/*Erredakzioa*** (redaccion@zonahospitalaria.com) **Fotografía, diseño y producción/*Argazkiak, diseinua eta produkzioa*** PubliSic **Publicidad/*Publizitatea*** 618 463 122 (mercheferrer@publisic.com)
D.L./*L.G.* NA2471/2006 **ISSN** 2253-9026. **Distribución** 8.000 ejemplares.

© **PubliSic S.L.** Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta publicación sin el permiso escrito de PubliSic S. L.
El editor no comparte necesariamente las opiniones y criterios de sus colaboradores expresadas en esta revista. *© PubliSic S.L. Argitalpen honen erreprodukzio partziala edo osoa debekatuta dago PubliSic S. L.-ren idatzizko baimenik gabe. Editoreak ez ditu zertan partekatu aldizkari honetan emandako laguntzaileen iritziak eta irizpideak.*

Comunicación y salud:
un bien común

Santos Induráin, Consejera de Salud. Marzo de 2023

La revista "Zona Hospitalaria" llega a la cota de 100 números tras 17 años de andadura. Yo no soy experta en comunicación, pero desde siempre he dado mucha importancia a esta vertiente en relación con la salud. Tanto desde mi trabajo como médica de familia y comunitaria como luego en mis distintos compromisos en sociedades científicas y, ahora, como consejera.

En "Zona Hospitalaria" bien saben que en su momento colaboré con varios artículos de recomendaciones etc... Los tiempos y los roles han cambiado pero en este número especial en cuyas páginas se me ha invitado a participar no puedo menos que reconocer el trabajo de esta publicación, una puesta en valor extensible a otras cabeceras con menos trayectoria pero con un mismo objetivo de informar sobre salud y desde la salud. Temas que no muchas veces encuentran el enfoque y el espacio adecuado en medios más generalistas donde compiten con muchas noticias y que en este tipo de publicaciones sectoriales, sí que tienen un tratamiento más extenso y especializado. Y en las que normalmente se suele dar voz directa a los y las profesionales sanitarios para que expongan sus artículos, visibilicen sus trabajos asistenciales o de investigación y aporten sus puntos de vista. De hecho desde Atención Primaria se está trabajando en la próxima edición de una publicación propia para la red de centros de salud completando el ecosistema informativo de la comunidad en este ámbito sanitario.

Pero hoy el protagonismo es de "Zona Hospitalaria" que alcanza su centenar de números. La pandemia también lo ha cambiado todo en este ámbito. Y ya que estamos de aniversarios recordar que el departamento de Salud también ha editado recientemente un número especial la revista científica "Anales" es un número especial por dos motivos: el cumplimiento de su 25 aniversario y la dedicación de forma monográfica de su último número a la pandemia.

Las dos palabras clave de esta legislatura son pandemia y sanidad. Quizá los libros de historia la recuerden como la "legislatura de la Covid 19", pero, sin desmerecer a otros departamentos y temas, yo creo que ha sido la legislatura de la salud. Y de la salud en sentido amplio. Solo el disponer de un sistema sanitario integral y potente como el navarro –con una buena coordinación entre redes y niveles asistenciales- nos permitió como sociedad superar y gestionar una pandemia histórica. Y solo entendiendo que la principal "lección aprendida" de este trance sanitario -pero también social, económico y político- es reforzar y fortalecer el ecosistema sanitario de Navarra desde el liderazgo de la sanidad pública, podremos garantizar la cohesión, equidad y sostenibilidad de nuestra sociedad en el futuro. Y eso se hace, se está haciendo, con diferentes actuaciones en cuatro ejes claves: apuesta por los y las profesionales del sistema sanitario tanto en su vertiente laboral como organizativa; Refuerzo de la Atención Primaria, como eje vertebrador de todo sistema sanitario; modernización de la red hospitalaria, para dar un salto cualitativo el Hospital del siglo XXI; e incremento sostenido en la inversión sanitaria.

Esta legislatura –convulsa y difícil- ha sido algo más que pandemia aunque la pandemia ya fue "mucho", un reto de primer nivel. Pero además, ha sido también la legislatura de las obras en centros de salud y hospitales, de la tecnología y medicina personalizada, de ley de eutanasia, de la empresa pública de transporte sanitario, del nuevo calendario de vacunación, de la ampliación de programas de cribado en cáncer, de la innovación en inteligencia artificial, del refuerzo de la investigación, de la asunción de la sanidad penitenciaria, del liderazgo en transplantes, de la prevención y promoción de la salud en clave comunitaria. Porque creo que la palabra "salud" cobra sentido unida al concepto de común. Un "bien común" que hay que defender, sostener y mejorar para las siguientes generaciones. Y para eso todas la partes de este ecosistema sanitario navarro, red púbica y red concertada, profesionales sanitarios y expertos en comunicación, centros de salud y hospitales, institutos de investigación y de salud pública..... suman como en un gran ejemplo de coordinación y respuesta colectiva se dio en la pandemia. Y por ello la importancia de que los distintos medios de comunicación sigan colaborando tanto en la visibilización del trabajo sanitario como en la transmisión de contenidos de sobre un uso adecuado de los recursos sanitarios hacia la población cada vez más soberana y ávida de saber, de entender para cuidarse, autocuidarse y relacionarse con sus profesionales sanitarios.

El stent coronario, una solución cardiovascular

Pedro María Azcárate
Doctor en Medicina por la Universidad de Navarra
Especialista en Cardiología. Nº Colegiado: 26/31-06741

Calle Cipriano Olaso, 8 bajo. Pamplona
T 948 22 13 11 | www.doctorazcarate.com/

Dr. Azcárate CARDIÓLOGO

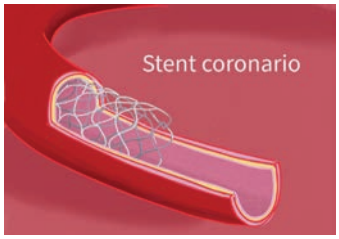


ILUSTRACIÓN MANUEL ÁLVAREZ

Es posible que en algún momento hayas escuchado que a una persona se le puso un stent o se le realizó un cateterismo. Este artículo tiene la finalidad de que sepas un poco más sobre los stents coronarios. La RAE dice que es un "dispositivo consistente en una malla metálica en forma de tubo que se implanta en los vasos sanguíneos para corregir estrechamientos o impedir obstrucciones".

Desde el siglo XIX se viene avanzando sobre este tema en la ciencia de la medicina. Es probable que el nombre provenga desde 1856, cuando Charles Thomas Stent elaboró un material termoplástico para realizar impresiones dentarias. Luego, en el siglo XX el doctor Charles Dother, considerado el padre de la radiología intervencionista, empleó el término stent cuando implantaba espirales metálicas dentro de la arteria poplítea de los perros.

¿Qué es y para qué sirve un stent?

Cuando el corazón deja de bombear eficazmente la sangre que le llega procedente de las arterias, es probable que estas arterias que lo 'alimentan' conocidas como coronarias estén obstruidas. Esto imposibilita que el flujo de sangre no llegue a los tejidos con la cantidad adecuada, es entonces cuando se precisaría la colocación de un stent después de comprobar la ineficacia del tratamiento médico. El stent es un tipo de prótesis que se coloca en el interior de los vasos sanguíneos y se puede usar tanto en las arterias del corazón como en la arteria aorta torácica, pues es relativamente común que haya stents de todo tipo.

¿Cuándo es necesaria su implantación?

Aunque no todas las obstrucciones llevan aparejado el uso del stent, hay situaciones muy delicadas como la angina de pecho o el infarto cardiaco que provocan lesiones graves con síntomas evidentes que recomiendan este tratamiento. En ocasiones existe la necesidad de colocar más de un stent, no hay un límite fijado en cuanto al número de los mismos sino que suele imperar el sentido común. Es preciso estudiar la dificultad de la intervención, ya que depende de las necesidades y de la anatomía vascular de cada paciente.

Siempre se valorará el riesgo-beneficio pues aunque algunos stents están cubiertos de fármacos que atenúan la posibilidad de que el vaso vuelva a dañarse, siempre hay un riesgo por mínimo que sea. Cada vez se aboga más por recurrir a los beneficios de la medicación para controlar las enfermedades ateroscleróticas, especialmente cuando no son lesiones de máxima gravedad.

Ventajas e inconvenientes

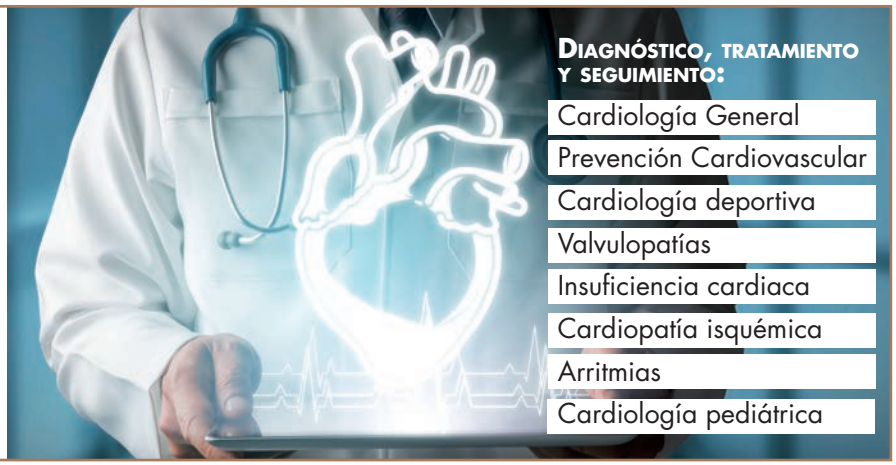
Como ventaja característica de su colocación está la de su pervivencia, ya que no hay necesidad de cambiarlo –duran para siempre-. También la relativa al procedimiento: se inicia por la arteria radial de la muñeca, es poco invasivo y en pocos días el paciente recibe el alta médica. Es muy importante que no se vuelvan a crear placas ateroscleróticas en un vaso lesionado y ya tratado. Existen lesiones de alta complejas donde el interior de la arteria (lecho) está muy deteriorado, esto ocurre con enfermedades crónicas como la diabetes. En estos casos es recomendable una cirugía denominada bypass o derivación aortocoronaria. Como el stent solo sirve para tratar partes concretas de la arteria, cuando esta se encuentra muy dañada es mejor optar por el tratamiento quirúrgico. El bypass es la creación de otro 'nuevo circuito' que nutra de sangre al tejido cardiaco dañado desde la arteria aorta.

Dentro de los inconvenientes surgen varios: el sangrado local, los hematomas o el hecho de que se estropee la arteria dañada y se necesite más de un stent. En situaciones concretas será inevitable la entrada por la arteria femoral a través de la ingle, pero la intención siempre es que el procedimiento sea lo menos invasivo posible. Ni el bypass ni la revascularización percutánea con uso de stent curan la enfermedad ateroesclerótica. Lo más relevante es cuidar la dieta y el uso de la medicación indicada. Es fundamental que el enfermo lleve una vida sana en sus hábitos, realice ejercicios físicos (caminar una hora diaria) y no consuma sustancias tóxicas como el alcohol y el tabaco. Con estas medidas estaremos contribuyendo a detener la enfermedad aterosclerótica y mejorar la calidad de vida.

Dr. Azcárate CARDIÓLOGO

Pedro María Azcárate
Doctor en Medicina por la Universidad de Navarra
Especialista en Cardiología. Nº col.: 26/31-06741

CONSULTA
C/ Cipriano Olaso, 8 bajo. 31004 Pamplona
T 948 22 13 11
www.doctorazcarate.com



La fisioterapia en personas afectadas de Esclerosis Múltiple

Íñigo Esquíroz Lizaur, Itziar Andradas Eraso y María Belén Remón Alfaro.
Fisioterapeutas de Clínica Ubarmin

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria autoinmune desmielinizante del sistema nervioso central. Es de origen idiopático y afecta mayoritariamente a personas de 20-40 años con predominio femenino.

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad son muy variables, ya que dependen de la localización y extensión de la desmielinización, pero se podrían englobar en:

- Trastornos de la fuerza, sensibilidad y de la coordinación.
- Déficits cognitivos.
- Déficits visuales.
- Déficits equilibrio.

Estas deficiencias provocarán una limitación progresiva de la funcionalidad en las AVD y ABVD.

Proceso en fisioterapia de la persona diagnosticada de EM

1. Valoración en fisioterapia

Una vez se deriva a la persona a tratamiento se realiza la valoración neurológica en fisioterapia:

- Anamnesis.
- Observación del paciente: Inspección y palpación.
- Exploración neurológica específica.
- Exploración del trofismo.
- Exploración del tono muscular.
- Exploración de la motricidad voluntaria (global y analítica, parálisis...).
- Exploración de la motricidad involuntaria (sincinesias, sinergias...).
- Exploración de la sensibilidad (superficial, profunda).
- Exploración de reflejos.
- Exploración de equilibrio y coordinación.

La recogida de datos ha de ser sistematizada y estandarizada para conseguir una valoración objetiva, medible y revisable.
Los puntos para destacar son:

- Identificación de las manifestaciones sintomatológicas propias de la enfermedad y de las alteraciones biomecánicas. Grado de intensidad de las mismas.
- Uso de escalas validadas, específicas, cuantificables y re-evaluables.
- Establecer objetivos a conseguir durante el plan de terapia.

2. Plan de terapia

Elaboración de un plan de terapia que ha de ser individualizado y basado en:

- **Objetivos generales:**
  - Optimizar y maximizar las capacidades de la persona diagnosticada.
  - Facilitación de la persona respecto a su entorno vital.
- **Objetivos específicos:** identificados en la valoración en fisioterapia.

Se deberá priorizar y tomar en consideración los siguientes puntos:

- Realizar plan de tratamiento individualizado: cada paciente tiene un cuadro clínico diferente y dependiente del estadío clínico. Los estadíos deberían de ser identificados por el servicio médico mediante EDSS, la escala de Barthel...
- Dosificar el tratamiento de rehabilitación:
  - Tipo de ejercicio (pasivo o activo) número de repeticiones por sesión y frecuencia a realizar en el día.
  - Considerar tiempos de recuperación: sobre todo después de recaída o exacerbación o de la aplicación del tratamiento farmacológico.
  - Repartirlo a lo largo del día para evitar fatiga.

3. Re-valoración en fisioterapia

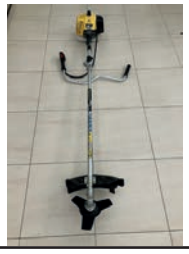
Se realiza de nuevo la valoración, se revisan los objetivos conseguidos por la persona afectada y se valora la evolución de las manifestaciones sintomatológicas respecto al comienzo del tratamiento. Con estos datos se acuerda con la persona afectada el alta de tratamiento o la renovación del plan de terapia y los objetivos a conseguir.

SE VENDE

MOTOAZADA KAPOTHA 400 €
nueva, usada 2 veces, 75 kg, gasolina

DESBROZADORA GARLAND 150 €
nueva, usada 1 vez, gasolina

Interesados llamar al
695 480 160
El comprador deberá recogerlas en Mendebaldea-Pamplona



Adiós a los juanetes y dedos en garra con la cirugía de Mínima Incisión

Javier Ayesa Roa
Podólogo. Nº Colegiado 89
Clínica Podológica AYESA
Avda. San Ignacio, 12 bajo
31002 Pamplona (Navarra)
Cita previa: 948 153 622
www.clinicaayesa.es

Javier Ayesa (a la derecha) con compañeros de otras autonomías que vienen a ver lo que se hace en la clínica podológica Ayesa

Los pies son una parte clave en nuestro cuerpo y no siempre les prestamos el cuidado que merecen. En Clínica Ayesa se trata todo tipo de problemas y patologías del pie. Se dirige a todos los públicos, en especial a pacientes con deformidades, trabajadores y deportistas. Es un centro de referencia nacional donde acuden compañeros de otras autonomías para ver y aprender lo que aquí se hace.

La Clínica cuenta con la última tecnología al servicio del cuidado de nuestros pies, como la cirugía de mínima incisión. *"Mediante incisiones de dos milímetros conseguimos corregir grandes deformidades mediante una cirugía ambulatoria, sin hospitalización y con una vuelta a la vida cotidiana muy rápida"*, explica Javier Ayesa, responsable del Centro.
Esta técnica trata aquellos problemas que requieran un procedimiento quirúrgico. *"Gracias a este tipo de intervención, se respetan las estructuras del pie y la recuperación del paciente es más rápida. Tras este rocedimiento, la calidad de vida del paciente y su deambulación mejora considerablemente"*, afirma.

¿En qué consiste este tipo de cirugía?

El proceso comienza con una **valoración pre operatoria gratuita** para ver y explicar al paciente cuál es la solución a su problema. Si requiere de una solución quirúrgica, el equipo de la clínica se encargará de proporcionarle un presupuesto.

¿Cómo es la cirugía?

La cirugía implica en primer lugar una esterilización completa del pie. Se introduce la anestesia local y se le proporciona al paciente una tablet para que pueda distraerse viendo series o películas.
El proceso quirúrgico dura entre 30 y 40 minutos. En él se ha incorporado la terapia láser, que reduce de manera considerable el periodo de curación y cicatrización de los tejidos gracias al aumento de oxigenación y aporte sanguíneo.
La Clínica Ayesa es experta en tratar cualquier alteración morfológica del pie como juanetes, dedos en martillo, garra, desalineaciones digitales, espolón calcáneo, etc.

Todos los tratamientos

Se imparten todos los tratamientos existentes a día de hoy en el mundo podológico: análisis de la pisada para valorar si el paciente necesita plantillas, infiltraciones, ecografías, radiografías, etc.
Sus principales valores son el trato con el paciente, la actualización en cuanto a tratamientos y su profesionalidad. Son sinónimo de innovación en todos los sentidos, desde las propias instalaciones hasta las técnicas clínicas. *"La especialización en la cirugía de mínima incisión es nuestro elemento diferencial"*, destaca Javier Ayesa.

¿Cuáles son las ventajas de la cirugía de Mínima Incisión?

Este tipo de técnicas se realizan mediante anestesia local y ambulatoriamente. No precisa material de osteosíntesis (tornillos, agujas o placas), únicamente se utilizan vendajes post quirúrgicos para la fijación. Durante 4 ó 6 semanas, en función del tipo de cirugía, el paciente acude una vez por semana para cambiar dichos vendajes.
El paciente tiene menos dolor ya que existe una menor agresión en los tejidos. Se marcha inmediatamente con los vendajes ya comentados y un tipo de calzado adecuado Por otro lado, hay un menor riesgo de infecciones y una mejor cicatrización de los tejidos ya que la agresión es mínima. Además, tiene un coste menor al no precisar de hospitalización y una rápida recuperación. El paciente se incorpora a sus actividades cotidianas en un corto espacio de tiempo, llega a la Clínica caminando y se va también caminando.

VALORACIÓN QUIRÚRGICA
GRATUITA

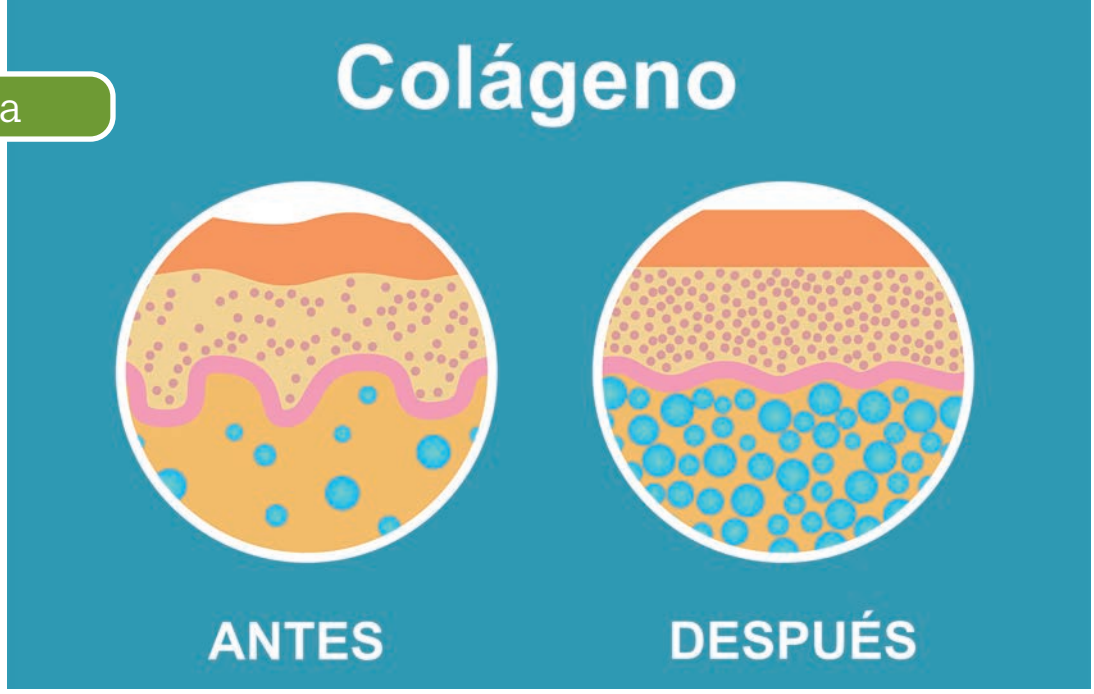
CIRUGÍA MÍNIMA INCISIÓN
DE JUANETES

Cirugía Mínima Incisión
Plantillas
Infiltraciones
Cirugía y Biomecánica
Láserterapia
Ondas de choque
Podología infantil
Podología laboral

AYESA
CLÍNICA PODOLÓGICA
CIRUGÍA Y BIOMECÁNICA

Javier Ayesa Roa
Avda. San Ignacio, 12 bajo
31002 Pamplona
www.clinicaayesa.es

Cita previa 948 153 622



Suplementos de colágeno,
mitos y realidades

Fernando Eguía Barbarin.
Dietista –Nutricionista y Fisioterapeuta en Ambulatorio Conde Oliveto de Pamplona.
Marta García-Granero Lacasa y Javier Gorriti Tarancón.
Fisioterapeutas en Ambulatorio Conde Oliveto de Pamplona

Con frecuencia pacientes afectados por artrosis u otras patologías articulares, preguntan a los sanitarios acerca del uso de suplementos de colágeno. La existencia de estos productos y su publicidad, donde se alegan beneficios para las articulaciones, ha generado la necesidad y el deseo de su consumo. Como veremos, su eficacia no está probada y su uso puede generar sensación de estar abordando el problema, abandonando otras medidas científicamente demostradas, con su consecuente riesgo.

¿Qué es el colágeno?

Es un grupo de proteínas animales con una importante función estructural. Forman parte de los huesos, piel o cartílago articular. En cocina es la responsable de la textura gelatinosa que se nota al comer bacalao al pilpil, patitas u orejas de cerdo.

El colágeno y todas las proteínas están compuestas por una cadena de aminoácidos unidos a modo de cuentas de collar. La diferencia entre ellas viene marcada por el orden y la cantidad de aminoácidos de la cadena, que modifican su estructura tridimensional, de donde viene su función biológica.

¿Cómo actúa en el organismo?

El colágeno, al igual que la mayoría de proteínas, no puede pasar entero al torrente sanguíneo y debe ser digerido en el tubo digestivo. En este proceso la molécula se rompe, perdiéndose su estructura tridimensional y su función asociada. Desde un punto de vista fisiológico, los aminoácidos y péptidos resultantes no van específicamente a la articulación dañada a formar nuevo colágeno, sino que se reparten por todo el organismo cumpliendo diferentes funciones, como su unión para la producción por parte del metabolismo humano de sus propias proteínas.

La proporción aminoacídica del colágeno tampoco es la ideal para la formación por parte del organismo humano de sus propias proteínas, ya que la molécula es deficitaria en aminoácidos esenciales, lo cual quiere decir que el cuerpo no podrá sintetizarlos a partir de otros y si faltan, no podrá construir la cadena proteica. En nutrición existen diferentes índices que evalúan la calidad de las proteínas de los alimentos atendiendo a diferentes criterios, como por ejemplo el valor biológico o el índice NPU, donde el huevo y la leche tienen una posición destacada. Por tanto, el colágeno es una proteína de mala calidad nutricional. Además, los requerimientos de ingesta proteica en la población española están de sobra cubiertos, según indican distintos artículos, lo cual implica que no se precise de suplementación.

¿Qué dicen las instituciones y la evidencia científica al respecto?

Está establecido que una empresa que desee alegar que su producto ofrece un determinado beneficio para la salud, debe someterlo antes a una revisión científica y dictamen por parte de un organismo europeo llamado EFSA. Dicha entidad no autoriza a día de hoy ninguna alegación sanitaria con respecto al colágeno, ya que no existe evidencia científica de su eficacia.

¿Por qué entonces estos productos se están publicitando bajo alegaciones para la salud no aprobadas?

Existe un truco legal y publicitario consistente en añadir al producto componentes para los que la EFSA tenga aprobadas alegaciones similares a las deseadas. En los suplementos de colágeno, suele agregarse vitamina C y magnesio. No obstante, el consumo de vitamina C es tremendamente superior al recomendado, no siendo necesaria la suplementación. Con el magnesio tampoco existen prácticamente problemas de consumo en la dieta de la población española, todo ello atendiendo a los estudios y a las recomendaciones. Asimismo, el magnesio está presente en gran variedad de alimentos y en mayor proporción en algunos de ellos que en suplementos comerciales, siendo además estos más económicos.

¿Qué podemos hacer?

El primer paso es no consumir este tipo de productos y el segundo realizar otras acciones como llevar una dieta saludable y practicar ejercicio físico, que si se han demostrado beneficiosas. La salud y la cartera lo agradecerán.

Rehabilitación - Fisioterapia - Medicina regenerativa

Dr. José Mª Urrutia Merino
Licenciado en Medicina y Cirugía
C.E.S. de Biologie et Medicine du Sport
Université de Bordeaux
Nª Col. 3103882
www.kines.com.es

kines
medicina deportiva y rehabilitación

Media Luna, 36. 31004 Pamplona-Iruña
948 23 88 87 / 948 23 99 29

En el **Centro Médico Kines** desarrollamos de manera integral la **recuperación completa del paciente lesionado**, desde el momento de su diagnóstico hasta su total restablecimiento.

En función de las necesidades clínicas se establece un **protocolo personalizado** para cada paciente con el objetivo de alcanzar una **recuperación funcional** óptima para la actividad laboral, el rendimiento deportivo o la reincorporación a la vida cotidiana.

El área de **rehabilitación** está equipada con los más avanzados y vanguardistas medios para facilitar un perfecto **tratamiento** de todas las **lesiones**, tanto de los deportistas como de todas aquellas personas que deseen una rápida recuperación de sus procesos dolorosos osteoarticulares y músculo-tendinosos:

- CERVICALGIAS
- DORSALGIAS
- LUMBALGIAS
- CIÁTICAS
- HOMBRO DOLOROSO
- ARTROSIS
- ARTRITIS
- ESGUINCES
- LESIONES MUSCULARES
- TENDINITIS, TENDINOSIS
- LESIONES LIGAMENTOSAS
- REHABILITACIÓN POSQUIRÚRGICA (columna vertebral, cadera, rodilla, hombro, mano, etc.)

Kines pone a su disposición los siguientes equipos y métodos terapéuticos:

FISIOTERAPIA
- TECARTERAPIA
- ONDAS DE CHOQUE
- ELECTROTERAPIA
- DIATERMIA POR MICROONDAS
- INFRARROJOS

TERAPIA MANUAL
- MASAJE TERAPÉUTICO Y DEPORTIVO
- OSTEOPATÍA
- DREANJE LINFÁTICO
- VENDAJE FUNCIONAL Y KINESIOTAPING

MESOTERAPIA
(Administración por vía subcutánea a nivel del dolor de principios activos en pequeñas dosis).

MEDICINA REGENERATIVA

PLASMA RICO EN FACTORES DE CRECIMIENTO

El tratamiento con **PRPG®** es una técnica biomédica dirigida a estimular el proceso de **regeneración** y curación de los tejidos lesionados.

Está indicado especialmente en la patología degenerativa del cartílago articular (**artrosis de rodilla**), lesiones de menisco, tendinopatías crónicas, lesiones musculares y ligamentosas.

VRS y bronquiolitis en niños

Maialen San Martín Rodríguez, Natalia Romero Aldave y Miren Montoya Dufur. *TCAE.*
Jorge Montero Herrero y Javier Maestre Bello. *Enfermeros.*
Hospital Universitario de Navarra

La bronquiolitis es una infección que afecta a los "bronquiolos", una parte de los pulmones. Los bronquiolos son los pequeños tubos ramificados que transportan el aire dentro y fuera de los pulmones. Cuando estos conductos se infectan, se hinchan y se llenan de mucosidad. Esto hace que sea difícil respirar. La bronquiolitis afecta con mayor frecuencia a niños con edad menor de 2 años.

Generalmente, está causada por un virus. En la mayoría de los niños, la bronquiolitis desaparece por sí sola, pero algunos niños necesitan ser vistos por un médico.

¿Qué es el virus "VRS"?

"VRS" significa "virus sincitial respiratorio". Es el causante más común de bronquiolitis.

¿Cuáles son los síntomas asociados a la bronquiolitis?

La bronquiolitis comienza como un resfriado regular. Los niños que contraen bronquiolitis suelen tener estos síntomas al principio:

- Nariz tapada o moqueo.
- Leve tos.
- Fiebre (Tª superior a 38 °C).
- Disminución del apetito.

A medida que avanza la bronquiolitis, pueden comenzar otros síntomas, que incluyen:

- Taquipnea (Respirar más rápido de lo normal).
- Apneas (pausas entre respiraciones: a veces, pueden durar más de 15 o 20 segundos.).
- Sibilancias: este es un silbido al respirar. Suele durar unos 7 días.
- Tos severa: la tos puede durar 14 días o más..
- Problemas para ingerir alimentos y bebidas: otros síntomas pueden hacer que un niño esté menos interesado en la comida. En los bebés, la nariz tapada o la respiración acelerada pueden hacer que sea más difícil amamantar o beber de un biberón.

¿Debo llevar a mi hijo a ver a un médico o enfermera?

Muchos niños con bronquiolitis no necesitan ser vistos por un médico. Pero deberemos estar atentos a algunos síntomas importantes. Solicite una ambulancia (llame al 112) si su hijo:

- si deja de respirar.
- si se produce cianósis (si se le ponen labios, encías o uñas azules o grises.).
- si le cuesta mucho respirar.

Llame al médico o la enfermera de su hijo si:

- La piel y los músculos entre las clavículas, cuello, costillas o debajo de la caja torácica parecen estar hundidos .
- Las fosas nasales de su hijo se ensanchan (se agrandan) cuando respira.
- Su bebé tiene menos de 3 meses y tiene fiebre (temperatura superior 38 °C).
- Su hijo tiene más de 3 meses y tiene fiebre (temperatura superior 38 °C) durante más de 3 días.
- Su bebé moja menos pañales de lo normal.
- Tiene otras preguntas o inquietudes sobre su hijo.

¿Cómo tratamos la bronquiolitis?

Los tratamientos para la bronquiolitis tienen como objetivo asegurarse de que su hijo reciba suficiente oxígeno. Para hacerlo, es posible que el médico o la enfermera necesiten succionar la mucosidad de la nariz de su hijo o darle aire húmedo u oxígeno para que respire. El médico probablemente no le ofrecerá antibióticos. Esto se debe a que la bronquiolitis es causada por virus y los antibióticos no funcionan contra los virus.

¿Hay algo que pueda hacer por mi cuenta para ayudar a mi hijo a sentirse mejor?

Sí. Aqui hay algunas cosas que puedes hacer:

- Asegúrese de que su hijo tome suficientes líquidos. Llame al médico o a la enfermera si su bebé moja menos pañales de lo normal.
- Si el niño se siente incómodo debido a la fiebre, puede darle medicamentos como paracetamol o ibuprofeno. Asegúrese de leer las instrucciones cuidadosamente. Asegurase de la dosis correcta.
- Retire la mucosidad de la nariz de su hijo con lavados nasales.
- Si su hijo tiene más de 1 año, ofrecerle líquidos tibios y transparentes para calmar la garganta y ayudar a aflojar la mucosidad.
- Dormir en la misma habitación, para vigilar si comienza a tener problemas para respirar.
- Evitar fumar cerca del niño.

Si los síntomas de su hijo empeoran, llame a su médico o enfermera para pedirle consejo.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA
NAFARROAKO OSPITALE UNIBERTSITARIOA
CUIDADOS ESPIRITUALES RELIGIOSOS
ZAINTZA ESPIRITTALAK-ERLIJIOSO
La Salud también Viaja
Servicio Religioso
Colegio de Médicos
www. peregrinacionesnavarra.es

TURISMO RELIGIOSO CULTURAL

SANTUARIO DE LOURDES: 27 al 28 de mayo y 23 al 24 de septiembre.

CIRCUITO VISITANDO, ROMA, SIENA, PADUA, FLORENCIA, VENECIA
Salida 10 de julio – Pension completa.

CIRCUITO POR LA PROVENZA (AVION): Salida 3 al 10 de septiembre. 2 noches en Niza – 3 noches Marsella – 2 noches Avignon.

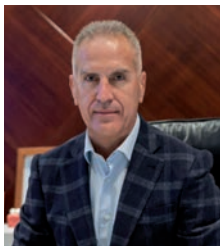
El detalle de todos los programas en: www.peregrinacionesnavarra.es

SERVICIO ABIERTO A TODO INTERESADO EN PARTICIPAR

Integración de los aspectos biológicos y estéticos en los implantes dentales

"En implantología, funcionalidad y estética no son apartados excluyentes

"Con un tratamiento de implantes contribuimos a revertir el deterioro estético del paciente



Dr. Ángel Fernández Bustillo
Especialista en Cirugía Maxilofacial e Implantología
Nª Col. 6114-NA
www.clinicabustillo.com

CLÍNICA BUSTILLO
CIRUGÍA MAXILOFACIAL
IMPLANTES DENTALES
CASTILLO DE MAYA, 45. T 948152878

El crecimiento de la implantología dental presenta nuevos desafíos. Entre ellos, el lograr que haya un acceso más generalizado a los implantes sin sacrificar la calidad y vida útil de los tratamientos, y conseguir que las intervenciones sean más cortas en el tiempo y menos invasivas. Asimismo, el paciente debe entender que el buen aspecto de la dentadura y el atractivo del rostro no dependen solo de una mera actuación estética.

Actualmente, se está dando quizá excesiva importancia a la vertiente estética de la salud bucodental. Blanqueamientos, ortodoncia invisible, carillas dentales, son conceptos que maneja el público y, a veces, con cierta frivolidad.

La funcionalidad y la estética van unidas

Sin embargo, funcionalidad y estética no son dos apartados excluyentes, ni mucho menos. Sabemos que la conservación de las propiedades funcionales de la boca --tener la dentadura completa, las encías y otros tejidos blandos en buenas condiciones, y contar con la densidad ósea suficiente para sujetar la estructura facial-- es esencial para mantener la armonía en el rostro.

Por mucho que se mejore el color o la forma de los dientes anteriores, los que se ven, si se han perdido piezas posteriores o sufres desgaste en el hueso, no se podrá detener el envejecimiento prematuro.

Por el contrario, con un tratamiento de implantes, que en la mayoría de los casos comportará un proceso de regeneración ósea, estaremos contribuyendo a revertir el deterioro estético del paciente.

¿Por qué los implantes tienen efectos estéticos?

Debemos partir de la idea de que al perder una pieza dental, la masa ósea de los maxilares se atrofia. Disminuye la densidad en altura y altura, no recibe flujo sanguíneo y cicatriza. Con el tiempo, esta degradación afecta al conjunto de la estructura bucodental si no se le pone remedio. Se pierde firmeza en los tejidos, adelgazan los labios, cae la punta de la nariz, aparecen arrugas de expresión y se incrementa la grasa bajo el mentón, entre otras manifestaciones.

Con la colocación de implantes, se trata de frenar ese proceso imparable. A diferencia de una prótesis removible, con la que se recupera cierta capacidad mecánica pero no detiene el deterioro, un tratamiento de implantes revitaliza la zona afectada.

- Primero, porque previamente es necesario regenerar el hueso perdido para asegurar la estabilidad del implante desde el primer momento, algo que ayudará a evitar las enfermedades periimplantarias y a afianzar la duración.
- Segundo, porque el implante se comporta como la raíz de un diente natural y detiene la degradación.
- Y, tercero, como consecuencia, la reconstrucción mejora la estética. Por tanto, vemos que una intervención en parte biológica y funcional tiene efectos estéticos.

Una vez que se han conseguido los objetivos de rehabilitación, además es posible aplicar tratamientos adicionales de rejuvenecimiento facial que ayuden a recuperar la firmeza perdida y a mostrar un aspecto acorde con la propia edad.

El Hospital San Juan de Dios de Pamplona-Tudela atendió el año pasado en Navarra a 26.000 pacientes

San Juan de Dios es un centro sanitario sin ánimo de lucro, integrado en la red sanitaria de Navarra, concertado con el Servicio navarro de Salud-Osasunbidea, que atiende a sus pacientes tanto en el propio hospital como en su domicilio, gracias a cinco equipos ESAD (Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria).

La institución basa su actividad en **un modelo de "atención integral"** que combina de manera interdisciplinar la acción de, al menos, ocho áreas (medicina, enfermería y cuidados auxiliares, rehabilitación, trabajo social, psicología, atención espiritual y voluntariado), con el objetivo de obtener **el bienestar del paciente y de su entorno familiar**.

Con estas premisas, durante 2022, San Juan de Dios asistió a un total de 26.000 pacientes en Navarra. Más del 90% de su actividad la realiza con pacientes derivados del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. El resto son personas atendidas en las consultas externas de las que consta el centro hospitalario y en las que se ofrece una veintena de especialidades distintas.

A través de su modelo de atención integral, el hospital acoge a pacientes para intervención quirúrgica o aquejados de una enfermedad que requiere continuidad de cuidados y/o rehabilitación. Sus equipos profesionales **les acompañan a lo largo de todo su proceso asistencial, atendiendo las necesidades clínicas, psicológicas y emocionales, socio-familiares y espirituales, tanto de la persona asistida como de su familia**.

Paciente hospitalizado: perfil y estancias medias

El paciente hospitalizado en el HSJD presenta un perfil complejo, en muchas ocasiones afectado por un proceso de cronicidad, pluripatológico y con una elevada inestabilidad clínica.

Debido a su complejidad, las estancias medias por ingreso hospitalario son elevadas, próximas a cuatro semanas (26,83 días). En concreto, la estancia media en las unidades de Cuidados Paliativos se sitúa en 18,5 días y la del paciente crónico y la de recuperación funcional, en 34,56 días.

Pero no todos los pacientes del HSJD son pacientes hospitalizados. Aproximadamente 11.700, es decir un 45% del total, son pacientes ambulatorios o atendidos en el propio domicilio (enfermedades avanzadas) por nuestros 5 equipos de ESAD y los EAPS (Equipos de Atención Psicosocial).

Equipo para una atención integral

El equipo, formado por más de 450 profesionales, acompaña a cada paciente de forma integral a lo largo de todo su proceso asistencial.

La atención médico-sanitaria se complementa con la aportación de otras áreas transversales que permiten ofrecer servicio a cualquier paciente, independientemente de la unidad que lo ingresa o de sus características:

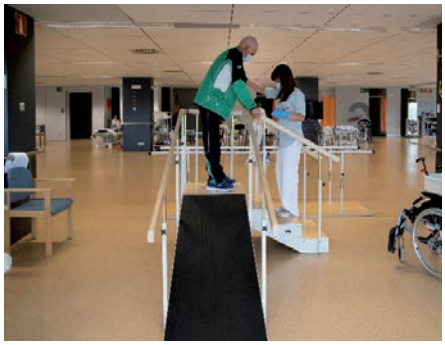
- **Rehabilitación con Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Logopedia.**
- **Psicología y Musicoterapia.**
- **Trabajo Social.**
- **Atención Espiritual y Religiosa.**

Servicios actuales del hospital

La institución, con una trayectoria de 80 años en la sanidad de Navarra, culminó en 2016 un proceso de renovación de estructuras que triplicó y modernizó su espacio (31.400 m2) y sus prestaciones tecnológicas y lo ha preparado para comportarse como un hospital moderno y cómodo para los usuarios. Además, cuenta con una Unidad Asistencial de Tudela (20 camas).

Actualmente atiende a pacientes en:

1. **Hospitalización, con 4 unidades:** Cuidados subagudos y Cronicidad; Recuperación Funcional; Atención Paliativa (oncológica y no oncológica); Salud Física y Mental.
2. **Atención domiciliaria.** Atención paliativa oncológica y no oncológica (medicina, enfermería y psicología), en toda la Comunidad Foral de Navarra.
3. **Cirugía.** Cirugía mayor ambulatoria y cirugía menor /corta estancia.
4. **Consultas Externas.** Aproximadamente 20 especialidades, entre las que figuran dermatología, psicología, fisioterapia, cirugía ortopédica y traumatología y cardiología, entre otras.



El hospital cuenta con **un amplio bloque quirúrgico** para intervenciones de cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estancia donde se intervienen pacientes de diversas especialidades, como cirugía general, traumatología, oftalmología, cirugía plástica, vascular, Maxilofacial, ORL, etc. Para atenderlas consta de nueve quirófanos activos y los equipos de apoyo constituidos por el servicio diagnóstico de Laboratorio y el de Imagen, además, del Servicio clínico central de Farmacia hospitalaria.

Servicios

- 120 Habitaciones / 200 camas en cinco unidades de hospitalización y cirugía.
- 11 quirófanos / 9 de ellos activos.
- 2 unidades de rehabilitación (300 m^2 para pacientes ambulatorios / 600 m^2 para pacientes ingresados).
- Servicios Clínicos de Imagen/Radiología (TAC, Resonancia, Ecografía, Radiología Digital).
- Servicio Clínico de Laboratorio (análisis clínicos, anatomía patológica, genética y patología molecular; diagnóstico prenatal, ginecología y reproducción).
- Servicio Clínico de Farmacia Hospitalaria.
- Equipo de Medicina Preventiva.
- Servicio de Experiencia del Paciente y Atención al Usuario.
- Servicios Generales.
- El Hospital cuenta con un grupo activo de Voluntariado.

Solidaridad

El Hospital mantiene abierta una línea de intervención comprometida con la solidaridad y la acción humanitaria (en el propio hospital con pacientes y familias o en otras causas externas), basada en cuatro ejes de actuación: Obra social / Cooperación Internacional (entre otros, hermanamiento con un hospital en Ghana, África) / Voluntariado / Sensibilización.

Mantiene diversas propuestas de concienciación y atención en distintos campos https://hsjdpamplona.com/obra-social/ con un variado conjunto de Programas https://hsjdpamplona.com/solidaridad/solidaridad-obra-social/

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

El Hospital pertenece a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, una Institución sin ánimo de lucro y de carácter internacional, dedicada a la atención sanitaria y social, con la misión de curar y cuidar a las personas más desfavorecidas, situándolas en el centro y atendiendo su dimensión física, psicológica, social y espiritual.

Su origen está en el siglo XVI y actualmente está presente en más de 50 países de los cinco continentes.

Está formada por más de 1.200 Hermanos, 40.000 profesionales, 8.000 voluntarios y 300.000 benefactores-donantes.

Más información: https://hsjdpamplona.com/ | Teléfono Pamplona 948 231 800 | Teléfono Tudela 948 414 031

Hospitalización a Domicilio (HaD):
historia y situación actual

María Ruiz Castellano.
Médica, Jefa de Sección de Hospitalización a Domicilio del Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Navarra.
Silvia Salinas Urra.
Enfermera, Jefa de Unidad de Enfermería de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario de Navarra

En las últimas décadas se han producido grandes cambios tanto a nivel social como demográfico, que exigen una respuesta desde los sistemas sanitarios de los distintos países, que deben reinventarse y reorientarse para adaptarse a las nuevas exigencias de la sociedad. La tecnificación y creciente super-especialización de la medicina como disciplina científica no debe ser un impedimento para no proveer de los cuidados más adecuados e innovadores a la población independientemente de donde residan.

La Hospitalización a Domicilio (HaD) surge como respuesta a las necesidades sanitarias del siglo XX que pasaban por la intensa congestión de los hospitales y la escasez de camas de hospitalización. La HaD se convirtió en una herramienta de gran utilidad para poder proporcionar la asistencia especializada en el domicilio, como método alternativo a la hospitalización convencional.

En 1947 se inaugura, en el Hospital Montefiore del Bronx de Nueva York, el primer programa formal de HaD, con el fin de descongestionar las plantas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable para la recuperación. En 1951 se crea en el Hospital Tenon en París la primera Unidad de HaD europea, produciéndose en los años 70 y 80 un gran desarrollo del modelo de HaD en toda Europa y EEUU. Fue José Sarabia, quien a mediados del año 1981 puso en funcionamiento el primer servicio de HaD en el entonces Hospital Provincial de Madrid, actual Hospital Universitario Gregorio Marañon. Desde entonces la HaD ha tenido un importante pero irregular desarrollo a nivel nacional en las distintas comunidades autónomas motivado por un conglomerado de circunstancias que abarcaría desde la ausencia de un marco normativo y regulador, el escaso impulso institucional, la falta de evidencia científica, y la heterogeneidad de las Unidades de HaD en aspectos tan importantes como la cartera de servicios y la dotación de recursos.

Desarrollo de HaD en Navarra

Tienen una larga historia y un importante desarrollo de HaD comunidades autónomas vecinas como País Vasco, Cantabria, La Rioja y más alejadas como Cataluña, Madrid o Comunidad Valenciana. En Navarra se creó la primera Unidad de HaD en 2006 en el Hospital Reina Sofía de Tudela, posteriormente en 2008 en el Hospital Universitario de Navarra y en 2009 en el Hospital García Orcoyen de Estella. En el momento actual nuestra comunidad, a pesar de las dificultades de su orografía, cuenta con cobertura de toda su geografía por Unidades de Hospitalización a Domicilio, circunstancia que cuesta encontrar otras comunidades Autónomas.

El paciente que opta por este tipo de hospitalización debe cumplir una serie de requisitos, aceptar voluntariamente el ingreso después de recibir toda la información, vivir en el área de cobertura del servicio y convivir con una persona con plenas capacidades (cuidador) que se responsabilice de los cuidados básicos del paciente. El equipo de HaD visita al paciente periódicamente y realiza en el domicilio las pruebas diagnósticas necesarias como análisis, electrocardiograma, monitorización de la presión arterial, saturación de oxígeno, etc. Igualmente se realizan procedimientos terapéuticos como tratamientos intravenosos (antibióticos, diuréticos, analgésicos...), nutrición artificial, oxigenoterapia, tratamientos nebulizados, curas complejas y transfusiones de sangre o plaquetas, entre otros.

Valores que identifican y caracterizan la HaD

- Humaniza la atención, ya que aporta como elemento de valor el escenario terapéutico idóneo, el domicilio del paciente; permite un trato personalizado y directo con el paciente y su familia y adapta la atención a la realidad de cada enfermo.
- Presta una atención centrada en el paciente, que deja de ser un sujeto pasivo. Fomenta el autocuidado y empodera a los familiares y cuidadores en la atención que se le dispensa, dando mayor autonomía y seguridad en el manejo de su enfermedad.
- Fomenta la continuidad asistencial dado que su ámbito de actuación está entre la atención especializada y la atención primaria. Favorece en los casos de pacientes que requieren cuidados complejos la coordinación tanto con los especialistas hospitalarios como con los equipos de atención primaria, evitando los traslados a consultas e ingresos hospitalarios innecesarios.
- Proporciona atención experta, próxima y segura para el paciente. Los resultados de eficacia clínica y los indicadores de seguridad son equiparables a los de las unidades de hospitalización convencional, a lo que contribuye la baja sobreindicación de tratamientos y de pruebas diagnósticas, así como la disminución de la iatrogenia.
- Es una modalidad de hospitalización muy satisfactoria para el paciente y su familia. La cercanía en la relación con el enfermo y su entorno es percibida por éste como un elemento de calidad y atención excelente.
- Se adapta a los cambios y su versatilidad propicia que sea un servicio flexible. Tiene capacidad para atender rápidamente una realidad cambiante según las necesidades de cada centro. Es un auténtico servicio de soporte asistencial transversal a todos los ámbitos asistenciales de un área sanitaria (médicos, quirúrgicos, hospital de día, intervencionismo, urgencias, primaria, etc.).

En la actualidad las Unidades de HaD surgen no solo como una herramienta de los gestores sanitarios para descongestionar los hospitales sino como una alternativa para dar respuesta a las demandas sociales y demográficas a través de una atención sanitaria, segura, eficiente y eficaz que proporciona estabilidad y sostenibilidad al sistema de salud y mejora la calidad de vida del paciente y sus familias.

Tratamiento de varices sin pasar por el quirófano: Venaseal® y microespuma.

Combinación de tecnologías para mejorar los resultados

Dr. Leopoldo Fernández Alonso
Especialista en Cirugía Vascular
C/ Cataluña, 8 Bajo Trasera (Soto Lezkairu). 31006 Pamplona
www.leopoldofernandez.com

Cerca del 30% de la población navarra tiene varices tronculares (grandes) y muchos necesitan tratamiento quirúrgico y, por tanto, pasar por un quirófano, anestesia general o raquídea y varias semanas de baja laboral.

El tratamiento endovascular ecoguiado de las venas safenas enfermas mediante sellado con cianocrilato (**Venaseal®**) ha supuesto un avance muy importante en el manejo de esta patología.

La **técnica** trata las varices mediante el sellado de la vena enferma liberando en su interior una pequeña cantidad de un adhesivo médico especialmente formulado que ocluye la vena, haciéndola desaparecer. El organismo absorberá el adhesivo con el paso del tiempo. Los resultados en miles de pacientes respaldan la seguridad y eficacia del procedimiento.

SIN NECESIDAD DE VENDAJES NI MEDIAS DE COMPRESIÓN

Tras el tratamiento de varices mediante sellado adhesivo **NO son necesarias las medias de compresión**. Esto añade comodidad a la técnica y permite realizar el procedimiento en épocas de más calor o en pacientes que las toleran mal.

PERMITE TRATAR EL MISMO DÍA LAS DOS EXTREMIDADES

Esto aumenta la comodidad para el paciente con varices bilaterales y permite el tratamiento de un modo mucho más rápido que con otras técnicas.

SIN manchas y hematomas

Tras la cirugía de varices suelen aparecer hematomas, incluso con láser o radiofrecuencia. Con el sellado adhesivo, al no existir rotura o daño de la pared de la vena, esto no se produce.

SIN anestesia, sin ingreso y sin baja

El tratamiento se lleva a cabo en la propia consulta mediante una punción en la piel por lo que no es necesario pasar por un quirófano, ni ingreso hospitalario ni baja laboral y la recuperación es inmediata.

¿En qué consiste el tratamiento con Venaseal®?

Antes del procedimiento que, como hemos dicho, se realiza en la consulta, se efectuará una ecografía (Eco-doppler) de la extremidad o extremidades afectadas. Esta exploración es imprescindible para planificar el tratamiento.

Una vez insensibilizada la zona de punción, el médico introducirá el catéter en la pierna y lo situará en zonas concretas de la vena con el fin de liberar pequeñas cantidades del adhesivo médico. Se usa la ecografía durante todo el procedimiento aumentando así la seguridad de la técnica.
Después del tratamiento, se retirará el catéter y se colocará una tirita en el lugar de la punción. Habitualmente no es necesario colocar ningún tipo de vendaje ni media de compresión.
La intervención dura aproximadamente una hora y al finalizar podrá irse a casa caminando, incorporándose a su vida normal.
En algunas ocasiones, pasado un tiempo, es necesario realizar alguna sesión de esclerosis con microespuma en las venas más pequeñas para completar el tratamiento y mejorar el resultado.

Durante más de 18 años nuestro equipo ha tratado más de 4.000 pacientes con varices utilizando técnicas poco invasivas como el sellado con cianocrilato y la esclerosis con microespuma, siempre de forma personalizada y en un proceso de constante innovación con el único objetivo de ofrecer a nuestros enfermos procedimientos más cómodos y con mejores resultados.

Dr. Leopoldo Fernández Alonso
Angiología y Cirugía Vascular. Tratamiento de varices SIN cirugía. Esclerosis con microespuma.
Tratamiento con VENASEAL.

c/ Cataluña, 8 Bajo Trasera (Soto Lezkairu)
31006 PAMPLONA

T 948 57 07 92
M 639 07 05 09
drleopoldofernandez@gmail.com

CPS-C2261/1/14-NA

www.leopoldofernandez.com

"Comité de Ética Asistencial y Clínica del Hospital Universitario de Navarra"

Tu verdad no, la verdad, y ven conmigo a buscarla. La tuya, guárdatela.

Antonio Machado

Francisco Javier Blázquez Ruiz
Catedrático de Filosofía del Derecho, Universidad Pública de Navarra
y Presidente del Comité de Ética del Hospital Universitario de Navarra (HUN)

El Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria (CEAS) fue creado en 2014 como resultado de la fusión de los Comités de ética asistencial y clínica del Hospital de Navarra y del Hospital Virgen del Camino que venían funcionando desde hacía varias décadas. El Comité de ética es un órgano consultivo, de carácter independiente y aconfesional, que está compuesto por un grupo multidisciplinar de profesionales sanitarios. Actualmente está integrado por diecisiete personas: médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, juristas y miembros legos; cuenta también con el apoyo de personal administrativo.

El Comité se reúne regularmente una vez al mes y, en función de la urgencia del tema que requiera ser tratado, es convocado cada vez que se solicita con el fin de asesorar en la resolución de los conflictos éticos que se producen en el ejercicio de la práctica clínica asistencial.

Los primeros CEAS comenzaron su andadura a mediados del siglo XX en EE.UU. con motivo de los avances progresivos que tuvieron lugar en el ámbito de la biomedicina y de la tecnología relacionada con la salud. En España, el Comité pionero fue el del Hospital San Juan de Dios en Barcelona, creado en 1974. Después, a partir de los años noventa, se extendieron por todo el país, conscientes de la necesidad de aunar el historial de los datos clínicos con los valores morales, así como de tener en cuenta tanto la vertiente biomédica como la biográfica de los pacientes.

Protección de los derechos y la dignidad de las personas

Los Comités de Ética Asistencial y Clínica desempeñan un papel relevante en la protección de los derechos y la dignidad de las personas, y actúan desde el marco de los Derechos Humanos, ya que como indican los primeros artículos de la Declaración Universal "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derecho (...). Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición." (10 de diciembre de 1948).

El Comité, además de conocer de cerca los hechos y datos médicos de los casos que se presentan, ha de estudiar los valores morales en conflicto. El objetivo es identificar los conflictos y especificar los principios bioéticos en cada caso, para precisar a continuación los cursos de acción posibles e identificar el curso óptimo, así como formular orientaciones concretas para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria. Todo lo cual se realiza a través de un método deliberativo que permita razonar, argumentar y ofrecer propuestas para cada caso concreto. También puede proponer protocolos de actuación en las situaciones en las que surjan conflictos éticos de manera reiterada u ocasional.

Además, el Comité tiene encomendada la tarea de colaborar regularmente en la formación bioética de los profesionales sanitarios de la institución, así como de los miembros que integran el CEAS.

Desde su constitución, el Comité de ética asistencial y clínica está abierto a todos los profesionales y pacientes del Hospital Universitario de Navarra (HUN), y les invita a presentar los casos clínicos que estimen oportunos, que teniendo en cuenta la complejidad actual, requieran asesoramiento y ayuda en el proceso de toma de decisiones éticas en el ámbito de la práctica clínica.

«Una navarra pionera de la Terapia Ocupacional en la Atención Primaria en Andalucía»

Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra-Nafarroako Lan-Terapeuten Elkargoa
COTONA-NALTE
C/Concejo de Alzuza 10 Bajo. 31016 Pamplona
M. 622 859 479 | secretaria@cotona-nalte.com | www.cotona-nalte.com/es

Susana Aldaz Zabala, nacida en Pamplona, es una de las terapeutas ocupacionales pioneras de la Atención Primaria en Andalucía. Desde hace 19 años forma parte de los equipos móviles de rehabilitación de Atención Primaria en Andalucía.

¿Cómo se incorporó la Terapia Ocupacional en la Atención Primaria de Andalucía?

Todo comenzó con el Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. Con él la Junta de Andalucía decidió crear equipos móviles de rehabilitación en Atención Primaria, para facilitar la accesibilidad de los pacientes a servicios de rehabilitación en su entorno. Al año de su funcionamiento, 9 terapeutas ocupacionales comenzamos a trabajar en atención primaria. Cada equipo móvil de rehabilitación contaba con un/a terapeuta ocupacional, a excepción del de Sevilla que lo éramos dos. En la actualidad somos 15 terapeutas.

¿Qué perfil de pacientes se benefician de terapia ocupacional en la Atención Primaria andaluza? ¿Cómo son derivados/as?

Los equipos atienden tanto a pacientes derivados por los médicos rehabilitadores, desde los servicios de Traumatología y Neurología de los hospitales, como los derivados desde los Centros de Salud. Los tres criterios para recibir la atención de estos equipos son: procesos asistenciales recogidos en nuestra cartera de servicios, residir en un lugar con barreras arquitectónicas y evitar grandes desplazamientos contraindicados clínicamente. En la actualidad la mayoría de procedimientos que realizamos son con personas mayores con pluripatología, con fracturas y/o prótesis de cadera o rodilla, personas que han sufrido ictus, con Párkinson, con ELA, con inmovililidad o post COVID.

¿Qué impacto tiene la Terapia Ocupacional en el servicio de Atención Primaria? ¿Tiene un ahorro económico a largo plazo? ¿Reduce costes?

La Terapia Ocupacional reduce costes al sistema sanitario, en comparación al coste que suponen las intervenciones médicas y farmacológicas. La evidencia científica demuestra que la inclusión de la terapia ocupacional en la Atención Primaria podría suponer un ahorro económico en el Sistema Nacional de Salud como ya se ha evidenciado en estudios sobre coste-eficacia en otros países.

La Terapia Ocupacional contribuye al mantenimiento de la salud y de la funcionalidad, reduce los reingresos y previene dependencia. Las personas usuarias de este servicio se muestran satisfechas porque mejora su calidad de vida. Nuestras intervenciones previenen accidentes en el hogar en personas de edad avanzada, pérdida de funcionalidad por inmovilidad y cronificación de patologías, mejora la higiene postural de los cuidadores, la prevención de la soledad no deseada, entre otras.

¿Por qué es necesario que la Atención Primaria en Navarra incorpore la Terapia Ocupacional? ¿Qué potencialidades tendría en una población rural y con una gran esperanza de vida como es la población navarra?

La experiencia andaluza ha demostrado que las inversiones en Terapia Ocupacional en la Atención Primaria han sido fundamentales en la mejora de la salud y calidad de vida de usuarios y familias. Los equipos móviles de rehabilitación han sido clave en prevención, promoción y recuperación de salud, desde una atención descentralizada de la Atención Especializada en los Hospitales y basada en lo comunitario.

¿Qué les diría a las administraciones públicas y representantes políticos de Navarra para hacerles conscientes que la Terapia Ocupacional en Atención Primaria es necesaria?

Somos uno de los profesionales sanitarios más rentables (coste-beneficio).

El problema de la mayoría de los gestores públicos y representantes políticos es que desconocen la terapia ocupacional, pero cuando la conocen, comprueban su potencial y su valor. Todas las personas somos seres ocupacionales y en algún momento de nuestra vida hemos perdido o vamos a perder la salud, y uno de los profesionales esenciales para recuperar salud y vida es el/la Terapeuta Ocupacional. Contribuimos a retomar la vida diaria y por tanto las ocupaciones, es decir, lo que nos hace ser lo que somos.

¿Qué aporta la Terapia Ocupacional en Atención Primaria?

Se podría resumir en tres áreas: promoción y recuperación de la autonomía personal; adaptación del entorno del usuario; asesoramiento, acompañamiento y apoyo a los cuidadores. Por ejemplo, tras sufrir un ictus, cuando vuelven al domicilio tratamos de mejorar la función dañada y optimizar la capacidad conservada para que se desenvuelva con autonomía en su entorno. Les acompañamos en su proceso de recuperación. Entrenamos con esas personas y sus familias cómo asearse, vestirse, comer, etc., en esa nueva situación vital para lograr la mayor autonomía en las actividades de la vida diaria en su domicilio y en su participación en la comunidad.

La edad de oro te sonríe

Comunicación Edificio Policlínica Artica

sannas DENTOFACIAL

A partir de los 60 la vida se vuelve un poco más dulce. El ritmo de trabajo se reduce y las obligaciones familiares permiten cierto relax. Es el momento de pensar en uno mismo e invertir en salud. Para ello, lucir una sonrisa sana, además de reforzar la autoestima, puede prevenir varias enfermedades. Y en la clínica Sannas Dentofacial lo saben. Por eso han iniciado una línea específica adecuada para estos pacientes.

Hay momentos en la vida en los que uno prioriza el bienestar familiar o laboral ante el personal. Siempre hay una preocupación o excusa mayor que, en definitiva, deja el cuidado particular en un segundo plano. Sin embargo, adentrado en la **edad dorada**, a las puertas de jubilación, el foco vuelve a centrarse en uno mismo queriendo recuperar el tiempo perdido.

Y para ello, la mejor inversión es la salud. Es el momento de pensar en la satisfacción personal. Por eso, entre la variedad de posibilidades, son muchas las personas que se decantan por arreglarse la boca. Ya que, debido al envejecimiento natural, la falta de piezas, el oscurecimiento, el sangrado de encías o incluso los problemas de mordida que derivan en molestias estomacales, son casos muy recurrentes.

Desde **Sannas Dentofacial** han creado una línea de trabajo especifica con la intención de dar solución a los pacientes sexagenarios que buscan enfrentar con acierto la entrada al retiro laboral. La clínica, además, pretende demostrar la relevancia y ***"fuerte relación"*** que hay entre la **salud oral** y el bienestar general.

Mucho más que una sonrisa sana

"Antesala de un adecuado bienestar en la edad adulta, el deterioro habitual del cuerpo, la aparición de nuevas patologías, la necesidad de estar preparados para recibir tratamientos con efectos secundarios y el mantener una adecuada autoestima, conduce hacia la preocupación por el mantenimiento y/o recuperación de la salud oral". Porque son numerosas las personas que, en algún momento de su vida, y con

mayor incidencia alrededor de los 60 años, sufren patologías sistémicas como diabetes, colesterol, cardiopatía; deterioros mentales y cognitivos, o algún tipo de cáncer, entre otras enfermedades.

De modo que un adecuado mantenimiento en salud oral, además de reforzar el amor propio, puede prevenir e influir en las citadas enfermedades. El director médico de la entidad, **Luis Felipe Rivas**, enumera varios ejemplos con los que argumenta dicha relación. En concreto señala que, tal y como demuestran varios estudios médicos, *"la aparición de la diabetes se sitúa estrechamente relacionada con la enfermedad de las encías (periodontopatías). De hecho, está demostrado que, si el estado de salud de los tejidos gingivales mejora, los niveles de azúcar disminuyen"*.

En cuanto a las cardiopatías, como es caso de la endocarditis, *"se trata de enfermedades multifactoriales desencadenas por la presencia de un microorganismo patógeno en la flora bacteriana de la boca. Una infección oral que también puede pasar al torrente sanguíneo"*. Asimismo, *"se han detectado microorganismos de flora bacteriana oral en pacientes que han desarrollado deterioros cognitivos, o alteraciones de la salud mental"*.

Incluso con pacientes que reciben algún tratamiento antineoplásico de quimioterapia o son irradiados, *"tienen mayor probabilidad de sufrir complicaciones secundarias si no presentan un adecuado estado de salud oral antes de iniciar este tipo de tratamientos"*.

Por no mencionar la perimolisis (desgaste exagerado de los dientes), que se debe a la anormal presencia de ácidos gástricos en la boca *"debida, en algunas ocasiones, a la mala digestión por inadecuada masticación de los alimentos"*. Y a su vez, las ulceras bucales *"por prótesis mal adaptadas o dientes fracturados pueden desembocar en algún cáncer oral, principalmente de lengua"*, concluye el doctor. En fin, sin ánimo de presentar un panorama catastrofista, desde **Sannas** aconsejan mantener un buen estado de salud oral y para ello poseen, con más de 15 años de experiencia, un **Centro de Prevención Oral (CPO)**.

Línea + 60

¡Un caso de éxito! A punto de jubilarse, un paciente de la clínica quiso dar el salto y pensar un poco más en sí mismo. Tras su visita al centro Sannas Dentofacial, el equipo multidisciplinar le propuso una solución integral con la ventaja añadida de realizarlo en pocas sesiones, gracias al método de **Alto Rendimiento Odontológico (ARO)**. Ahora, se muestra entusiasmado con los efectos: *"Noto una mejora considerable tanto en mi salud física como mental. En cuanto a la autoestima, ahora mismo me siento preparado para afrontar los nuevos retos que me esperan en esta nueva etapa de mi vida"*, confiesa.

Alto Rendimiento Odontológico «ARO»

El concepto alto rendimiento normalmente está asociado a disciplinas como el deporte, la motivación o el ámbito intelectual, pero su aplicación también tiene validez en el área de la salud y en concreto en la odontología.

En la odontología como especialidad médica este concepto va enfocado a la realización de variados procedimientos en el menor número de sesiones (es decir varias obturaciones o exodoncias o implantes a la vez o una combinación de ellas al mismo tiempo) y bajo el efecto de la sedación combinada (protóxido +benzodiacepina) o sedación consciente (Intravenosa), con el fin de minimizar el número de visitas al centro dental, con todas las ventajas que ello supone tanto para el paciente como para el profesional.

sannas
DENTOFACIAL
CENTRO DE REHABILITACIÓN ORAL
TRABAJO INTERDISCIPLINAR CON **LABORATORIO**
EXPERTOS EN **CASOS COMPLEJOS**
C/Madres de la Plaza de Mayo 16, Nuevo Artica. Navarra
948 38 44 22 / 948 38 44 33 I www.sannasdentofacial.com
ODONTOLOGÍA HOSPITALARIA
ARO (Alto Rendimiento Odontológico)
IMPLANTOLOGÍA
BRUXISMO Y DOLOR OROFACIAL
UNIDAD DEL SUEÑO
PERIODONCIA
ORTODONCIA
CIRUGÍA MAXILOFACIAL
ODONTOPEDIATRÍA

¿La contaminación acústica puede afectar a la salud?

Dra. Maider Berasategui Fuertes. *MIR-ORL. Hospital Universitario de Navarra.*
Dra. Paula Arruti Mendiluce. *MIR-Med.Familia. Hospital Son Llatzer Palma de Mallorca.*
Dr. Ignacio Arruti González. *Jefe de Sección ORL. Hospital Universitario de Navarra*

La contaminación es una degradación del medio ambiente a partir de sustancias nocivas o elementos físicos que provocan que éste sea inseguro o dañino para el ser humano.

El ruido entendido como un sonido displacentero, es la principal fuente de contaminación acústica en las ciudades. Su intensidad se mide en decibelios (dB) y su frecuencia en hercios (Hz). Una exposición de ruido con más de 85 dB prolongada en el tiempo se considera contaminación acústica y puede generar daños auditivos irreversibles.
Conciertos, discotecas, tráfico, industrias, aviones, petardos etc. convierten a España en el segundo país más ruidoso del mundo, por detrás de Japón.
Se calcula que unos 9 millones de españoles (el 22% de la población) están expuestos a niveles de ruido superiores a los 65 dbs diarios que establece la OMS como máximo recomendable.
Según la OMS, los niños, ancianos y enfermos crónicos son considerados como población más vulnerable al ruido. A nivel mundial, se estima que un total de 360 millones de personas sufren los efectos negativos producidos por el ruido.

Factores predisponentes

1. **La intensidad de ruido:** Se considera límite de seguridad auditiva una exposición de 80 dB. Por encima de esta cifra, el riesgo de daño auditivo será exponencial.
2. **Frecuencia del ruido:** Los sonidos más peligrosos para el oído son los de alta frecuencia, a partir de la frecuencia de 1.000 Hz. El oído humano es más susceptible a daño para niveles comprendidos entre los 3.000 y 6.000 Hz.
3. **Tiempo de exposición:** Presenta una función exponencial; a mayor tiempo de exposición mayor riesgo lesivo.
4. **Susceptibilidad individual:** Múltiples variables individuales (genéticas, metabólicas etc.) que intervienen en el deterioro fisiológico coclear.
5. **Edad y sexo:** No hay estudios con resultados estadísticamente significativos que puedan confirmar la hipótesis basada en que varones de una determinada edad presenten un riesgo de deterioro auditivo mayor que mujeres de la misma edad o que una población de edad avanzada presente mayor riesgo que una población joven. Por lo que, no se pueden obtener conclusiones.
6. **Naturaleza del ruido:** La exposición de forma intermitente es menos lesiva que la exposición prolongada y mantenida en el tiempo. A su vez, los ruidos permanentes son menos lesivos que los pulsados debido al sistema de amortiguación del oído medio.

Clínica

- Hipoacusia. La percepción de disminución de la audición puede demorarse a fases avanzadas de la hipoacusia secundaria al ruido, las frecuencias que se alteran en primer lugar son frecuencias agudas, que no intervienen en las conversaciones rutinarias por lo que no suponen un problema de comunicación para la persona. Sin embargo, es importante detectar el problema a tiempo para evitar llegar a fases avanzadas en las que se puede producir un aislamiento social.
- Acúfenos (tinnitus). Sensación subjetiva de ruido en los oídos, zumbidos o pitidos sin que exista fuente sonora externa que lo origina. Es decir, la persona afectada por acúfenos percibe un sonido aún en situaciones de absoluto silencio ambiental. Cuando el acúfeno es severo, se transforma en una molestia insuperable que reduce la calidad de vida del afectado, debido a los problemas psicológicos que conlleva.
- Vértigos.

Alteraciones en el resto del organismo

- Aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares (Hipertensión, angina de pecho...).
- Problemas psicológicos.
- Insomnio (por encima de 30 dbs de ruido se altera la conciliación del sueño).
- Desarrollo cognitivo más lento en edad infantil.
- Reducción del rendimiento, fatiga, estrés etc.
- Aumento de la frecuencia respiratoria.
- Déficit de atención.
- Aumento de acidez gástrica.
- Disminución de agudeza visual

Tras el diagnóstico, se debe ajustar el tratamiento. Es importante, recordar que no existe tratamiento curativo. En caso de que el paciente desee mejorar su conexión con el entorno social y mejorar su capacidad auditiva, se ofrecerá adaptación protésica exclusiva. Por lo tanto, se recomienda reforzar todas las medidas preventivas primarias dirigidas a evitar aquellos ruidos que puedan condicionar nuestra audición en el tiempo.

Protectores ante el ruido

- **Orejeras/ cascos.** Atenúan unos 40 dBs para frecuencias a partir de 200 Hzs.
- **Cascos no pasivos.** Controlan el ruido exterior limitando los ruidos intensos hasta un nivel seguro.
- **Tapones de diversos tipos y materiales** (vinilo, silicona, cera...). Desechables o reutilizables.

Legislación

España tiene una de las legislaciones más avanzadas en cuanto a protección del ruido. El problema es su aplicación. Actualmente, en el ámbito laboral, está vigente el *Real Decreto 286/2006 sobre la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición al ruido.*

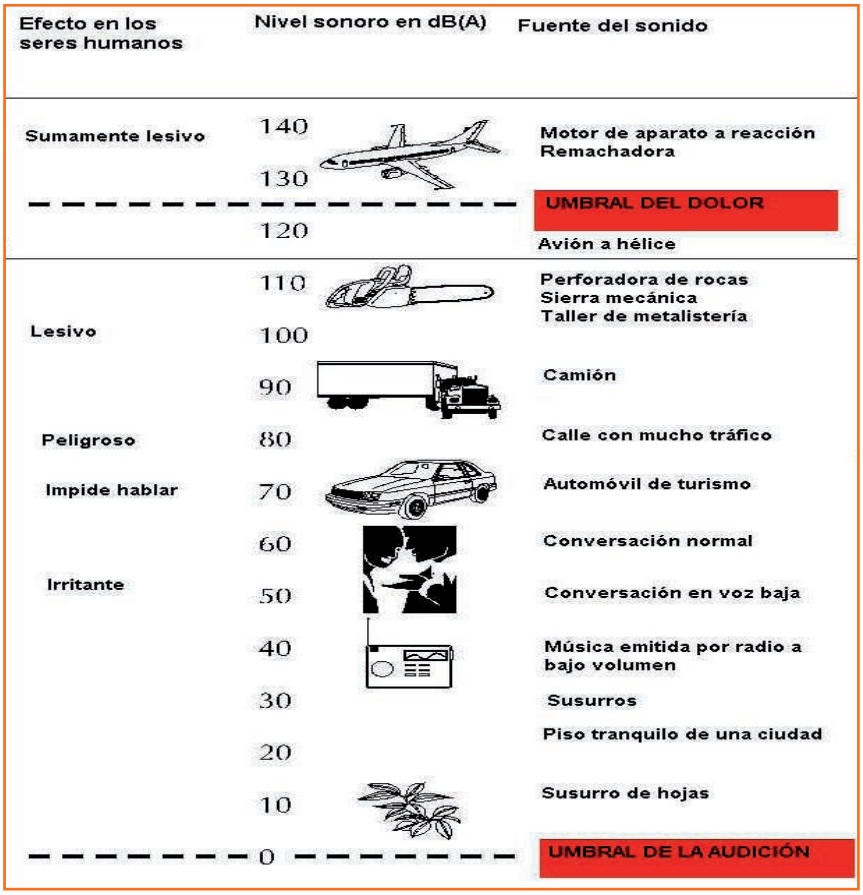
Conclusiones

Se estima que un tercio de la población mundial y el 75% de los habitantes de las ciudades industrializadas padecen algún tipo de sordera causada por la exposición al ruido.

La detección precoz de los daños auditivos es esencial para el tratamiento.

La base del tratamiento es la prevención basada en el cumplimiento de la ley y en el razonable uso de instrumentos acústicos (auriculares, radios, televisores, altavoces etc.)

El otorrinolaringólogo es el encargado de detectar los problemas y fijar el tratamiento oportuno.



El fenómeno de Raynaud

Carlos Vizcay Aranaz. *MIR Medicina Interna. Hospital Universitario de Navarra.*
Patricia Fanlo Mateo. *FEA Medicina Interna. Hospital Universitario de Navarra*

El fenómeno de Raynaud (FR) es un motivo de atención médica frecuente. Se caracteriza por episodios súbitos, transitorios y recurrentes de cambios de coloración en los dedos de manos y pies. Es el resultado de una vasoconstricción excesiva, es decir, de una reducción exagerada en el diámetro de los vasos sanguíneos. Es típico que los episodios comiencen en uno o varios dedos de una mano, extendiéndose posteriormente a los dedos de la otra mano, respetando generalmente los pulgares. Típicamente, se desencadena tras exposición al frío o por situaciones de estrés emocional. Habitualmente, tiene una duración de unos 15 minutos.

Aunque no siempre, suele tener tres fases: palidez, cianosis e hiperemia. En la fase de palidez, a causa de la disminución del riego sanguíneo a los dedos, éstos se vuelven blancos. Más tarde, en la cianótica, los dedos se vuelven de coloración azulada, producto de la disminución de oxígeno a ese nivel. Por último, en la hiperémica, el vaso sanguíneo vuelve a abrirse normalmente, con la consiguiente recuperación de riego a los dedos y consecuente coloración rojiza.

Respecto a los síntomas producidos por el FR, éstos suelen ser entumecimiento, quemazón y dolor en los dedos. Si la duración del episodio es los suficientemente intensa y prolongada, puede originar úlceras en los pulpejos de los dedos, facilitando infecciones locales. En ocasiones existe progresión a gangrena, lo que puede hacer necesaria la amputación de alguna falange.

¿Qué tipos de FR existen?

Existen dos tipos de FR: primario y secundario. El primario es aquel en el que no se identifica ninguna causa que lo justifique. Es el más frecuente y, habitualmente, tiene un buen pronóstico. El secundario es aquel desencadenado por una causa objetivada. Es menos frecuente y, generalmente, tiene peor evolución que el primario.

¿Qué causas existen de FR secundario?

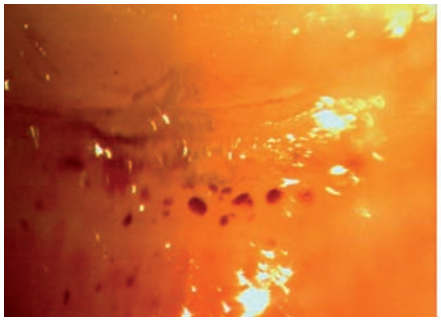
Las patologías que pueden originarlo son múltiples. Sin embargo, cabe destacar que las enfermedades autoinmunes son las entidades que con más frecuencia desencadenan FR secundario. Entre ellas tenemos, por ejemplo, la Esclerodermia o el Lupus Eritematosos Sistémico. Otras posibles causas frecuentes son la arteriosclerosis o rigidez de las arterias, patologías del sistema endocrino como hipotiroidismo o diabetes, enfermedades de la sangre como leucemias o linfomas, así como ciertos procesos infecciosos. Por último, y no por ello menos importante, nunca hay que olvidar a los fármacos, entre los cuales existen varios de uso frecuente, como el propranolol o la nicotina.

¿Cómo se diagnostica el FR?

El diagnóstico es siempre clínico, es decir, se basa en la correlación de los síntomas de la enfermedad con lo que cuenta el paciente en la consulta. Para ello, solo requiere la respuesta afirmativa a las siguientes tres preguntas: 1) ¿sus dedos son especialmente sensibles al frío?; 2) ¿cambian de color cuando los expone al frío?, y 3) ¿se vuelven blancos o azules?

Una vez realizado el diagnóstico, y tal y como se ha comentado previamente, es importante diferenciar si se trata de un FR primario o secundario. Para ello, el médico se sirve de dos pruebas: analítica de sangre y capilaroscopia periungueal.

La analítica de sangre sirve para determinar, entre otras cosas, los autoanticuerpos conocidos como "antinucleares" ("ANAs"). Estos se elevan en diversas situaciones, entre las cuales se encuentran ciertas enfermedades autoinmunes. La utilidad de los mismos reside



en que si son negativos, es decir, si no se detectan en la analítica, hacen muy improbable que el paciente presente una enfermedad autoinmune.

La capilaroscopia periungueal, por otro lado, es una técnica sencilla en la que se utiliza el microscopio para observar la microcirculación de la región inferior de la uña. Estos pequeños vasos pueden ser los primeros en afectarse en ciertas enfermedades autoinmunes.

De esta manera, la combinación de ANAs positivos y patrón capilaroscópico alterado, identifica a un grupo de pacientes con alta probabilidad de desarrollar una enfermedad autoinmune. Por tanto, su FR será presumiblemente secundario.

Sin embargo, la combinación de ANAs negativos y patrón capilaroscópico normal, identifica aquellos pacientes en los que existe una probabilidad muy baja de presentar enfermedad autoinmune. Así pues, su FR será posiblemente primario.

No obstante, es recomendable realizar un seguimiento clínico a todos aquellos pacientes con FR primario por un periodo prolongado y con una frecuencia anual. Esto está justificado por la posibilidad de que, años después, pueda aparecer una causa secundaria en un porcentaje no desdeñable de pacientes.

¿Cómo se trata el FR?

La base del tratamiento reside en una serie de medidas generales: evitar ambientes fríos o protegerse con guantes, evitar toma de fármacos que puedan desencadenar las crisis, y abandono del hábito tabáquico.

El tratamiento farmacológico está indicado cuando los síntomas interfieren con la actividad diaria del paciente. Entre los medicamentos disponibles, los empleados son los vasodilatadores. El nifedipino es el fármaco de primera línea, pues ha demostrado reducir el número y la intensidad de crisis. En caso de intolerancia o refractariedad al mismo, pueden emplearse otros como losartán, nitratos tópicos o fluoxetina. En casos de FR grave, se recomienda tratamiento vasodilatador combinado que incluya bosentán. En los casos más extremos, en los cuales puede estar comprometida la viabilidad de los dedos, es imperativo el tratamiento intravenoso con prostaglandinas, e incluso la cirugía.

Por otro lado, todo ello debe ir ligado a un adecuado control del dolor mediante analgésicos, en caso de que sea necesario. Y de la misma manera, no hay que olvidar que, en caso de observar indicios de infección de úlceras secundarias al FR, estará indicado el uso de antibióticos.

Postoperatorio en cirugía urológica laparoscópica

David Corbatón Gomollón. F.E.A Urología. Hospital Reina Sofía.
Víctor Galve Lahoz. F.E.A Urología. Hospital Ernest Llull.
Ana Aldaz Acín. Médico Residente Urología. Hospital Miguel Servet

En Urología las cirugías laparoscópicas son aquellas en las que la vía de abordaje es a través del abdomen, pero no mediante una incisión más o menos amplia, sino a través de pequeños orificios de entrada en la piel abdominal. Desde estos orificios se inyecta gas en la cavidad abdominal, se introduce una cámara para tener visión en una pantalla externa y se introducen los instrumentos de trabajo. Son procedimientos en los que prácticamente siempre se emplea Anestesia General.

Las cirugías laparoscópicas más frecuentes en urología son: nefrectomía, prostatectomía radical y cistectomía. Son intervenciones de duración media o larga (por lo general >120minutos todas ellas) y con un postoperatorio de duración muy variable: desde 3-4 días en las nefrectomías hasta >7-10 días en el caso de la cistectomía.

Tras la cirugía el paciente presentará una serie de pequeñas incisiones abdominales por lo general cerradas con grapas, así como un drenaje en el lecho quirúrgico. En algunos casos, como en la prostatectomía radical, también llevará sonda vesical siempre conectada con bolsa. Además, todos los pacientes salen de quirófano portando vía periférica para fluidoterapia y analgesia intravenosa.

Primeros días. Postoperatorio hospitalario

Sangrado: en las primeras 24h los pacientes suelen presentar drenajes activos al recoger los restos hemáticos del lecho tras la cirugía tan reciente. En la mayoría de los casos los drenajes van disminuyendo su cantidad día tras día. Cuando los drenajes producen menos de 50-100mL por día se plantea su retirada.

Dolor: los pacientes suelen presentar dolor en abdomen como consecuencia de la cirugía reciente, de los puntos internos y de la presencia de drenajes. Habitualmente el dolor se controla con analgesia intravenosa los primeros días desescalando a analgesia oral cuando se prevé el alta próxima. Los fármacos más empleados son antiinflamatorios no esteroideos, opioides menores y opioides mayores.

Dieta: el inicio de la dieta tiene lugar a partir de la 8ªhora postoperatoria. Se suele empezar con dieta líquida o semiblanda en las primeras horas y, si el paciente tolera, pasar a dieta normal a las 24h-48h postoperatorias. En el caso de pacientes hipertensos o con enfermedad renal crónica la dieta será hiposódica o de protección renal respectivamente. Está muy estudiado y demostrado que (siempre que sea posible) una alimentación oral precoz, variada y rica en proteínas ayuda a cicatrizar mejor las suturas internas y a tener un postoperatorio más confortable.

Fluidoterapia: tras la cirugía los pacientes inician fluidoterapia de 1-2litros de suero diarios para evitar deshidratación secundaria a

la escasa ingesta hídrica durante los primeros días postoperatorios. Mención especial merece la cistectomía en la que recientemente se ha visto que menores cantidades de fluidoterapia (<1litro suero diario) disminuyen paradójicamente el riesgo de complicaciones postquirúrgicas en contra de lo que se pensaba tradicionalmente.

Caminar: la deambulación tiende a ser lo antes posible, aunque no tan precoz como en las cirugías endoscópicas. Habitualmente el paciente permanece en cama las primeras 24h del postoperatorio inmediato. Esto disminuye el riesgo de sangrado y favorece la integridad de las suturas internas. A partir del segundo día se anima al paciente a incorporarse en cama y sentarse en silla. A partir del tercer día se recomienda, siempre que sea posible, reinicie la deambulación. Una deambulación temprana previene complicaciones relacionadas con el encamamiento prolongado como la formación de trombosis venosa.

Después del Alta. Convalecencia en domicilio

Dolor: El dolor en uretra e hipogastrio los primeros días es leve y relativamente frecuente. Se recomienda analgesia con paracetamol o antiinflamatorios no esteroideos (ibuprofeno) vía oral. Con el paso de los días lo habitual es que el dolor vaya cediendo gradualmente.
Dieta y líquidos: se recomienda dieta rica en fruta, verdura y una ingesta de 2litros de agua diarios, siempre que no haya otra patología médica como por ejemplo insuficiencia cardiaca que contraindique ingesta de abundantes líquidos.

Ejercicio: se recomienda caminar y llevar una vida activa siempre con cuidado de evitar tirones en sonda vesical. No se recomienda ejercicio físico intenso o cargar peso hasta pasados 4 semanas de la intervención quirúrgica. El estreñimiento también se considera esfuerzo intenso y es importante combatirlo con paseos e ingesta de fibra y líquidos.

Sonda Vesical: en algunos casos la sonda vesical se retira en hospital antes del alta, pero en otros casos el paciente puede ir a casa portando sonda vesical con indicación de retirada en el centro de salud (enfermería) una fecha concreta. Los cuidados de la sonda están detallados en el artículo Sonda urinaria preguntas más frecuentes publicado en el nº28 de esta misma revista, edición Aragón.

Heridas abdominales: la retirada de grapas se realiza en torno a los 10-14 días tras la cirugía. Es importante realizar cura plana de la herida con Clorhexidina o Povidona iodada hasta la retirada de las grapas. En la mayoría de los casos los pacientes pueden realizarse las curas ellos mismos en domicilio.

Alta laboral: el momento del alta laboral es el más difícil de preveer ya que depende de la convalecencia del paciente y del tipo de trabajo que desempeñe. Como normal general pasadas cuatro-cinco semanas desde la cirugía muchos pacientes están en disposición de trabajar, aunque siempre hay que individualizar.

¿Cuándo debe acudir a Urgencias?

- Fiebre >38ºC, mal estar general quebrantamiento del estado general
- Apertura de las heridas o emisión de sangrado o secreciones malolientes a través de ellas
- Caída de la sonda. Aunque usted se encuentre bien si se le cae la sonda deberá acudir a Urgencias. Allí evaluaremos su caso por si es necesario colocar una nueva.

El vapeo:
un nuevo peligro para nuestros jóvenes

Laura Moreno Galarraga, Leyre López Fernández y Natividad Viguria Sánchez.
Equipo de Neumología Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Navarra

Vapear se refiere a "la acción de inhalar vapor de un cigarrillo electrónico o dispositivo similar". Inicialmente surgió como una estrategia para ayudar a dejar de fumar, sin embargo, en pocos años ha conseguido todo lo contrario.

Hace unos años, muchos de nosotros desconocíamos qué significaba esta palabra y sin embargo en el 2014 "vapear" fue elegida como "palabra del año" por el Oxford English Dictionary, un mérito que comparte con palabras como "selfie" (palabra del año en 2013) o "Covid-19" (en 2020). El vapeo se ha convertido en un problema de salud pública y como pediatras dedicados a la neumología infantil, nos preocupa.

Casi habíamos conseguido "ganarle la batalla" al tabaco, (el número de nuevos fumadores estaba cayendo rápidamente y los pediatras atendíamos felices a una generación que fumaba menos que sus padres) cuando apareció el vapeo. El uso del cigarrillo electrónico se extendió entre fumadores y no fumadores y no solo para fumar tabaco sino también drogas derivadas de cannabinoides y otros químicos, atrayendo cada vez a una población más joven. Inicialmente surgió como una "alternativa más saludable" al cigarrillo tradicional, pero con los años se ha visto que esto es incorrecto y que produce no solamente los ya conocidos efectos secundarios de la nicotina o los derivados cannabinoides (marihuana), sino nuevos y graves efectos secundarios derivados de la inhalación de aceites y productos químicos utilizados en los líquidos para vapear (o "jugos").

La gravedad de las lesiones depende del producto que se use para vapear

Muchos jóvenes piensan que se vapea "un vapor de agua" y que por tanto "no puede ser malo", pero esto no es así. La gravedad de las lesiones depende del producto que se use para vapear (que no suele ser agua). Hay muchos productos que incorporan dosis altas de nicotina, creando altos niveles de adicción y otros (especialmente los "jugos" procedentes de ventas o establecimientos no oficiales por internet, donde compran muchos de nuestros adolescentes) llevan productos químicos que no han sido suficientemente estudiados. En ocasiones estos productos están aprobados y comercializados como componentes alimentarios (se evalúa su seguridad al comerlos) pero, no se ha evaluado su toxicidad en caso de ser inhalados, y por tanto los efectos en la vía aérea son desconocidos.

Sustancias químicas, aparentemente conocidas e inofensivas, como el acetato de vitamina E que se utiliza en algunos líquidos para vapear, en especial en los que contienen THC (marihuana) puede usarse de manera segura como suplementos vitamínicos (cuando se ingiere o se administra en la piel), pero produce graves efectos secundarios y lesiones pulmonares cuando se inhala. Además, se ha demostrado, que la combustión de determinados compuestos orgánicos conocidos a las temperaturas que alcanzadas los cigarrillos electrónicos da lugar a su descomposición

en nuevos productos químicos que tampoco han sido adecuadamente evaluados. Es evidente que el efecto nocivo de estos productos químicos, en los adolescentes, cuando su pulmón está todavía en fase de crecimiento y maduración debe de ser especialmente estudiado y vigilado.

La inhalación de estos productos del vapeo produce inflamación en las vías respiratorias, altera el sistema inmune y se relaciona con múltiples enfermedades respiratorias y no respiratorias. Existen publicaciones científicas que relacionan el vapeo con bronquitis, sibilancias, bronquiectasias, un peor control del asma y del EPOC y con una mayor predisposición a infecciones. Incluso existe una nueva enfermedad, llamada EVALI (Enfermedad pulmonar asociada a Vapeo) que asocia síntomas digestivos y respiratorios, que progresa rápidamente a insuficiencia respiratoria aguda grave y en ocasiones a la muerte del paciente. Recientemente, múltiples organizaciones sanitarias y asociaciones como la OMS, la Asociación Americana del Corazón o la propia Asociación Española de Pediatría han publicado comunicaciones alertando sobre las graves consecuencias cardiopulmonares del vapeo y la necesidad urgente de tomar medidas.

La industria tabacalera ha cambiado de producto

En un mercado donde el tabaco tradicional estaba cayendo, algunas tabacaleras han conseguido "resurgir" sacando al mercado un nuevo producto. Hemos pasado del cigarrillo tradicional al vapeador o cigarrillo electrónico. Una alternativa que no huele, que no deja mal sabor en la boca, más "ecológica y verde", pero que no nos engañemos, no es en absoluto inocua. Utilizando un elaborado marketing y diseño, con divertidos colores y sabores (existen vapeadores con sabores como "chupachups", "sandía-tropical" o "algodón de azúcar") y con modernos y atractivos dispositivos han conseguido atraer a una población muy joven.

Como pediatras dedicadas a la neumología infantil, consideramos fundamental que los pediatras españoles nos preparemos para este nuevo problema que amenaza a nuestros jóvenes. Estamos a tiempo, ya que las cifras de vapeo en nuestro país no son tan altas como en Estados Unidos. Tenemos que formarnos y conocer bien este nuevo peligro para poder informar a nuestros pacientes correctamente y ayudarles a tomar decisiones inteligentes y basadas en el conocimiento. Necesitamos también contar con la ayuda de gobiernos e instituciones sanitarias, para endurecer la legislación y el control de estos productos y con el apoyo de padres y educadores. Las recomendaciones y consejos antitabaco deben ahora incluir siempre recomendaciones específicas anti-vapeo y se debe preguntar directamente a los adolescentes por su consumo y estar muy alertas, ya que son sistemas mucho más difíciles de detectar, por el escaso olor que desprenden. Hay que estudiar mejor sus efectos a corto y largo plazo, y en especial los efectos secundarios que pueden aparecer cuando el pulmón está todavía en fase de crecimiento y maduración.

Hay que informar sobre los riesgos reales de estos dispositivos y sus consecuencias para que nuestros adolescentes puedan estar bien preparados y elegir sabiamente.

Plan estratégico para la prevención de muerte súbita en el deportista de alto nivel y federado en Navarra

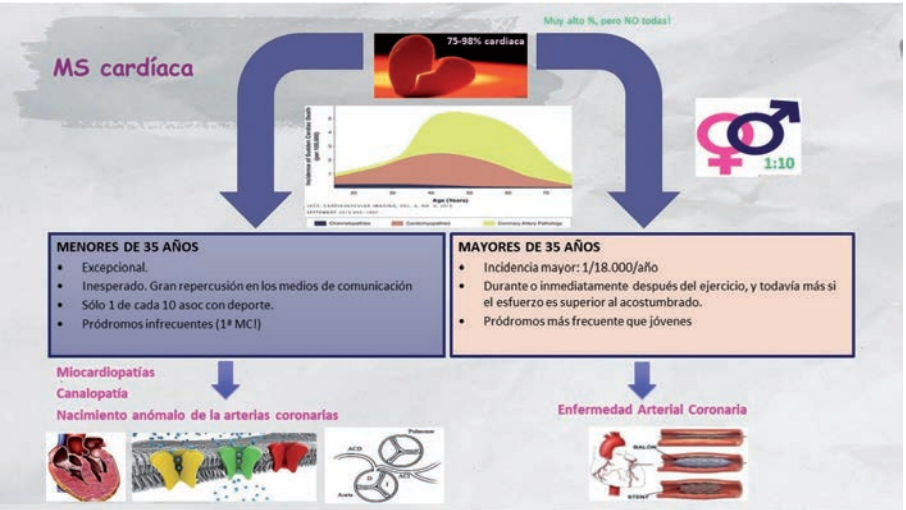
Uxua Idiazabal Ayesa. *Médico Adjunto de Cardiología. Hospital García Orcoyen. Estella. Cardiología Deportiva. Centro de Estudios, Investigación y Medicina del Deporte (CEIMD).*
Diego Reyero Díez. *Médico UVI-Móvil de la Subdirección de Urgencias de Navarra. Director del Centro de Estudios, Investigación y Medicina del Deporte (CEIMD)*

El Deporte es salud, y debemos fomentarlo en la Sociedad. Es incuestionable que la realización de ejercicio físico de forma regular es un hábito saludable que ayuda a controlar los factores de riesgo cardiovascular (sedentarismo, obesidad, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes ....) y que de este modo permite reducir el riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares y disminuir la mortalidad.

Sin embargo, la práctica deportiva, por desgracia, no es inocua, y durante la realización de ejercicio podemos presentar eventos cardiovasculares graves, como la temida muerte súbita del deportista.

¿Y por qué se produce la Muerte súbita del deportista?

La muerte súbita en el deporte es un acontecimiento fatal que se produce de manera repentina e inesperada durante la práctica deportiva, por causa natural, en una persona con aparente buen estado de salud. Por suerte, su incidencia no es alta, pero tiene gran repercusión en sus familiares y en la sociedad, siendo titular habitualmente en los medios de comunicación, debido a que en muchas ocasiones ocurre en deportistas bien entrenados y con un excelente rendimiento deportivo, pero que desgraciadamente desconocían que eran portadores de enfermedades cardiovasculares potencialmente letales.



Las causas de muerte súbita, como podemos ver en el diagrama, son dependientes de la edad. En menores de 35-40 años suele ser debido a problemas en el corazón con los que se nace o que se heredan. Sin embargo, en los mayores de 35-40 años, la causa más frecuente es la cardiopatía isquémica, la obstrucción de una arteria del corazón que provoca un infarto.

¿Cómo podemos prevenir eventos graves y potencialmente mortales durante el ejercicio?

Es labor de todos nosotros, sanitarios, deportistas, clubs deportivos, políticos y sociedad en general ...., intentar evitar estos trágicos eventos. Para ello tenemos a nuestro alcance diferentes medidas que han demostrado ser eficaces en este sentido.

1. Realización de reconocimientos médicos pre-participación deportiva. Prevención Primaria.

Se trata de realizar un screening en los deportistas, orientado a detectar lo más precozmente posible, las cardiopatías que predisponen a complicaciones cardiovasculares en el deporte. Con esta iniciativa es posible detectar algunas de las cardiopatías que pueden provocar eventos fatales. En vistas a que las causas de muerte súbita son múltiples y dependientes de la edad, el estudio debe ir dirigido a cada deportista de forma individualizada. Por lo tanto, es muy importante, quién y cómo realice este tipo de acto médico.

2. Formar a la sociedad en reanimación cardiopulmonar básica (RCP). Prevención Secundaria.

Es imprescindible que cada vez sean más las personas que estén formadas en RCP básica para saber actuar ante estos terribles acontecimientos, así como la creación de espacios cardioprotegidos con la presencia de desfibriladores semiautomáticos en lugares estratégicos de cada ciudad y personas que sepan dar respuesta y activar la Cadena de Supervivencia. Los 3 primeros eslabones de esa cadena son LLAMAR al 112, REANIMAR de forma precoz y DESFIBRILAR.

3. Educar e informar en Salud a la Sociedad.

En caso de que un individuo perciba síntomas de alarma (por ejemplo: dolor torácico, palpitaciones, pérdida de conocimiento con el esfuerzo), que son aquellas sensaciones que percibe el deportista y que le advierten de que pueda tener alguna cardiopatía, o de que algo no va bien en ese momento, debe consultar con un médico.

Navarra dispuesta a reducir la muerte súbita de sus deportistas.

En enero de 2022 desde el Instituto Navarro del Deporte, a través del Centro de Estudios, Investigación y Medicina del Deporte (CEIMD) hemos ampliado nuestra dedicación en este campo, mejorando algunos aspectos en los reconocimientos médicos deportivos que se realizan, a cargo de una cardióloga con amplia experiencia en Cardiología Deportiva y adquiriendo un nuevo aparato de ecocardiografía. El programa puesto en marcha se denomina Programa de Prevención de la muerte Súbita del Deportista y en él colaboran las diferentes federaciones realizando una labor de coordinación entre el CEIMD y los deportistas.

Tenemos previsto aumentar el número de participantes, y no solo realizarlos a deportistas de alto nivel y alto rendimiento, sino también a jóvenes federados, para llegar de este modo a más población Navarra, e ir consiguiendo que los deportistas se conciencien de la importancia de realizar al menos un reconocimiento médico en su carrera deportiva. En lo que llevamos de programa, ya hemos detectado varias cardiopatías, demostrando de esta forma la utilidad de esta iniciativa: de 108 reconocimientos realizados, 9 deportistas (8,33%) presentan alteraciones que requieren seguimiento o tratamiento, y solo 2 de ellos estaban diagnosticados previamente, los otros 7 no eran conocedores previamente de padecer dicha cardiopatía.

Otra ventaja, es que a los casos con sospecha o diagnóstico de cardiopatía se les ofrecerá seguimiento clínico y tratamiento si precisan. Además todo ello estará integrado en la historia clínica del Servicio Navarro de Salud, facilitando el manejo de estos pacientes y permitiendo que no se pierda nada de la información que en estos casos, es muy relevante. La colaboración y comunicación con la dirección del área de cardiología del Hospital Universitario de Navarra ha sido fundamental para poner en marcha este programa.

Por supuesto, tendremos disposición absoluta para que otros compañeros (pediatras, médicos de atención primaria, rehabilitadores, etc ....), en caso de que sospechen cardiopatía en un deportista (porque refiera síntomas, presente un soplo no estudiado, su ECG tenga alguna alteración, tenga antecedentes familiares sugestivos de una cardiopatía hereditaria...), puedan consultarnos o derivarnos pacientes para ser estudiados en el CEIMD.

Al mismo tiempo, se está haciendo un gran trabajo para formar en RCP básica a un porcentaje elevado de la población Navarra (programa escolar, programa policial y de primeros intervinientes y programa ciudadano) y cada vez son más los desfibriladores disponibles en la provincia, que ayudan a salvar vidas. El objetivo, llegar al mínimo de 15% de población formada que, según la Organización Mundial de la Salud, marca una línea clara de mejora de la supervivencia de la muerte súbita cardiaca.

Nuestro interés con este artículo, es difundir el trabajo que estamos realizando en el CEIMD, para prevenir la muerte súbita en el deportista de alto nivel y federado de Navarra y hacer un llamamiento a los deportistas para que, al menos, realicen un reconocimiento médico en su etapa deportiva. Esperemos que esto sea beneficioso para todos.

Médicos y Profesional Sanitario

Zona Hospitalaria necesita de tu colaboración, -altruista y desinteresada-, para que escribas artículos desde el punto de vista de la Medicina Preventiva y nos ayudes a mejorar nuestra calidad de vida.

Nº caracteres: www.zonahospitalaria.com/colaboraciones

Enviar artículos a: redaccion@zonahospitalaria.com

¿Qué es y por qué me van a hacer un test de marcha de 6 minutos?

Tina Herrero Jordán. *FEA Neumología Hospital Reina Sofía. Tudela.*
Susana Clemos Matamoros, Adriana Ger Buil y María Jesús Igúzquiza Pellejero.
FEA Medicina Interna Hospital Reina Sofía. Tudela

El test de marcha de 6 minutos (TM6M) es una sencilla prueba que se realiza de forma habitual en las unidades de Neumología y que consiste en: medir la distancia máxima que el paciente es capaz de recorrer, caminando en llano, en un pasillo de 30 metros, sin obstáculos.

Las principales indicaciones del TM6M incluyen:

- La evaluación de la gravedad y pronóstico de una enfermedad cardiorrespiratoria.
- La medición de la capacidad de ejercicio de un paciente.
- La evaluación de la respuesta al tratamiento en enfermedades respiratorias mediante la comparación de la capacidad de esfuerzo pre- y postratamiento.
- Valoración de la capacidad de esfuerzo del paciente.
- Evaluación de los niveles de saturación de oxígeno con el esfuerzo.
- Completar estudios de disnea de causa desconocida cuando otras pruebas de función respiratoria son anodinas

El TM6M es una exploración fácil de organizar y llevar a cabo, tanto a nivel de requisitos técnicos y físicos para el centro sanitario, como para el propio paciente: procedimiento de alta rentabilidad, con muy escasos riesgos y efectos secundarios. Además, a diferencia de otras pruebas de medición de la función respiratoria, es muy sencillo de entender para el paciente que lo va a realizar, incluso en casos con comprensión escasa del Español.

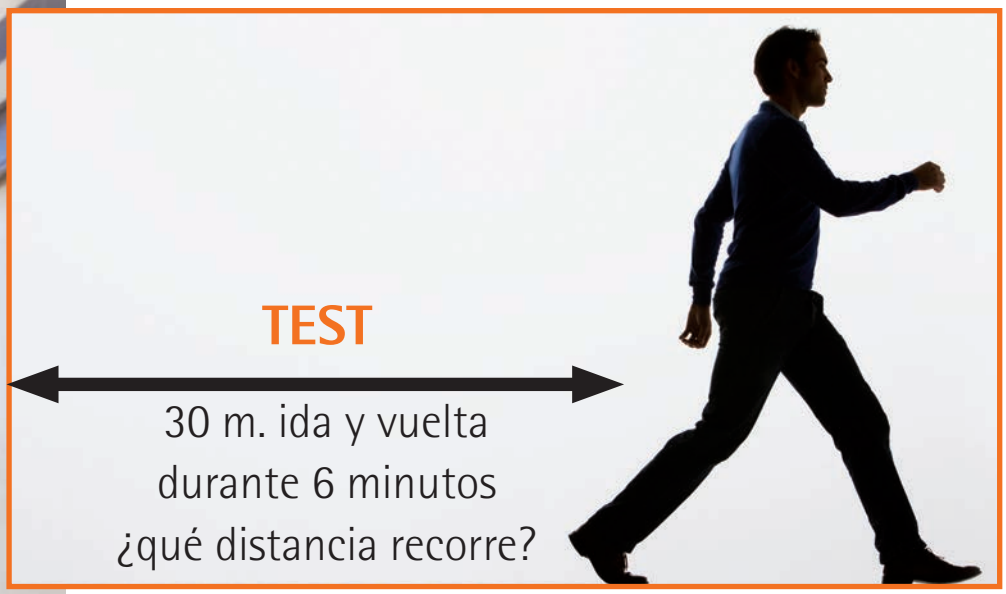
Las enfermedades más habituales en las cuales se suele indicar la realización de esta prueba son: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hipertensión pulmonar (HP), enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), fibrosis quística, bronquiectasias y asma. Otras indicaciones menos habituales incluyen: valoración de la indicación, y titulación del flujo, de la oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD), la insuficiencia cardiaca (IC) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Mediante tablas y ecuaciones estandarizadas, se lleva a cabo la extrapolación, e interpretación, de los resultados para cada tipo de patología y paciente (valores teóricos de cada paciente son dependientes de: edad, altura, peso y sexo).

Más allá de la medición de la distancia recorrida por el paciente durante los 6 minutos, también se controlan otros dos parámetros, mediante un pulsioxímetro portátil: la saturación de oxígeno (SpO2) y la frecuencia cardiaca (FC). El objetivo de medir la SpO2 es, por una parte, controlar si el paciente presenta cifras inferiores al 90% y, en caso de que así sea, qué porcentaje de tiempo del total de la prueba permanece con una SpO2 inferior al 90% (Ct90; y, por otra parte, la SpO2 se emplea como marcador de gravedad y pronóstico en casi todas las enfermedades respiratorias, pero especialmente, en la EPOC.

¿Cómo me preparo para hacer el test de marcha de 6 minutos?

La preparación es muy sencilla y requiere, únicamente, tener en cuenta algunas indicaciones:

- Acudir a la realización de la prueba con ropa y, sobre todo, calzado cómodo, preferiblemente calzado deportivo (evitar zapatos de tacón).
- En caso de utilizar habitualmente ayuda para caminar (muleta, bastón, andador...) el paciente deberá acudir con dicho elemento, ya que se empleará para realizar el TM6M.
- El día de la prueba el paciente tomará toda su mediación al igual que cualquier otro día.
- Evitar realizar una comida muy copiosa justo antes de acudir a realizar el TM6M.



- Evitar hacer ejercicio intenso las horas anteriores a la realización del test.
- En caso de llevar pintadas las uñas, retirar el esmalte de, mínimo, una de las uñas para que así no existan problemas de captación de la SpO2 por el pulsioxímetro.

Funcionamiento del test de marcha de 6 minutos

Cuando el paciente acude a la realización del TM6M se le realiza una breve entrevista para corroborar que no existe ninguna contraindicación para su realización. Posteriormente se procede a explicar el funcionamiento de la prueba y el objetivo de la misma: caminar la mayor distancia posible en 6 minutos a lo largo de un pasillo, llano, de 30 metros (la distancia de 30 metros estará señalizada mediante dos conos, uno en cada extremo, que deben bordear por su zona posterior).

Antes de iniciar la prueba, el médico o enfermera que la lleve a cabo, procederá a un primer control de constantes vitales del paciente: tensión arterial, frecuencias cardiaca y respiratoria, SpO2 y medición del grado de disnea referido por el paciente. Tras este paso se procederá a realizar los 6 minutos de marcha.

Si durante la exploración el paciente se detiene, antes de que se le indique que los 6 minutos han llegado a su final, se procederá a anotar el momento de la parada, así como la duración de la misma y, si ocurre en más de una ocasión, el número de interrupciones del test.

Completados los 6 minutos de test de marcha, se tomarán de nuevo todas las constantes vitales medidas justo antes del inicio del TM6M, y se procederá a dejar descansar al paciente durante 10 minutos. Transcurrido ese tiempo se repetirá una segunda vez toda la prueba y, si no hay ninguna complicación inesperada, el paciente podrá marcharse tras completar este segundo TM6M.

De cara a realizar la interpretación del resultado el médico seleccionará el intento en el que el paciente haya recorrido mayor distancia en metros.

Cuando no me pueden hacer un test de marcha de 6 minutos

Pese a la sencillez y el bajo riesgo de la exploración existen ciertas situaciones en las cuales está completamente contraindicada su realización.

Las más importantes son:
- Haber padecido un infarto agudo de miocardio recientemente (< 7 días).
- Tener una angina de pecho inestable.
- Tener una arritmia cardiaca no controlada.
- Reciente diagnóstico de endocarditis, miocarditis o pericarditis aguda (< 30 días).
- Cualquier valvulopatía cardiaca grave o muy sintomática.
- Diagnóstico de tromboembolismo pulmonar reciente (<7 días) o no que no haya sido tratado.
- Agudización asmática no controlada.
- Padecer algún tipo de trastorno mental que impida cooperación durante la prueba.
- Estar en situación de edema agudo de pulmón.
- En caso de pacientes con SpO2 < 85%, sólo se llevará a cabo la exploración con aporte de oxígeno en concentrador portátil.

También puede ocurrir que, durante la realización del TM6M, este tenga que interrumpirse. Los principales motivos de que esto pueda ocurrir son:
- Aparición de dolor torácico.
- Que el paciente refiera de forma súbita falta de aire intensa y/o intolerable.
- Que el paciente presente una marcha titubeante o inestable.
- Que el paciente presente de repente palidez intensa o sensación de mareo.
- Que el paciente refiera aparición de calambres musculares.
- Desaturación importante (SpO2 < 80%).
- Solicitud del propio paciente de que se detenga la prueba.

medicina salud
zonahospitalaria
www.zonahospitalaria.com
SUSCRIPCIÓN GRATUITA
Para recibir el pdf de cada número de la revista, entre en la web
www.zonahospitalaria.com/suscripciones/
y envíenos su correo electrónico

Cuidados paliativos, cuándo, cómo y a quién

Susana Clemos Matamoros. *FEA Medicina Interna Hospital Reina Sofía.Tudela*
Tina Herrero Jordán. *FEA Neumología Hospital Reina Sofía. Tudela.*
María Jesús Igúzquiza Pellejero y Adriana Ger Buil. *FEA Medicina Interna Hospital Reina Sofía. Tudela.*

Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal.

Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual. Afrontar el sufrimiento supone ocuparse de problemas que no se limitan a los síntomas físicos.

Los programas de asistencia paliativa utilizan el trabajo en equipo para brindar apoyo a los pacientes y a quienes les proporcionan cuidados.

Los cuidados paliativos están reconocidos expresamente en el contexto del derecho humano a la salud. Deben proporcionarse a través de servicios de salud integrados y centrados en la persona que presten especial atención a las necesidades y preferencias del individuo.

¿A qué pacientes se les puede ofrecer cuidados paliativos?

Una amplia gama de enfermedades requieren cuidados paliativos. Aunque el ámbito donde mas se conoce su uso es en el paciente oncológico, los Cuidados Paliativos pueden y deben emplearse en la mayoría de los adultos que los necesitan padecen enfermedades crónicas tales como:

- Enfermedades Cardiovasculares (38,5%).
- Cáncer (34 %).
- Enfermedades respiratorias crónicas (10,3%).
- Enfermedades infecciosas crónicas como el VIH (5,7%).

Muchas otras afecciones pueden requerir asistencia paliativa; por ejemplo, insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, demencia ó anomalías congénitas.

¿Por qué se atiende también a la familia?

Ayudar a la familia a sobrellevar esta situación repercute positivamente en la calidad de vida de las y los pacientes.

La familia, en esta situación, es un pilar básico en los cuidados. Aumenta su carga de trabajo, sufre junto a su ser querido y tiene miedo a la pérdida. Esto tiene implicaciones a nivel emocional y repercusiones en su salud, tanto a lo largo de la enfermedad como en el duelo. Por eso, es necesario y fundamental cuidar también a la familia.

¿Qué información deben recibir los pacientes?

Toda la que precise, desee y demande. De igual modo, tiene derecho a no recibir información si así lo desea y es su decisión. Este derecho está regulado en la Ley Básica de Autonomía del Paciente.

Ocultar o falsear la información es perjudicial, aunque se haga con buena intención. Para evitar esta situación, en la que se encubre información, es muy importante una buena comunicación, desde el inicio, entre profesionales, pacientes y familias.

¿A qué se llama limitación del esfuerzo terapéutico?

Es la retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra medida que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación carente de expectativas razonables de mejoría.

Antes de tomar una decisión en este sentido, el equipo sanitario realiza un análisis de los datos clínicos y valora los riesgos y beneficios. Lo hace en función de la indicación que tiene esta medida y del pronóstico de vida.

Otro elemento que tendrá que introducir el personal sanitario en su decisión, es la propia opinión de la persona afectada, cuando pueda expresarla, o a través de su Voluntad Vital Anticipada, cuando no pueda expresarla y la haya realizado.

Si no la ha realizado, se tendrá en cuenta la opinión de la familia o de su representante.

Es un documento donde se recogen la voluntad, los valores, los deseos y las instrucciones sobre las actuaciones sanitarias que se quieren recibir o no en el futuro, en el supuesto de que llegado el momento la persona carezca de capacidad para decidir por sí misma.

También permite nombrar una persona como representante para que, cuando sea necesario, vele por el cumplimiento de las instrucciones que la persona ha dejado establecidas.

Esta declaración se inscribe en un registro que el personal sanitario tiene que consultar cuando la situación así lo requiera. La declaración puede modificarse o anularse en cualquier momento, por el mismo procedimiento por el que se hizo la primera vez.

¿Cuáles son los síntomas más frecuentes?

Quienes padecen una enfermedad terminal pueden presentar diferentes síntomas dependiendo de la enfermedad y la fase en la que se encuentren.

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes y temidos. También es uno de los síntomas más controlables, gracias al gran desarrollo de los tratamientos y técnicas analgésicas.

Hay, además, otros síntomas que son frecuentes y también se pueden aliviar con tratamiento, como son el insomnio, náuseas, vómitos, estreñimiento, falta de apetito, confusión, debilidad, asfixia, depresión o ansiedad

¿Qué es la sedación paliativa?

Es la administración de medicamentos, en las dosis adecuadas, para reducir la conciencia, tanto como sea preciso, de una persona en situación terminal, con el fin de aliviar uno o más síntomas refractarios.

La sedación paliativa puede ser utilizada sólo durante un intervalo de tiempo, hasta que se controle el síntoma, o mantenerse hasta el final de la vida, si es necesaria. También puede ser más o menos profunda, dependiendo del alivio del síntoma y de la voluntad de la persona afectada.

¿Qué se requiere para iniciar una sedación paliativa?

El diagnóstico de uno o más síntomas refractarios, y el consentimiento explícito para la misma.

Como para cualquier otro procedimiento, la sedación paliativa requiere que la persona, después de recibir una adecuada información, dé su consentimiento explicito. No tiene que ser por escrito, aunque sí quedará registrado en la Historia Clínica.

En el caso de que no sea capaz de decidir, en el momento que precise la sedación paliativa:

- El personal sanitario debe buscar si existe constancia de su voluntad en el Registro de Voluntades Anticipadas. En este caso, seguirán esta instrucción.
- En ausencia de instrucciones previas, el equipo médico debe obtener el consentimiento de la familia o representante legal, considerando los valores y los deseos previamente expresados.

Se estima que 40 millones de personas en el mundo necesitan cuidados paliativos cada año, debido al envejecimiento de la población y al aumento de enfermedades crónicas y no transmisibles.

Por lo tanto, existe una mayor necesidad de abordar las necesidades de cuidados paliativos mediante la sensibilización, la mejora de las regulaciones de salud, la capacitación de proveedores de atención médica y la integración de los cuidados paliativos en el sistema de salud.

Láser o microespuma. ¿Por qué elegir solo un método?

Antes y después del tratamiento

Dr. José Manuel Jiménez
Cirujano vascular
Clínica San Fermín de Pamplona
y Policlínica Navarra de Tudela
www.varicessincirugia.org

Las varices son consideradas a menudo un problema estético, pero constituyen un problema circulatorio real. Muchas veces son asintomáticas, pero pueden dar lugar a complicaciones como trombosis, hemorragias, etc.

El tratamiento de las varices debe ser personalizado, pero la mayor parte de los pacientes (más del 90 %), van a necesitar el tratamiento de algún eje safeno asociado a la eliminación de las colaterales varicosas.
El tratamiento tradicional de las varices no está exento de agresividad, puesto que habitualmente precisa anestesia general o raquídea, la realización de incisiones y ello conlleva varias semanas de recuperación. Por ello, debemos ofrecer en cada caso el tratamiento menos invasivo, pero que aporte la máxima efectividad.
El objetivo principal del tratamiento es tratar el eje causante de las varices, habitualmente un eje safeno, para mejorar el problema circulatorio; y, de forma secundaria, se deben tratar las varices propiamente dichas y de ese modo mejorar el aspecto estético.
Por ello, lo ideal es elegir el método más efectivo para tratar la safena mayor o menor; y el menos agresivo para tratar las varices, con una efectividad similar a la cirugía.
Las guías de la sociedad europea de cirugía vascular para el tratamiento de las enfermedades venosas, en su última edición (2022), recomiendan el láser endovenoso para el tratamiento de los ejes safenos. Y ello a través de una pequeña punción, con un período de recuperación muy escaso, y sólo con una sedación suave. Por otro lado, es habitual que, tras el tratamiento con láser del eje safeno insuficiente, las varices involucionen y muchas de ellas lleguen a desaparecer, sin requerir más tratamiento. Además, al ser un tratamiento tan poco agresivo permite tratar las dos piernas a la vez. El paciente se va andando a su domicilio a las pocas horas del tratamiento, pudiendo hacer una vida prácticamente normal.
En cuanto a las colaterales varicosas, se recomienda su tratamiento quirúrgico o mediante esclerosis con microespuma. La esclerosis con microespuma de las varices, a diferencia de la cirugía, tiene la ventaja de que no necesita anestesia, no hay que realizar ningún tipo de incisión quirúrgica, y permite realizar las actividades de la vida diaria de todo tipo (trabajo, deporte, etc.), sin interrupción.
Nuestro concepto es aprovechar las ventajas del láser por su máxima efectividad, y de la microespuma por su escasa agresividad. Con ello se consiguen los mejores resultados: se soluciona el problema circulatorio y se eliminan las varices, con un tratamiento muy poco agresivo y definitivo.
El Dr. Jiménez Arribas tiene experiencia en todos los métodos existentes para el tratamiento de las varices, con miles de casos tratados. Le ofrecemos una valoración honesta y realista de su caso, el tratamiento más moderno y efectivo para sus varices y un seguimiento cercano a lo largo de todo el procedimiento.

VSC
Varices Sin Cirugía

TRATAMIENTO NO INVASIVO DE VARICES

CLARIVEIN® –MICROESPUMA–LÁSER ENDOVENOSO
SELLADO CON CIANOACRILATO – RADIOFRECUENCIA

drjimenezarribas@gmail.com
http://varicessincirugia.org

TRATAMIENTOS PERSONALIZADOS
SIN INGRESO
SIN BAJA LABORAL

Dr. José Manuel Jiménez Arribas:
PAMPLONA. Clínica San Fermín. Avda. Galicia, 2
TUDELA. Policlínica Navarra. C/Juan Antonio Fernández, 3

CONSULTA MÉDICA
948 235 850
644 722 549