

zonahospitaleko gunea nafarroa



Siguenos en: https://www.facebook.com/Zonahospitalaria/



www.zonahospitalaria.com añoXVIII enerofebrero2024 nº105

SUMARIO

- 2 ¿Es posible eliminar las varices sin cirugía?
- **3** ¿Es posible prevenir el dolor lumbar?
- 4 Llega el invierno y con él la gripe
- 5 Cirugía de Mínima Incisión como solución de las metatarsalgias
- 6 Colocación de Holter cardíaco
- 7 Simulación digital en tratamientos de estética facial
- 8 La enfermedad de Parkinson
- 9 Donación de sangre y médula...
- 10 Anestesia general o sedación, ¿quién decide?
- 12 El poder del apoyo entre pacientes con diabetes en línea
- 13 Tratamiento de varices sin pasar por el quirófano...
- 14 Antibióticos, ¿los usamos de forma correcta?
- 16 Oxigenoterapia Hiperbárica: Avances y Aplicaciones Clínicas
- 17 Beneficios de los Implantes Dentales en Personas Mayores de 65 Años
- 18 Síndrome confusional agudo
- 20 Las enfermeras de enlace...
- 22 Tengo piedras en la vesícula, ¿debo de preocuparme?
- 24 Intervención de las Funciones Ejecutivas en la Escuela
- **26** Protégete frente al Herpes Zóster
- 28 ArtroRM y artroTC. ¿Qué son las artrografías mediante RM y TC?
- 29 TAC craneal de urgencias
- 30 Manejando mi dolor femoropatelar
- 31 ¿Qué es en realidad tu grupo sanguíneo?
- **32** Tarifas de publicidad ZH navarra



Zona Hospitalaria/Ospitaleko gune 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, diseñnua eta produkzioa Publicidad/Publizitatea 618 463 122 (mercheferrer@publisic.com).D.L./L.G. NA2471/2006 ISSN 2253-9026. Distribución 8.000 ejemplares.

zonahospitalaria = enerofebrero 2024 = n°105

¿Es posible eliminar las varices sin cirugía?





ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO



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

La respuesta claramente es SI. De hecho no sólo es posible, sino que se consiguen los mismos resultados, pero de un modo mucho menos agresivo y, por lo tanto, más cómodo para el paciente.

Es esencial una consulta con un especialista en Angiología y Cirugía Vascular con experiencia en el tratamiento de varices mediante procedimientos no invasivos para que le pueda aconsejar. De ese modo cada paciente recibe el mejor tratamiento para su caso concreto.

El objetivo principal del tratamiento es tratar la causa de las varices, que suele ser la insuficiencia de la vena safena, y de ese modo solucionar el problema circulatorio; y, de forma secundaria, se deben tratar las varices propiamente dichas para mejorar el aspecto estético.

La insuficiencia de la vena safena se puede solucionar mediante un procedimiento termoablativo (láser), con un tratamiento químico (microespuma o sellado con cianoacrilato), o mediante una técnica mecánico/química (catéter Clarivein). Se trata de procedimientos que se realizan con anestesia local o, a lo sumo, con una sedación suave, y no precisan la realización de incisiones, ni requieren un período de recuperación prolongado. Se pueden reanudar las actividades habituales de la vida diaria de forma prácticamente inmediata.

En cuanto a las colaterales varicosas, la opción menos invasiva para tratarlas es la esclerosis con microespuma. No necesita anestesia, no hay que realizar ningún tipo de incisión quirúrgica, y permite realizar durante

el tratamiento las actividades de la vida diaria (trabajo, deporte, etc.), sin interrupción, dado que son procedimientos ambulatorios.

El tratamiento mínimamente invasivo de la safena y de las colaterales que dependen de ella consigue los mejores resultados, pero sin los inconvenientes de la cirugía tradicional: anestesia general o raquídea, incisiones quirúrgicas, semanas de recuperación....

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.



zonahospitalaria ■ enerofebrero2024 ■ n°105

¿Es posible prevenir el dolor lumbar?



Pedro María Azcárate

Doctor en Medicina por la Universidad de Navarra Especialista en Cardiología. Nº Colegiado: 26/31-06741 C/M, 1. Pol. Ind. Talluntxe II. | 31191 Cordovilla

Cardiología 686 553 940 | TDN Clínica 948 108 982 - 610 965 710

www.doctorazcarate.com



El dolor de espalda (dolor lumbar) es uno de los problemas de salud con mayor incidencia en la población mundial. La prevalencia mundial del dolor lumbar se sitúa en torno al 12% y se prevé que irá en aumento debido al envejecimiento de la población.

La clave de esta elevada tasa de recurrencia parece ser haber sufrido un episodio anterior: la mitad de los pacientes vuelven a sufrir un nuevo episodio de dolor lumbar un año después de haberse recuperado de un episodio anterior. Por lo tanto, el papel de la prevención, entendiendo la prevención como la disminución de episodios agudos durante un año o la reducción del nivel de incapacidad funcional de dichos episodios, se ha convertido en un aspecto fundamental para el manejo del dolor lumbar.

En contraste con el gran número de estudios que evalúan tratamientos para el dolor lumbar, la evidencia respecto a la prevención primaria (acciones sanitarias encaminadas a evitar el inicio o aparición de una dolencia) es inadecuada.

La mayoría de las intervenciones para prevenir el dolor lumbar (como, por ejemplo: educación en el lugar de trabajo, mobiliario ergonómico, colchones, cinturones para la espalda,) carecen de una base empírica sólida. Además, el dolor lumbar comprende diferentes aspectos, como son el factor mecánico (manejo de cargas pesadas, sedestación prolongada, personal (edad, IMC, condición física), factores fisiológicos



(procesos inflamatorios), factores psicológicos (estrés, ansiedad, depresión) y factores socioculturales (nivel educacional, estatus social), por lo que una intervención dirigida a únicamente a uno de estos factores no resultaría satisfactoria.

Las últimas directrices entorno a este problema de salud fomentan los tratamientos activos que abordan factores psicosociales y se centran en la mejora de la función. Así pues, la práctica de ejercicio físico junto con la educación ha demostrado actualmente ser la herramienta más eficaz en reducir el riesgo de sufrir un nuevo episodio de dolor lumbar a corto plazo.

CLÍNICA TDN SADENA DR. AZCÁRATE

C/M, 1. Pol. Ind. Talluntxe II. 31191 Cordovilla T 948 108 992 - 610 965 710 www.tdnclinica.es www.sadena.es www.doctorazcarate.com

SERVICIO CARDIOLOGÍA:

Cardiología General Prevención Cardiovascular Cardiología deportiva Valvulopatías Insuficiencia cardiaca Cardiopatía isquémica

Cardiología pediátrica Rehabilitación cardíaca

SERVICIO MEDICINA DEPORTIVA Y SALUD:

Pruebas de esfuerzo Reconocimiento médico aptitud deportiva Ejercicio Físico para personas con problemas de salud y enfermedades crónicas Hipertensión Obesidad y diabetes

SERVICIO FISIOTERAPIA:

Rehabilitación lesiones musculoesqueléticas Prevención de lesiones Asesoramiento manejo lesiones y prevención en equipos.



Llega el invierno y con él la gripe

Alba Azcona Osés y Raquel Aramendía Erviti. Enfermeras Hospital García Orcoyen. Estella

La gripe es una enfermedad vírica infecciosa de fácil transmisión la cual origina principalmente síntomas respiratorios, aunque se estima que más de la mitad de las infecciones por gripe cursan de forma asintomática.

El virus de la gripe se transmite de forma aérea por medio de las gotitas expulsadas al toser y estornudar, bien de persona a persona o al tocar objetos contaminados y posteriormente tocarse las mucosas de la boca, nariz u ojos. El periodo de contagio se da entre los tres primeros días a partir del inicio de la sintomatología y hasta siete días después.

Sintomatología

- Fiebre elevada
- Cefalea
- Dolor muscular y/o articular
- Malestar general
- Tos
- Dolor de garganta.
- Aumento de mucosidad

Tratamiento para la gripe

No existe un tratamiento específico para la gripe, simplemente se emplearán aquellos fármacos que alivien la sintomatología, como antipiréticos para la fiebre o analgésicos para el dolor.

No está indicado el uso de antibióticos ya que la gripe se trata de una enfermedad vírica por lo que solo se administrarían en casos de complicaciones de origen bacteriano.

¿Cuándo debo consultar con un profesional sanitario?

- En caso de personas vulnerables, con patología o riesgos asociados.
- Si la fiebre persiste durante 4 días, si es superior a 39°C o en caso de que reaparezca después de 24 horas afebril.
- En circunstancias de dificultad respiratoria
- Si se dan vómitos, dolor de oídos o sarpullido por el cuerpo.

¿Qué medidas puedo tomar para evitar el contagio?

- Higiene de manos con agua y jabón o solución hidroalcohólica
- Evitar compartir objetos personales como botellas o cubiertos.
- Tapar boca y nariz al estornudar y toser, preferiblemente con la zona anterior del codo para evitar propagar el virus con las manos al tocar diferentes superficies u objetos.
- Usar pañuelos desechables y tirarlos a la

basura después de usarlos.

- En caso de sintomatología o estar en contacto con alguien contagiado, uso de mascarillas quirúrgicas.
- Evitar zonas cerradas con gran aglomeración de personas, principalmente en el caso de aquellos más vulnerables o con factores de riesgo.
- Llevar una vida lo más saludable posible en la que se incluya actividad física, alimentación saludable y una buena hidratación. Esto ayudará en caso de contagio a afrontar la enfermedad de forma más leve.
- Ventilación de espacios cerrados.
- Vacunación antigripal en todas aquellas personas de riesgo o que estén incluidas dentro del calendario vacunal.

¿Por qué es necesario la vacunación anual?

El virus que origina la gripe es cambiante ya que tiene una elevada capacidad de producir variaciones, por lo que no siempre se trata del mismo virus. Estas variaciones hacen que aparezcan nuevas cepas, frente a las que no se tiene protección, es por ello que la vacuna debe actualizarse anualmente en función del tipo o tipos de virus predominantes durante el último año.

∽ zonahospitalaria = enerofebrero2024 = n°105

Cirugía de Mínima Incisión como solución de las metatarsalgias



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

Clínica Podológica Ayesa está especializada en cirugía de mínima incisión del pie

La Metatarsalgia es un conjunto de signos y síntomas que provocan un cuadro doloroso bajo la planta de los pies, afectando directamente a los radios centrales.

La patología cursa con dolor o inflamación en la planta de los pies, cerca del inicio de los dedos que se acentúa al caminar, al correr o al utilizar algunos tipos de zapatos. Esta patología normalmente está relacionada con las durezas bajo la planta de los pies, afectando directamente en la zona dolorosa.

La causa habitual de la metatarsalgia es una mala mecánica en la fase de despegue al caminar, al elevarnos sobre los dedos, muy común en los deportistas. Al elevarnos sobre los dedos, se produce una excesiva presión sobre la cabeza de los metatarsianos que produce dolor e inflamación con cada paso, siendo la zona de mayor frecuencia el segundo, tercer y cuarto dedo. El uso de un calzado inadecuado puede provocar metatarsalgia.



Ejemplos de un calzado inadecuado son un calzado con excesivo tacón, poca suela o con la punta demasiado estrecha. Las deformaciones como los juanetes, fracturas, artritis, neuroma de Morton o la propia morfología del pie, son también causas muy comunes de la metatarsalgia. Otros factores que hay que tener en cuenta es el sobrepeso y el envejecimiento, pues con los años perdemos la grasa plantar.

Tratamientos conservadores

- 1. Cambio de calzado con el objetivo de normalizar la posición del antepié.
- 2. Plantillas personalizadas realizadas en nuestro centro, con el objetivo de favorecer el reparto de cargas y evitar el agravamiento de la enfermedad.
- 3. Tratamiento farmacológico: Antiinflamatorios no esteroideos, infiltraciones ecoquiadas, etc... Cuando el tratamiento conservador no es suficiente, el definitivo es el TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. En Clínica Podológica Ayesa realizamos cirugía de mínima incisión. Son una serie de técnicas quirúrgicas avanzadas que

nos permiten operar el pie mediante pequeñas incisiones inferiores a 3 mm con anestesia local y de forma ambulatoria, permitiendo al paciente volver caminando a su domicilio. La cirugía de metatarsalgia está orientada a modificar la longitud y la posición de las cabezas metatarsianas para restablecer el equilibrio estructural y el óptimo funcionamiento biomecánico.

El caminar en los días después de la cirugía no es sólo un hecho permitido, sino que insistimos mucho en apoyar con un zapato post-quirúrgico ya que los resultados son mucho mejores. Al apoyar conseguimos que los metatarsianos que hemos tratado, consoliden o pequen en la posición óptima que pide nuestra forma de caminar, para evitar que se claven en la planta.

Desde la Clínica apostamos por un trato personal e individualizado a cada paciente, por lo que es necesario que reserve una consulta, para poder valorar su caso mediante una exploración biomecánica y con pruebas complementarias, para poder elegir el tratamiento más adecuado a su problema.



VENTAJAS de la cirugía mínimamente invasiva de juanetes



Plantillas



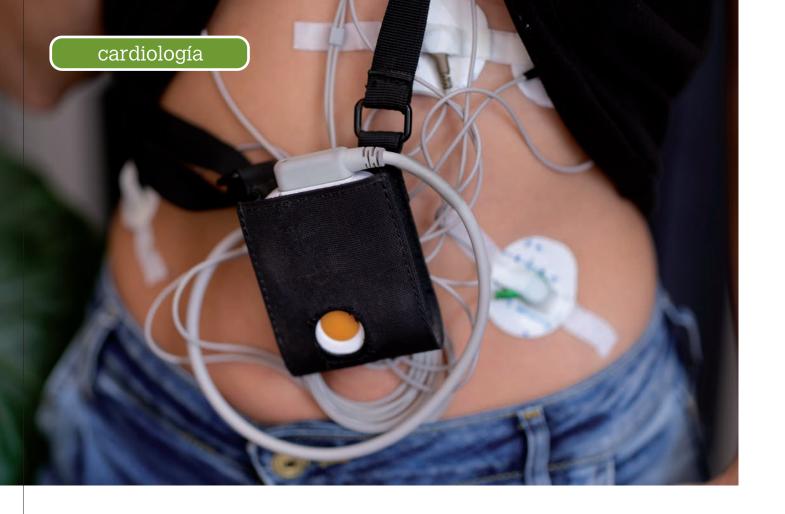
Reserva tu cita:

948 153 622

clinicaayesa@gmail.com Av. San Ignacio, 12. Pamplona







Colocación de Holter cardíaco

Adriana Martínez Sarría. Enfermera de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Tudela

Un monitor holter es un pequeño dispositivo portátil que el paciente llevará puesto habitualmente durante 24 horas y que monitorizará constantemente la actividad eléctrica de su corazón.

¿A qué pacientes se les coloca habitualmente un holter?

El uso de estos dispositivos está recomendado en pacientes que presentan o existe sospecha de que puedan estar teniendo eventos arrítmicos.

En función de los resultados de la prueba se podrá, en caso de que sea necesario, empezar tratamiento médico, ajustarlo en caso de que ya esté pautado e incluso ofrecer al paciente tratamientos no farmacológicos para la supresión o disminución de la frecuencia de estas arritmias.

¿En qué consiste el proceso de colocación de un holter?

El paciente deberá venir a la consulta de enfermería de cardiología el mismo día de la prueba sin ninguna restricción de vestimenta, alimenticia ni medicamentosa (a no ser que su médico le haya pedido en la consulta previa que realice algún cambio para la prueba).

Antes de comenzar con la colocación del holter es importante que el profesional de enfermería compruebe que, efectivamente, al paciente se le ha solicitado un holter cardíaco y que nos encontramos ante el paciente correcto.

Además debemos asegurarnos que tenemos a nuestra disposición el material necesario para su colocación: el holter, los cables, los electrodos, un bolso, gasas, suero fisiológico, rasuradora, malla y un sobre con un documento de registro de incidencias en su interior.

Una vez comprobado lo anterior, se le pedirá al paciente que se retire toda la ropa de cintura para arriba en un área de la consulta donde pueda preservarse su intimidad, posteriormente nos aseguraremos de que la zona del tórax se encuentra exenta de vello y en caso de no ser así, rasuraremos el área donde irán pegados los electrodos.

Posteriormente, limpiaremos la piel con unas gasas impregnadas de suero fisiológico (así retiraremos la suciedad más superficial y ayudaremos a mantener la piel seca y libre de sudor), el siguiente paso será la colocación de

los electrodos, que irán adheridos a la piel del paciente a los que posteriormente conectaremos los cables y el holter, que finalmente meteremos un bolso para que el paciente pueda llevarlo colgado cómodamente. Los siguientes pasos serán la comprobación en el ordenador de que el registro se ve adecuadamente y la colocación de una malla de sujección que cubra cada uno de los elementos anteriormente mencionados.

El último paso consiste en explicar al paciente que debe hacer una vida totalmente normal y que lo único que no podrá realizar durante las próximas horas será desconectar el holter ni ducharse o realizar otras actividades que implequen mojarlo. Además le indicaremos que deberá documentar en la hoja de incidencias cualquier evento que pueda notar durante estas horas junto con la actividad que estaba realizando en ese momento y la hora aproximada a la que se ha producido.

Finalmente, antes de que el paciente abandone la consulta le explicaremos como debe retirarse el holter y acordaremos con él una hora de entrega.

Simulación digital en tratamientos de estética facial



La simulación 3D y 4D recrea el resultado de la intervención de estética facial



Dr. Ángel Fernández BustilloEspecialista en Cirugía Maxilofacial e Implantología Nº Col. 6114-NA
www.clinicabustillo.com



La utilización de la tecnología para aportar agilidad y precisión a los tratamientos médicos es una práctica completamente consolidada en muchas especialidades. En cirugía oral y maxilofacial llevamos años sirviéndonos de herramientas digitales en las fases de diagnóstico y planificación quirúrgica y, más recientemente, las aplicamos también en las intervenciones.

Así conseguimos que los tratamientos sean más fiables, se pueda reducir el tiempo de intervención y, sobre todo, que los pacientes tengan experiencias más llevaderas. Por otro lado, y es un aspecto no menos importante, la tecnología ayuda a que el paciente compruebe de antemano cómo será el proceso y cuáles serán los resultados. Esto le da confianza a la hora de tomar una decisión.

La simulación previa cobra relevancia particular en los tratamientos de estética facial. Ya hemos comentado en otras ocasiones que cada vez acuden más personas a la clínica para solucionar no solo los problemas funcionales y de salud de dientes, tejidos y elementos craneofaciales, sino también para mejorar su aspecto.

Salud bucodental y estética facial

Gozar de una imagen saludable y atractiva, acorde con la propia edad, es un activo de gran valor para la autoestima y, asimismo, para la proyección social. Queremos estar bien y vernos mejor. Desde nuestro punto de vista profesional, parece una meta deseable siempre que se anteponga la salud bucodental que, además, desempeña un papel primordial en la estética del rostro.

En Clínica Bustillo & López hemos avanzado en ofrecer diversos tratamientos de estética facial, desde los más convencionales de cirugía plástica facial hasta las nuevas técnicas de rejuvenecimiento facial, mínimamente invasivas y muy eficaces a la hora de mitigar el envejecimiento prematuro, a menudo causado por la pérdida de dientes.

En un artículo reciente en Zona Hospitalaria exponíamos la incorporación de la plataforma de radiofrecuencia fraccionada Morpheus 8, que permite realizar una amplia variedad de tratamientos de estética facial en pocas sesiones ambulatorias y sin dejar huella estética. En la página https://clinicabustillo.com/estetica-facial/estetica-facial-con-morpheus-8/ pueden encontrar información sobre ella.

Predecir el resultado de las intervenciones

En relación con la estética, quizá una de las cuestiones que más preocupan a los pacientes es la del resultado. El cirujano ofrece siempre diversas alternativas terapéuticas y anticipa cuáles serán sus efectos. No obstante, resulta muy esclarecedor para las personas el poder simular cómo quedarán después de la intervención. En ese sentido, la tecnología digital vuelve a ser un aliado imprescindible.

Por ello, en nuestro centro hemos incorporado el software de simulación de tratamientos de estética Crisalix. De forma análoga a los sistemas de diagnóstico y planificación digital para las operaciones de implantes dentales y cirugía maxilofacial, Crisalix sirve para recrear en imágenes 3D y 4D el antes y después de las intervenciones de estética facial.

Gracias a esta herramienta, el paciente puede conocer de antemano y de forma muy realista los posibles resultados de las distintas alternativas de tratamiento que se le ofrecen. Por supuesto, es muy útil para el cirujano, porque le facilita el trabajo de diagnóstico y le da claves para la intervención. Pero, sobre todo, ofrece confianza y seguridad a la persona, que comprende mejor el alcance del tratamiento y puede visualizar su resultado antes de realizarlo. En su visita a la clínica le explicaremos con más detalle en qué consiste.



La enfermedad de Parkinson

Belén Remón Alfaro. Fisioterapeuta del Hospital Universitario de Navarra Itziar Andradas Eraso e Íñigo Esquíroz Lizaur. Fisioterapeutas. Clínica Ubarmin

El Parkinson es un trastorno neurodegenerativo que afecta al sistema nervioso central de manera crónica, cuya principal característica es la muerte progresiva de neuronas en la parte compacta de la sustancia negra (estructura situada en la zona media del cerebro), locus coeruleus y núcleo dorsal del vago.

La consecuencia más importante de esta pérdida neuronal, es la alteración del sistema extra piramidal por reducción de la transmisión dopaminérgica (marcada disminución de Dopamina, principal sustancia sintetizada por estas neuronas) entre neuronas de los ganglios basales, originándose una disfunción en la regulación de las principales estructuras cerebrales implicadas en el control del movimiento. El Parkinson es la segunda enfermedad neurodegenerativa más prevalente después del Alzhéimer.

Diagnóstico

Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y se realiza en base a la historia clínica y a la exploración neurológica de la persona, ya que no existe en la actualidad un marcador bioquímico. Se pueden realizar pruebas complementarias para descartar otros posibles trastornos neurodegenerativos.

Los síntomas principales en esta enfermedad suelen incluir:

- Temblor.
- Bradicinesia (ralentización del movimiento o reducción progresiva de su velocidad).
- Rigidez muscular.
- Alteraciones de los reflejos posturales (inestabilidad postural).

Tratamiento

A día de hoy no se dispone de un tratamiento curativo para ésta enfermedad.

El tratamiento rehabilitador es fundamental para el manejo global de la enfermedad de Parkinson.

Los objetivos generales se centran en:

- Conseguir una mayor autonomía e independencia de la persona, que le permita afrontar las dificultades en la vida diaria derivadas de su patología.
- Mejorar la calidad de vida de los movimientos, y el control postural.
- Reeducar la marcha y la estabilidad.
- Reducir la rigidez, los temblores y la fatiga.

Es importante recordar que la enfermedad de Parkinson evoluciona de manera diferente en cada persona, por lo que ha de ser adaptado a sus necesidades individuales.

Para ello desde la fisioterapia iniciaremos siempre nuestra intervención realizando una valoración neurológica que nos permita establecer el plan de tratamiento adecuado. Este se basa en:

- Tonificar la musculatura, principalmente la anti gravitatoria.
- · Reeducar la musculatura orofacial.
- Elongar la musculatura con tendencia a acortarse o acortada.
- Entrenar la disociación de cabeza y tronco.
- Disociar las cinturas escapular y pélvica, para conseguir una marcha más funcional.
- Potenciar el trabajo de coordinación.
- Trabajar el equilibrio estático y dinámico.

Se complementa el tratamiento de fisioterapia con tratamiento farmacológico. Éste reestablece el contenido de dopamina en el cerebro con el objetivo de mejorar los síntomas y la calidad de vida de la persona.

La elección del medicamento depende de factores como la edad, las características clínicas, la gravedad de la enfermedad y los trastornos asociados.

En ocasiones se emplea una combinación de fármacos para conseguir un control más eficaz de los síntomas.

ENSAYO CLÍNICO PARA PACIENTES ALÉRGICOS AL CACAHUETE

El Departamento de Alergología de la Clínica Universidad de Navarra y el Servicio de Alergología del Hospital Universitario de Navarra han iniciado un ensayo clínico con una vacuna oral, desarrollada



por la empresa InnoUp Farma, para el tratamiento de pacientes alérgicos al cacahuete. La edad mínima de los participantes es de 12 años y deben residir en Navarra o Madrid. Los interesados en participar pueden contactar con el Departamento de Alergología de la Clínica a través del correo electrónico ensayocacahuete@unav.es o en el teléfono 948 255 400 y con el Servicio de Alergología del Hospital Universitario de Navarra a través servicio.alergias@navarra.es o en el teléfono 848 429 195.



Marina Beroiz Salaverri. Técnico de Laboratorio. Hospital Universitario de Navarra. Ainara Baines García. Médica Adjunta del Aparato Digestivo. Hospital Reina Sofía. Tudela. Sonia Matarranz Rípodas. Enfermera Especialista Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Alsasua

La donación es un proceso voluntario y altruista por el que se extrae sangre completa o un componente sanguíneo concreto a una persona para transfundir a un paciente que lo necesite, o destinarla a la elaboración de medicamentos.

La sangre consta de una parte líquida, llamada plasma, donde se encuentran las proteínas encargadas de la coagulación (factores de coagulación), y una parte forme que la constituyen las células sanguíneas: glóbulos rojos (su función es transportar el oxígeno), glóbulos blancos (con función defensiva en el organismo), y plaquetas (participan también en la coagulación). Cuando donas sangre, se extraen unos 450 mililitros (casi medio litro) de sangre completa, que posteriormente sufrirá un proceso de fraccionamiento en el que se separan estos tres componentes principales:

- Glóbulos rojos: se destinan a la transfusión para pacientes que necesiten un aporte extra de hemoglobina (necesaria para el transporte del oxígeno en el cuerpo).
- Plaquetas: se emplean en pacientes con déficits en la función de coagulación o que vayan a someterse a cirugías previsiblemente muy sangrantes, ya que son las encargadas de formar el coágulo.

• Plasma: puede transfundirse a pacientes con problemas de la coagulación (porque en él están las proteínas encargadas de esta función), y también se puede utilizar para elaborar medicamentos específicos con estos factores de coagulación.

Los requisitos principales para ser donante de sangre son los siguientes:

- Tener entre 18 y 65 años.
- Peso superior a 50 kg.
- No haber padecido ninguna enfermedad transmisible por la sangre.
- Tener los niveles de tensión y de hemoglobina dentro de los límites adecuados.

Existen unos criterios de exclusión temporales, como haber pasado alguna enfermedad infecciosa en los últimos días, la toma de algunos medicamentos, viajes realizados a zonas concretas, tatuajes recientes, etc.

Donación de médula

Por otro lado, tenemos la donación de médula. El objetivo de donar médula es el aporte de células madre (células progenitoras) a pacientes generalmente diagnosticados con cánceres de células sanguíneas. Las células madre son las que dan lugar al resto de células de la sangre, por lo que, transfundiéndolas a partir

de un donante sano, estaríamos aportando células sanguíneas sanas al paciente.

Es muy importante que donante y receptor sean compatibles, es decir, que las células del donante y las del paciente que va a recibir el trasplante sean casi idénticas para que el receptor pueda adoptar esas células como propias. La compatibilidad entre hermanos es la más alta, pero es difícil encontrar donantes familiares compatibles, por lo que se recurre a donantes no emparentados.

Existen dos métodos para donar médula:

Aféresis: se estimula la salida de las células madre desde la médula hacia la sangre y se extraen con una máquina que permite separarlas del resto de células, devolviendo las que no se necesitan al paciente.

Punción: se realiza en un quirófano y con anestesia, y consiste en la extracción directa de las células madre de la cresta ilíaca, que está en los huesos de la cadera.

Los requisitos para donar médula son parecidos a los de donación de sangre, aunque el límite de edad es de 40 años.

Gracias a la acción voluntaria de los donantes se dispone de componentes sanguíneos en el banco de sangre para poder atender las necesidades diarias de los pacientes.



Anestesia general o sedación, ¿quién decide?

Claudia Salvador Vidal y Bakarne Apaolaza Bereciartu. Médicos Internos Residentes de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.

Carla Lobón Jiménez. Facultativa Especialista de Área de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Navarra

Actualmente se llevan a cabo millones de intervenciones quirúrgicas cada día. En la mayoría de ellas hay presente un anestesista que se encargará del bienestar del paciente permitiendo llevar a cabo la intervención sin incidencias. Asimismo, su actividad también se desarrolla antes y después del acto anestésico. Previo a la cirugía, se realiza una consulta preanestésica optimizando al paciente, se consensua un plan anestésico y se resuelven dudas respecto a la anestesia. Tras la cirugía, se encargará de la analgesia postoperatoria y el buen estado del paciente cuando este recupere la consciencia.

La anestesia intraoperatoria se basa en tres pilares fundamentales: la hipnosis, es decir, la disminución del nivel de consciencia, la analgesia o el control del dolor y la relajación muscular.

En este artículo, sobre todo, centraremos nuestra atención en las posibilidades anestésicas que existen según el grado de hipnosis inducido en el paciente.

Anestesia general

La anestesia general (nos referiremos a ella como A.G desde ahora) engloba una situación en la que el paciente pierde la consciencia, está analgesiado y relajado, todo ello inducido por los fármacos disponibles en el quirófano. La pérdida de consciencia es el punto más importante de la A.G. Tras aplicar A.G el paciente no responde a estímulos auditivos, táctiles ni al dolor, es decir, existe una situación de pérdida de consciencia completa. Tanto es así que, normalmente, el paciente no respira por sí mismo precisando de soporte respiratorio mediante intubación y un respirador.

Esta situación se debe monitorizar durante la cirugía con dispositivos que miden la actividad cerebral permitiendo optimizar la dosis de los anestésicos.

Este tipo de anestesia se suele aplicar en cirugías que afectan a órganos internos (cirugía cardiaca, torácica, abdominal, pélvica, neurocirugía...) o que tengan una duración muy prolongada (cirugía de la columna) y a procedimientos diagnósticos o terapéuticos muy invasivos que requieran la inmovilidad del paciente.

Sedación

La sedación engloba una situación de disminución de la consciencia sin llegar a una pérdida completa y, por tanto, el paciente es capaz de responder a estímulos auditivos, táctiles o dolorosos. Según la profundidad de la hipnosis diferenciamos los siguientes grados de sedación; sedación mínima es un estado en el que los pacientes son capaces de responder con normalidad a órdenes verbales. La sedación moderada es un estado en el que los pacientes son capaces de responder a órdenes verbales tras un leve estímulo táctil. La sedación profunda es un estado de gran disminución de la consciencia en el que los pacientes, tras estímulos



repetidos o dolorosos, sí son capaces de responder a órdenes verbales. Según aumenta el grado de hipnosis hay que vigilar más la vía aérea y la ventilación.

Este tipo de anestesia se suele utilizar en cirugía menor o procedimientos diagnósticos o terapéuticos poco invasivos, que no suelen precisar ingreso hospitalario, como la cirugía de cataratas, colonoscopias, gastroscopias...

Teniendo en cuenta lo descrito previamente, concluimos que la diferencia entre sedación profunda y A.G radica en la capacidad del paciente de responder a los estímulos infligidos. Sin embargo, normalmente, la A.G suele requerir intubar al paciente para mantener la vía aérea abierta y un respirador que realice la ventilación en lugar del paciente; mientras que, generalmente, una sedación profunda requiere de asistencia respiratoria sin llegar a intubar.

Dado que la sedación es un proceso continuo y no podemos predecir la respuesta individual de cada paciente, es muy importante la monitorización para identificar el grado de consciencia que tiene y la necesidad de asistencia respiratoria. Es decir, una sedación puede derivar en A.G si el procedimiento lo requiere; por eso los espacios dedicados a esta técnica deben estar dotados de las mismas garantías de seguridad que un quirófano: máquina de anestesia, fármacos para A.G, toma de oxígeno y personal formado.

Además de la ansiolisis y la hipnosis, no debemos olvidar el control del dolor: para ello disponemos de fármacos de administración intravenosa y anestésicos locales que permiten bloquear los nervios del área en el que se va a realizar la intervención. Gracias a estas técnicas, podemos dejar insensible e incluso inmóvil una zona concreta del cuerpo, permitiendo la realización de procedimientos que, de otra forma serían dolorosos. Por ello a veces una sedación sería suficiente para conseguir el confort del paciente sin la necesidad de A.G con los riesgos que ello conlleva. También podemos utilizar estas técnicas regionales para disminuir los requerimientos anestésicos intraoperatorios y conseguir un mejor control del dolor postoperatorio.

Resumiendo, la anestesia regional es compatible con la sedación y la anestesia general.

La mayor ventaja de la A.G ante la sedación es el aislamiento de la vía aérea evitando que el contenido gástrico pase a la vía respiratoria en caso de que el paciente vomite. De ahí la importancia de las ayunas en los procedimientos con anestesia. La sedación no siempre es posible; no sería adecuado utilizarla si no podemos asegurar que el estómago del paciente esté vacío.

La mayor ventaja de la sedación ante la A.G es que es menos invasiva y permite realizar procedimientos con una rápida recuperación posterior, precisando generalmente menor soporte durante esta.

¿Quién decide el tipo de anestesia?

Si bien hay intervenciones en las que es indiscutible la necesidad de A.G, existen casos en los que puede aplicarse una técnica u otra según las características del paciente. Para decidir hay que tener en cuenta múltiples variables para tomar una decisión: su estado funcional, la intervención propuesta... Pero siempre habrá que consensuar con el paciente lo que se va a realizar de forma que esté cómodo y tranquilo.

Conclusiones

.El objetivo de la anestesia, en todas sus formas, es conseguir la máxima comodidad del paciente y controlar sus constantes y necesidades durante procedimientos invasivos. Los diferentes tipos de anestesia nos ofrecen la posibilidad de aportar a cada paciente la técnica más beneficiosa. Incluso podemos combinar distintas formas de anestesia para aumentar el confort del paciente. Así, es fundamental informar y valorar individualmente la situación de cada paciente para adecuar al máximo la técnica a sus necesidades.

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

El poder del apoyo entre pacientes con diabetes en línea

Arantxa Bujanda Sainz de Murieta, Paula Escalada Hernández, Nelia Soto Ruiz y Leticia San Martín Rodríguez.

Enfermeras, Universidad Pública de Navarra, Departamento de Ciencias de la Salud.



La diabetes, una enfermedad compleja

Aunque se están dando grandes avances en el tratamiento de la diabetes, se estima que menos del 50% de los pacientes mantienen su glucosa media dentro de los parámetros objetivo.

El manejo de esta enfermedad no es una tarea sencilla debido a los distintos factores que influyen en el control de la misma como la alimentación, el ejercicio, el tratamiento farmacológico o las hormonas entre otros. Además, la toma de decisiones sobre el manejo diario recae en los propios pacientes, lo que conlleva una gran carga a nivel psicológico.

Aunque los profesionales sanitarios son los responsables de proporcionar la educación necesaria, los pacientes pasan apenas un 1% de su tiempo con ellos. Por tanto, es importante explorar formas complementarias y prácticas de apoyo, como el apoyo entre pares.

Apoyo entre pacientes a través de internet

El apoyo entre pares se define como el apoyo de una persona que tiene experiencia sobre un comportamiento o factor estresante específico y características similares a las de la población objetivo. Puede ser una herramienta prometedora, ya que las personas con enfermedades crónicas a menudo se sienten más cómodas compartiendo sus experiencias y retos con otras personas con las que pueden hablar en base a su propia realidad.

Este tipo de apoyo se ha ido desarrollando y potenciando gracias a las transformaciones que se han dado en la última década, como la limitación del tiempo en el que los profesionales interactúan con los pacientes; el crecimiento de iniciativas dirigidas por los propios pacientes en numerosas enfermedades, incluida la diabetes; y la disponibilidad de redes sociales, que ha fomentado el crecimiento y la cantidad de apoyo entre pares en todo el mundo.

Estas herramientas digitales permiten ampliar el conocimiento más allá de la red de contactos, aumentando la posibilidad de satisfacer las necesidades de los participantes. Según el Pew Research Center, uno de cada cuatro usuarios de internet que vive con una enfermedad crónica busca otras personas con una condición de salud similar online. En cuanto a la diabetes se refiere, en las últimas tres décadas, la actividad en línea ha crecido a un ritmo extremadamente rápido, ya que es una de las enfermedades que más cuidado continuo requieren por parte del propio paciente.

Comunidades de diabetes online

Surgen así las comunidades de diabetes online, espacios virtuales donde un grupo de personas comparten conocimientos y se brindan apoyo basado en la experiencia del usuario de vivir con diabetes. Facilitan la comunicación abierta y ayudan a los pacientes a asumir un papel activo en su salud. De este modo, pueden ser una fuente de confianza, inspiración, motivación y estímulo.

Este tipo de recursos ha estado en uso desde hace décadas. Ya en los años 80, se iniciaron discusiones sobre diabetes a través de servicios de acceso telefónico patentados. Posteriormente, cobraron importancia los foros de discusión basados en la web y nuevas plataformas de redes sociales.

Existe una sólida comunidad en línea de personas con diabetes que se comunican a través de Internet, tanto en foros que fueron diseñados específicamente para brindarles apoyo, como en comunidades que se han creado en redes sociales. Las razones para participar en ellas son numerosas: son un complemento a la atención médica; proporcionan soporte y conexión; ayudan a eliminar el estigma; y favorecen el sentido del humor. También facilitan la autoexpresión, ya que escribir sobre experiencias estresantes, particularmente en relación con la salud, se ha relacionado con un mejor bienestar psicosocial y resultados clínicos positivos. Y, por último, permiten informar y educar, ya que confían en las experiencias de otras personas.

Comparte Diabetes

En ocasiones, la información sobre salud que se comparte en internet, no está contrastada, con los riesgos que esto puede suponer. En respuesta a esta preocupación, ha surgido en Navarra la comunidad CompARTE Diabetes, que se propone evaluar el impacto del apoyo entre pacientes con diabetes bajo la supervisión de una enfermera. Este espacio seguro está disponible de forma gratuita para cualquier persona con diabetes en compartediabetes.anadi.es. Únicamente es necesario ingresar el nombre de usuario, que puede ser anónimo, junto con la contraseña y el tipo de diabetes que se padece. Una vez dentro, se accede a un foro donde los usuarios pueden leer y compartir publicaciones sobre temas relacionados con la diabetes, además de tener acceso a recursos como guías, aplicaciones y vídeos de interés. Este proyecto contribuye directamente a mejorar el manejo de la enfermedad y el bienestar emocional de las personas con diabetes. Tanto si eres profesional sanitario como si eres familiar o amigo/a, puedes recomendárselo a las personas con diabetes que conozcas. Y si eres tú la persona que tiene diabetes, ¿quién mejor que los propios pacientes para ayudarse mutuamente?

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 v 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.





Antibióticos, ¿los usamos de forma correcta?

Dra. Susana Clemos Matamoros. FEA Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela

Dra. Tina Herrero Jordán. FEA Neumología. Hospital Reina Sofía. Tudela

Dra. Mª Jesús Igúzquiza Pellejero y Dra. Adriana Ger Buil. FEA Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela

Los antibióticos son medicamentos utilizados para prevenir y tratar las infecciones producidas por bacterias. Son medicamentos muy útiles que han ayudado a controlar muchas enfermedades provocadas por bacterias y a salvar vidas.

Pero...los antibióticos no son siempre la solución... No curan todas las infecciones y no son eficaces frente a infecciones producidas por virus como los catarros o las gripes.

En estos casos, tomar un antibiótico tiene el mismo efecto que tomar un placebo, pero con consecuencias mucho más graves para la salud.

El uso excesivo y el mal uso de los antibióticos son factores clave que generan resistencia a los antibióticos. Es por ello que algunos antibióticos que solían ser los tratamientos típicos para infecciones por bacterias ya no funcionan tan bien.

Cuando un antibiótico ya no funciona contra algunas cepas de bacterias, se dice que estas son resistentes a los antibióticos. La resistencia a los antibióticos es uno de los problemas de salud más urgentes del mundo.

Tomar antibióticos cuando no se necesitan aumenta la aparición de resistencias a estos medicamentos.

La resistencia a los antibióticos se produce cuando las bacterias mutan, cambian en respuesta al uso de estos fármacos. Son las bacterias, y no los seres humanos, las que se vuelven resistentes a los antibióticos.

¿Son graves las consecuencias del aumento de bacterias resistentes a los antibióticos?

Las bacterias resistentes a los antibióticos causan infecciones en el ser humano más difíciles de tratar que las no resistentes.

Cuando nos infecta una bacteria resistente, los antibióticos que se utilizan habitualmente para combatirla ya NO son eficaces y será necesario utilizar un antibiótico menos accesible e, incluso, en algunos casos, puede no haber otros antibióticos activos y eficaces.

Las infecciones resistentes a los antibióticos pueden tener efectos colaterales graves, necesitan tratamientos más prolongados, consultas médicas más frecuentes, hospitalizaciones prolongadas e incluso, aumentar la mortalidad.

¿Qué podemos hacer para detener o reducir la resistencia a los antibióticos?

Lo fundamental es cambiar el concepto y la forma de usar los antibióticos. Aunque se desarrollen nuevos medicamentos, si no se modifican los comportamientos actuales, la resistencia a los antibióticos seguirá representando una grave amenaza para la salud mundial

Los antibióticos tratan las infecciones causadas por bacterias. Sin embargo, no tratan las infecciones causadas por virus (infecciones virales). Por ejemplo, un antibiótico es el tratamiento correcto para la amigdalitis estreptocócica, que la produce una bacteria. Sin embargo, no es el tratamiento adecuado para la mayoría de los dolores de garganta, que los causan los virus.

Otras infecciones virales frecuentes en las que no sirve tomar antibióticos son las siguientes:

- Resfriado o goteo de la nariz.
- Gripe (influenza).
- Bronquitis.
- La mayoría de los tipos de tos.
- Algunas infecciones del oído.
- Algunas infecciones de los senos paranasales
- Gripe estomacal.
- Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19).

Tomar un antibiótico para una infección viral:

- No curará la infección.
- No evitará que otras personas se enfermen.
- No te ayudará a sentirte mejor.
- Puede causar efectos secundarios innecesarios y perjudiciales.
- Promueve la resistencia frente a los antihióticos

Si tomas un antibiótico cuando tienes una infección viral, el antibiótico ataca a las bacterias de tu cuerpo. Estas son bacterias que son útiles o que no causan enfermedades.

Este tratamiento incorrecto puede promover propiedades de resistencia frente a los anti-

bióticos en bacterias inofensivas que pueden compartirse con otras bacterias. O bien, puede crear oportunidades para que las bacterias posiblemente dañinas sustituyan a las inofensivas.

¿Entonces como paciente, que es lo qué debo hacer?

Puedes ayudar a reducir la progresión de la resistencia a los antibióticos si:

- Evitar presionar a tu proveedor de atención médica para que te recete un antibiótico.
- Solicitar consejos a un profesional sanitario sobre cómo tratar los síntomas.
- Toma antibióticos solo según la indicación de tu proveedor de atención médica.
- Toma la cantidad diaria recetada.
- Completa todo el tratamiento.
- Infórmale a tu proveedor de atención médica si tienes algún efecto secundario.
- Nunca tomes antibióticos que te hayan sobrado para otra enfermedad futura. Es posible que no sea el antibiótico correcto. Asimismo, es probable que no abarquen el tratamiento completo.
- Nunca tomes antibióticos que se le hayan recetado a otra persona ni dejes que otra persona tome los tuyos.

PubliSic COMUNICACIÓN

M 618 463 122 I mercheferrer@publisic.com

l libros | revistas | folletos | calendarios | agendas | diseño gráfico |



























Fundación Española de Psiquiatría y Salud Menta





Oxigenoterapia Hiperbárica: Avances y Aplicaciones Clínicas

Comunicación Edificio Policlínica Artica

En el pasado mes de noviembre de 2023, Oxien marcó su presencia en el 3º Congreso Nacional de la Asociación Española de Medicina Hiperbárica y Subacuática (ASEMHS), consolidándose como un centro de referencia en la promoción y aplicación de la oxigenoterapia hiperbárica en España.

Este congreso, reconocido por la Asociación como un hito trascendental en la medicina especializada en España, reunió a destacados expertos y profesionales del ámbito, como la Dra. María Blasco Marhuenda, el Profesor Alessandro Marroni y el Profesor Pasquale Longobardi.

A lo largo de dos jornadas, el evento abordó los últimos avances en la terapia hiperbárica y subacuática, proporcionando una plataforma para la discusión de investigaciones innovadoras y el intercambio de conocimientos y experiencias clínicas. Las sesiones científicas se centraron en diversos temas, desde la aplicación de la medicina hiperbárica en patologías específicas hasta los beneficios de esta terapia en accidentes de buceo.

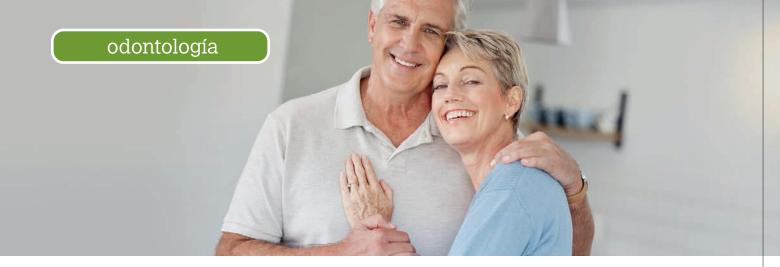
La Dra. Cristina Lozano, Especialista en Medicina Familiar-Comunitaria y en Medicina Hiperbárica y Subacuática, representando al centro Oxien, destacó en el congreso al presentar un caso de éxito de Radionecrosis Cerebral. Este caso, tratado en la cámara hiperbárica de Oxien en colaboración con el Servicio de Oncología Radioterápica del HUN, ilustra el impacto positivo de la oxigenoterapia hiperbárica en lesiones radioinducidas, una de las indicaciones aprobadas por el Comité Europeo de Medicina Hiperbárica (ECHM). La oxigenoterapia hiperbárica ofrece múltiples y notables beneficios.

En el entorno de una cámara hiperbárica, la elevada concentración de oxígeno disuelto en el plasma sanguíneo, inducida por la presión, tiene efectos inmediatos y a largo plazo. Estimula la formación de nuevos vasos sanguíneos, reduce la inflamación, acelera la cicatrización de heridas y fortalece el sistema inmunológico para combatir infecciones.

Oxien, como el primer y único centro en Navarra que realiza tratamientos con oxigenación hiperbárica, se ha convertido en un referente en el tratamiento de lesiones radioinducidas y otras afecciones relacionadas con el sistema óseo, muscular, neurológico y vascular. La consulta previa resulta crucial para determinar la idoneidad de un paciente para someterse a este tratamiento, y Oxien prioriza este paso inicial, realizando una exhaustiva exploración clínica durante la primera visita para personalizar el tratamiento de cada paciente.

En conclusión, el 3º Congreso Nacional de la ASEMHS ha reafirmado la posición de Oxien como líder en la aplicación de la oxigenoterapia hiperbárica en Navarra. La presentación de la Dra. Cristina Lozano y el compromiso del centro en ofrecer tratamientos personalizados destacan la importancia de esta terapia en el panorama médico actual. La oxigenoterapia hiperbárica continúa demostrando ser una herramienta invaluable en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y la promoción de la investigación en medicina hiperbárica y subacuática.





Beneficios de los Implantes Dentales en Personas Mayores de 65 Años

A medida que la expectativa de vida continúa aumentando, es esencial considerar el bienestar integral de las personas mayores, incluida su salud bucodental. Los implantes dentales se han destacado como una solución efectiva y sostenible para abordar las necesidades específicas de la población de más de 65 años, brindando beneficios notables tanto en términos de salud oral como general.

1. Preservación de la Estructura Ósea:

Uno de los mayores desafíos para las personas mayores es la pérdida de densidad ósea en la mandíbula, un fenómeno común tras la pérdida de dientes. Los implantes dentales no solo reemplazan los dientes perdidos, sino que también estimulan el hueso circundante, contribuyendo a mantener la salud y la integridad de la estructura ósea facial. Este fenómeno puede resultar en la disminución de la densidad ósea, llevando a la pérdida de soporte estructural para los tejidos blandos, como los músculos y la piel. En consecuencia, se pueden observar cambios en la apariencia facial y comprometer la función oral (masticación, respiración...).

2. Mejora de la Nutrición y Salud General:

La capacidad de masticar adecuadamente es esencial para una buena nutrición, especialmente en la tercera edad. Los implantes dentales proporcionan una funcionalidad similar a la de los dientes naturales, permitiendo a los adultos mayores disfrutar de una dieta equilibrada y variada. Este aspecto se traduce en beneficios significativos para la salud general, ya que una nutrición adecuada es fundamental para mantener un sistema inmunológico fuerte y prevenir enfermedades relacionadas con la dieta.

3. Restauración de la Confianza y Bienestar Psicológico: La pérdida de dientes puede afectar la autoestima y la confianza en uno mismo, especialmente en la madurez. Los implantes dentales no solo mejoran la función bucodental, sino que también restauran la estética y la armonía facial. Esta mejora estética puede tener un impacto positivo en la salud mental y emocional de las personas mayores, promoviendo un sentido de bienestar y confianza en su apariencia.

4. Prevención de Problemas Bucales Crónicos:

La pérdida dental puede aumentar el riesgo de problemas bucales crónicos, como la enfermedad de las encías (periodontitis). Los implantes dentales, al proporcionar una base sólida y estable, ayudan a prevenir la migración de dientes adyacentes y la acumulación de bacterias perjudiciales. Esto contribuye a reducir el riesgo de enfermedades periodontales y otros problemas bucales a largo plazo, mejorando la salud bucodental general.

5. Mayor Comodidad y Adaptación:

En comparación con las dentaduras removibles, los implantes dentales ofrecen una solución más cómoda y estable. Eliminan las molestias asociadas con las dentaduras, como irritaciones de las encías y dificultades en la adaptación. Gracias a los implantes dentales, las personas mayores pueden experimentar mejor calidad de vida, sin las limitaciones asociadas con las prótesis dentales convencionales.

En conclusión, los implantes dentales no solo son una opción estética, sino que también proporcionan beneficios significativos para la salud bucodental y general en personas mayores de 65 años. Al ofrecer una solución integral, los implantes contribuyen a mantener una sonrisa saludable y funcional, promoviendo el bienestar a lo largo de la vida.





Dra. Susana Clemos Matamoros, Dra. Adriana Ger Buil y Dra. Mª Jesús Igúzquiza Pellejero.

FEA Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela

Dra. Tina Herrero Jordán. FEA Neumología Hospital Reina Sofía. Tudela

El cuadro clínico conocido como delirium o síndrome confusional aqudo es un problema de salud habitual, encontrándose relacionado con la hospitalización fundamentalmente de población anciana o de personas con factores predisponentes. Al mismo tiempo es la complicación postquirúrgica más frecuente en población añosa, pero también conviene recalcar su aparición en enfermos ingresados en la Unidad de cuidados intensivos (UCI) o en población en cuidados paliativos con independencia de la edad. Cabe destacar que no se trata de una enfermedad por sí misma, sino que está compuesto por un conjunto de síntomas y signos secundarios a una única o conjunto de causas orgánicas que lo precipitan.

Consiste en un cambio transitorio del nivel cognitivo del paciente respecto a su situación habitual que se produce de forma aguda, en cuestión de horas o días. Se refleja en una alteración del comportamiento y de la atención, así como de diversas funciones cognitivas como: la memoria, la orientación, el pensamiento, el lenguaje o la percepción. Su curso es fluctuante a lo largo del día, destacando típicamente un empeoramiento nocturno. Suele comenzar con desorientación temporo-espacial, acompañado de un aumento o disminución de la actividad psicomotriz y asociado a un trastorno del ciclo vigilia-sueño. Los cambios más llamativos son los producidos por la desorientación, así como por la incapacidad de reconocer a allegados, al mismo tiempo que aparecen alucinaciones fundamentalmente visuales aunque también pueden ser auditivas debidas a una percepción alterada.

Existen tres tipos de delirium:

• Síndrome confusional agudo hiperactivo: Presenta agitación psicomotriz y las alucinaciones. Se asocia con frecuencia a episodios de agresividad secundarias a la angustia que se produce ante la percepción errónea del entorno. Aunque es el subtipo menos habitual, sin embargo por lo llamativo del cuadro suele identificarse precozmente y por ello, es de mejor pronóstico.

a zonahospitalaria ■ enerofebrero 2024 ■ nº 105

- Síndrome confusional agudo hipoactivo: Existe una tendencia a la disminución del nivel de consciencia. Los pacientes pueden presentar una actitud apática, con habla enlentecida. Es el subtipo más frecuente, aunque suele pasar inadvertido y por ello está asociado a peor pronóstico.
- Síndrome confusional agudo mixto: Engloba características de los dos cuadros anteriores. Alternando fases de agitación con periodos de somnolencia.

El delirium es un cuadro multifactorial. Se encuentra provocado por la combinación de factores predisponentes con otros precipitantes.

Hay que tener en cuenta, que una persona con múltiples factores predisponentes puede presentar cuadros de delirium graves a partir de estresores leves, mientras que personas sin ningún factor de riesgo requieren una agresión más severa (cirugía compleja o estancia en UCI) para que se produzca el cuadro.

Entre ellos cabe destacar:

- Factores predisponentes: Edad (>75 años), sexo masculino, demencia, depresión, polifarmacia, abuso de alcohol/drogas, la movilidad reducida, la disminución de la percepción visual o auditiva, la desnutrición o enfermedades crónicas en fase avanzada (insuficiencia renal o hepática, enfermedades cardiorespiratorias o enfermedad oncológica terminal).
- Factores precipitantes: infecciones sistémicas, mal control del dolor, hipertermia/ hipotermia, traumatismos, abstinencia de fármacos/drogas, intervenciones quirúrgicas, presencia de sujeciones mecánicas, uso de vías

venosas/catéteres urinarios, el propio ingreso hospitalario o alteraciones metabólicas.

Para alcanzar el diagnóstico debido a que no existe una prueba específica para el mismo. Debemos sospecharlo en individuos que presenten determinados datos favorecedores del síndrome junto con la conjunción de los síntomas y signos característicos, como son:

- El inicio abrupto (horas o en pocos días).
- La alteración del ciclo vigilia-sueño.
- La fluctuación de los síntomas a lo largo del día, con intervalos lúcidos con posterior aparición de síntomas confusionales al anochecer acompañados de alucinaciones, agresividad e hiperactividad.
- Alteración de la memoria con amnesia de los episodios y aparición de desorientación en tiempo, espacio y persona.
- Trastornos del lenguaje y del pensamiento con aparición de ideas delirantes de perjucio o delirios ocupacionales/de acción.
- Mejoría o empeoramiento progresivo paralelo a la evolución de la patología que propicio el ingreso. Considerando la aparición del delirium o su empeoramiento como un signo precoz de gravedad.

Respecto al tratamiento las estrategias más adecuadas son las basadas en la optimización de medidas preventivas no fármacológicas con detección y control de los potenciales factores de riesgo:

- Promover la orientación espacial y temporal a través de la comunicación, el uso de relojes, ventanas y luz natural. Junto con el acompañamiento por personas cercanas al paciente.
- Favorecer el descanso nocturno minimizando el ruido o estímulos externos.
- Movilización precoz. Así como promover la retirada de dispositivos innecesarios que imposibiliten la deambulación como vías venosas o catéteres urinarios. Así como minimizar las restricciones físicas o dispositivos que inmovilicen al paciente.
- Corrección de déficits sensoriales con uso de audífonos y gafas.
- Control de estresores como las enfermedades intercurrentes, del dolor o la hipertermia, así como mantener una adecuada hidratación v nutrición.

• Incentivar intervenciones para prevenir el deterioro funcional y cognitivo durante el ingreso, consistente en tratamiento rehabilitador y estimulación precoz.

Únicamente en los casos en los que no se ha conseguido prevenir o controlar su desarrollo con las medidas previamente mencionadas se debe recurrir al uso de tratamiento farmacológico.

Inicialmente se debe tener en cuenta la disminución o restricción de fármacos como los anticolinérgicos que pueden actuar como desencadenantes, así como optimizar el control farmacológico de síntomas como el dolor, alteraciones metabólicas u otras causas precipitantes.

Una vez realizados los pasos previos en aquellos pacientes con persistencia de síntomas se opta por el uso de neurolépticos para el control síntomático del cuadro. Pero teniendo en cuenta que son fármacos no exentos de efectos adversos, por lo que se deben usar en situaciones determinadas y con la menor dosis posible.

Finalmente se debe destacar, que a pesar de ser un cuadro transitorio no debemos considerarlo banal, debido a que presenta consecuencias graves a corto y largo plazo.

Se encuentra asociado a una mayor estancia hospitalaria secundaria a la complejidad para los cuidados y a los eventos adversos asociados al propio cuadro.

Todo ello conduce a un deterioro funcional y cognitivo a largo plazo, así como un aumento del riesgo de institucionalización al alta. Igualmente está asociado con un aumento de la mortalidad durante el ingreso, pero también es un factor predictor de mortalidad durante el año posterior al alta. Pero aunque sabemos que es un marcador de gravedad tanto durante el ingreso como al alta, en la actualidad todavía desconocemos si es el propio síndrome el que se asocia a peor evolución o si su presencia nos permite identificar a pacientes con peor pronóstico.

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





Las enfermeras de enlace: una figura clave en una atención sanitaria integral y de futuro

Mari Mar Berduque Mancho. Enfermera de Enlace de la Unidad de Pacientes Crónicos-Pluripatológicos. Irene Guruceaga Eguillor. Enfermera de Enlace de la Unidad de Pacientes Crónicos-Pluripatológicos y Demencias. Silvia Salinas. JUE de la Unidad de Pacientes Crónicos-Pluripatológicos. Hospital Universitario de Navarra

El envejecimiento demográfico es una realidad a nivel mundial, estatal y autonómico que no sólo implica cambios en la duración de las distintas etapas de la vida, sino también en las características definitorias de cada una de ellas y en el modo de afrontarlas y vivirlas. Este envejecimiento de la población viene dado, principalmente, por la disminución de la natalidad y por el aumento de la esperanza de vida.

Los avances científicos en medicina, la investigación y la biotecnología han permitido conocer y poner solución a enfermedades que hace un tiempo no tenían respuesta y suponían una grave amenaza para la vida consiguiendo "cronificarlas". De esta forma se ha conseguido incrementar la esperanza de vida de los pacientes de forma considerable, pero, sin embargo, más tiempo de vida no es necesariamente sinónimo de más calidad de vida y lo cierto es que existen aún muchos retos que afrontar como son la soledad, la fragilidad o las enfermedades crónicas. Vivir más años implica, irremediablemente, más probabilidad de deterioro físico, funcional y cognitivo, así como también mayor de-

pendencia y cronicidad. Los pacientes con enfermedades crónicas evolucionadas tienen más riesgo de tener descompensaciones lo que conlleva más complicaciones afectando al bienestar y la calidad de vida y condicionando su autonomía personal. Esto, consecuentemente, repercute de manera notable en el ámbito familiar afectando, en particular, a las personas cuidadoras.

Según la plataforma Salud Navarra, en la actualidad, los pacientes con enfermedades crónicas consumen el 70% de las consultas de Atención Primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios, cifras que se encuentran en continuo y constante incremento generando demandas de atención y necesidades cada vez más complejas y diversas. Este escenario tiene, consecuentemente, una repercusión económica considerable en el sistema sanitario.

Teniendo en cuenta esta nueva realidad y dado que el sistema sanitario ha sido, tradicionalmente, diseñado para dar respuesta a problemas de salud agudos, ha sido necesario un cambio de paradigma que permita abordar el envejecimiento y el incremento de la cronicidad, colocando a la persona enferma en el centro de su proceso, considerando sus necesidades y velando por su confort y tranquilidad. Así, se ha pasado de unos cuidados fragmentados, una atención episódica y reactiva, de urgencias y hospitalaria y con pacientes pasivos a un cuidado íntegro e integrado, coordinado con los distintos niveles asistenciales, otorgando al medio comunitario el protagonismo que se merece y apostando por una atención continua, preventiva y centrada en la persona, con pacientes formados y empoderados.

En este contexto en nuestra comunidad nace la **Estrategia Navarra de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos**, una iniciativa que intenta acompañar tanto a las propias personas que padecen una o más enfermedades crónicas como también a su familia y entorno, en el curso de su proceso favoreciendo la comprensión de su enfermedad y promoviendo su autocuidado, autoconocimiento y bienestar.

Por el momento, se han puesto en marcha 7 de las ramas de la Estrategia: Crónico-Pluripatológico, Respiratorio, Insuficiencia Cardíaca, Diabetes, Demencia, E. Neurodegenerativas y Niño Crónico Complejo. Cada una se rige por unos criterios ya preestablecidos que tiene que cumplir todo paciente para poder ser acogido dentro de la estrategia. Se trata de pacientes con cierto riesgo de descompensaciones y que, por su complejidad en el manejo clínico, farmacológico o conductual pueden beneficiarse de un seguimiento más estrecho por parte de un especialista en su problema de salud.

Enfermera de enlace o gestora de casos

La estrategia para el abordaje de la cronicidad del Ministerio de Sanidad plantea la necesidad de una figura como la enfermera de enlace o gestora de casos. Explica que los pacientes con mayor complejidad o múltiples enfer-

medades requieren una gestión integral de su caso en el conjunto, con cuidados profesionales, tanto para el como para su entorno. Actualmente en el Servicio Navarro de Salud, contamos con enfermeras de enlace tanto en los Centros de Salud como en los Centros Hospitalarios, con el fin de abordar al paciente con este enfoque integral e integrador, como un nuevo modelo de atención.

Las enfermeras de enlace son profesionales de enfermería altamente capacitados que actúan como intermediarios entre los pacientes y los sistemas de salud encargándose de coordinar y gestionar los casos médicos de los pacientes. Su misión es facilitar el acceso a los servicios sanitarios, asegurar que los tratamientos sean seguidos correctamente y brindar apoyo continuo a lo largo de la enfermedad al paciente y su entorno. Una de las principales responsabilidades de las enfermeras de enlace es coordinar la atención. Trabajan en estrecha colaboración con médicos, terapeutas, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud para garantizar que los pacientes reciban los servicios adecuados de manera oportuna. Esto implica la organización de citas médicas, la gestión de tratamientos y la resolución de posibles obstáculos en el camino del paciente hacia la recuperación. Para poder desempeñar esta función las enfermeras de enlace deben realizar una evaluación exhaustiva de las necesidades de cada paciente. Esto implica conocer

Una de las principales responsabilidades de las enfermeras de enlace es coordinar la atención al paciente crónicopluripatológico en su camino hacia la recuperación

su historial médico, sus condiciones de salud actuales, así como sus circunstancias personales y sociales. Con esta información, pueden diseñar un plan de cuidados individualizado que se adapte a las necesidades específicas de cada paciente.

Otra tarea importante de las enfermeras de enlace es brindar apoyo emocional y educación sanitaria a los pacientes y sus familias. Comprender una enfermedad o un tratamiento puede resultar abrumador para muchas personas, por lo que estas enfermeras desempeñan un papel fundamental en la orientación y el acompañamiento de los pacientes. Proporcionan información clara y comprensible sobre la enfermedad, los tratamientos y los cuidados necesarios ayudando a los pacientes a tomar decisiones informadas sobre salud.

La labor de la enfermera de enlace o gestora de casos es esencial en este contexto de aumento

de la esperanza de vida, de progresivo envejecimiento de la población y de incremento de pacientes polimedicados, pluripatológicos y con enfermedades crónicas, los cuales requieren de unos recursos sanitarios y sociales adaptados. Se trata de una figura que se encarga de facilitar a los pacientes todos los servicios sanitarios y sociosanitarios relacionados con sus necesidades, actuando como interlocutor único de todo el equipo sanitario con el paciente y sus familias. Con su gestión evitan consultas duplicadas con especialistas, mejoran la calidad y efectividad de la asistencia sanitaria al paciente en cada acto sanitario y le evita visitas a los Servicios de Urgencias e ingresos hospitalarios integrando a todos los niveles asistenciales que intervienen en el cuidado del paciente. En un sistema de atención sanitaria cada vez más complejo, estas enfermeras desempeñan un papel esencial en la optimización de

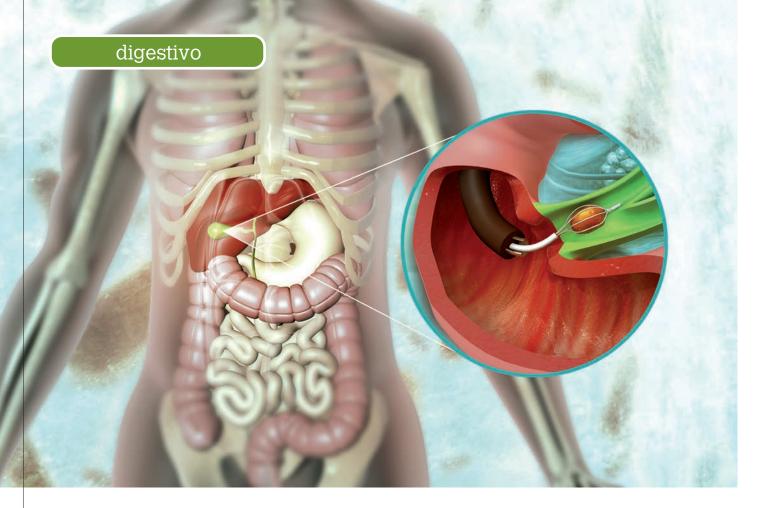
Como conclusión podemos decir que las enfermeras de enlace o enfermeras gestora de casos desempeñan un papel fundamental en los nuevos modelos sanitarios de atención a una población cada vez más envejecida y con mayor prevalencia de enfermos crónicos. Su trabajo contribuye significativamente al bienestar de los pacientes y a la mejora de los resultados de salud por lo que previsiblemente aumentarán su presencia en los sistemas sanitarios del futuro.



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



Tengo piedras en la vesícula,

¿debo preocuparme?

Ainara Baines García. Médico Adjunto de Aparato Digestivo. Hospital Reina Sofía. Tudela.

Miriam Royo Álvarez. MIR de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Sonia Matarranz Rípodas. Enfermera especialista Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Alsasua.

Marina Beroiz Salaverri. Técnico de Laboratorio. Hospital Universitario de Navarra

La colelitiasis, conocida coloquialmente como "piedras en la vesícula" es una de las patologías más frecuentes a nivel digestivo. Para entenderla, hay que conocer que la vesícula biliar es un órgano pequeño, en forma de bolsa, que se encuentra en contacto con el hígado. Se encarga de almacenar la bilis, un fluido segregado por el hígado necesario para la absorción de las grasas de la dieta.

Este fluido, una vez sale de la vesícula, es conducido a través de los conductos biliares hasta la primera parte del intestino, donde participa en la digestión. Aunque la bilis es líquida, contiene partículas de colesterol y pigmentos que pueden solidificar dando lugar a estos cálculos o litiasis dentro de la vesícula.

Causas

El origen de estos cálculos no es bien conocido, aunque se han descrito factores de riesgo como la edad superior a 40 años, la obesidad, el sexo femenino, los niveles altos de estrógenos (embarazo, toma de anticonceptivos o terapia sustitutiva en la menopausia), la etnia indoamericana y la pérdida rápida e importante de peso como la que ocurre tras una cirugía bariátrica.

Respecto a su prevención, aunque con una evidencia limitada, parece que el consumo de café, vitamina C, fibra y proteína de origen vegetal pueden ser elementos protectores. También lo son el ejercicio físico diario y el realizar ingestas moderadas, bajas en grasa y fraccionadas a lo largo del día.



Diagnóstico

Aunque también pueden evidenciarse en exploraciones más complejas como las tomografías computarizadas (TAC) o las resonancias magnéticas, la mejor prueba para detectar la colelitiasis es la ecografía abdominal. En ella los cálculos se visualizan como formaciones blancas y móviles dentro de la vesícula biliar. Es muy frecuente que se diagnostique este hallazgo de forma casual en ecografías abdominales realizadas por motivos diferentes, ya que la mayoría de las veces no producen ningún síntoma.

Complicaciones

Entre un 65 y un 80% de los casos las colelitiasis no producen síntomas, y las personas podemos vivir con ellas sin ningún problema. No obstante, en caso de existir complicaciones estas pueden ser graves, por lo que todo médico debe saber reconocerlas. Las más frecuentes son el cólico biliar, la colecistitis aguda, la coledocolitiasis, la colangitis aguda y la pancreatitis aguda.

Cólico biliar

Se trata de la complicación más frecuente. Se presenta como un dolor continuo localizado en la parte superior derecha del abdomen, iniciado desde escasos minutos hasta 1-2 horas tras las comidas (más frecuente si ésta es ricas en grasas), que puede irradiarse a espalda y hombro derecho, acompañarse de náuseas y vómitos, y durar hasta 3 o 4 horas. La causa del dolor es la obstrucción del tracto de salida de la vesícula producida por una de las piedras que se encuentra dentro, sin que llegue a salir. Es un motivo frecuente de visita a Urgencias, y habitualmente se resuelve con analgesia oral o intravenosa. Un único episodio aislado no será indicación de quitar la vesícula, pero ello sí se planteará si los cuadros se repiten a lo largo del tiempo.

Colecistitis aguda

Si la obstrucción al tracto de salida de la vesícula se prolonga en el tiempo, la bilis que contiene puede infectarse dando lugar a un cuadro conocido como colecistitis aguda. Esta situación se expresa habitualmente en forma de dolor en la parte superior derecha del abdomen, de mayor intensidad y duración que el cólico biliar, acompañado de escalofríos, fiebre y quebrantamiento del estado general. Su tratamiento consiste en iniciar antibióticos y, habitualmente, extirpar la vesícula de forma urgente para evitar complicaciones mayores.

Coledocolitiasis y colangitis aguda

Si las piedras salen de la vesícula y avanzan por los conductos biliares, pueden dar lugar a otro tipo de complicaciones. La coledocolitiasis es el nombre reciben las piedras que quedan atascadas en la vía biliar.

Si la bilis se obstruye a ese nivel durante mucho tiempo, puede sobreinfectarse, dando lugar a otra complicación conocida como colangitis aguda.

En estos dos casos, lo más importante será desatascar la vía biliar, además de instaurar tratamiento antibiótico si existe infección. Ello se realiza habitualmente mediante un procedimiento endoscópico conocido como colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE).

Será en un segundo tiempo, varias semanas o meses tras la resolución del cuadro, cuando se plantee la cirugía de la vesícula.

Pancreatitis aguda

Dado que el páncreas queda muy cerca de los conductos biliares, las piedras que transcurren por ellos pueden irritar este órgano a su paso, originando una inflamación conocida como pancreatitis aguda. En este caso el dolor es muy intenso, localizado en la boca del estómago, frecuentemente irradiado a ambos lados del abdomen o a la espalda, que puede acompañarse de náuseas y vómitos. Su espectro de gravedad es muy amplio, llegando a ser episodios potencialmente mortales, por lo que siempre precisan de atención hospitalaria.

Cirugía de la vesícula: colecistectomía

La cirugía por la cual se extirpa la vesícula se conoce como colecistectomía. Ésta puede plantearse de dos maneras, de forma urgente o programada.

En casos de colecistitis agudas la colecistectomía se realiza de forma urgente durante el propio ingreso, con el fin de evitar complicaciones como la extensión de la infección o incluso la perforación de la vesícula. Por el contrario, en el resto de complicaciones el objetivo de la colecistectomía es evitar que se vuelvan a producir episodios similares, por lo que se relegará a un segundo tiempo una vez se haya resuelto el cuadro.

Existen dos maneras de realizar la colecistectomía: la cirugía abierta, en la que la vesícula biliar se extirpa a través de un corte grande realizado en el abdomen, y la cirugía laparoscópica, en la que se realizan varias incisiones muy pequeñas a través de las cuales se realiza la operación. Habitualmente se prefiere esta última modalidad, salvo en casos muy concretos en los que no pueda realizarse, porque las complicaciones postoperatorias, el dolor, el tiempo de estancia hospitalaria y el tiempo de recuperación son menores.

Por tanto, el hecho de tener piedras en la vesícula no debe preocuparnos, ya que son muy frecuentes y la mayor parte de las veces no causan ningún problema. No obstante, es recomendable conocer las posibles complicaciones y su forma de presentación, de cara a solicitar atención médica en caso de producirse.



Intervención de las Funciones Ejecutivas en la Escuela

Esperanza Bausela Herreras. Profesora Titular de Psicología Evolutiva y de la Educación. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Pública de Navarra

El éxito en varios aspectos de la vida depende en gran medida de contar con habilidades de funciones ejecutivas (FE, de aquí en adelante).

Los déficits en funciones ejecutivas (FE) durante la infancia han demostrado tener un impacto negativo en el rendimiento académico, el desarrollo social-emocional y el funcionamiento adaptativo en la vida posterior.

Estos déficits están presentes en todas las etapas del desarrollo en niños, tanto en aquellos con trastornos del neurodesarrollo como en aquellos que presentan un desarrollo normotípico.

Nos planteamos ¿cómo podemos trabajar y desarrollar las FE en el contexto del aula en escolares?

Son diversas las estrategias que podemos utilizar:

Tecnologías digitales: app y realidad virtual

Las tecnologías digitales (app y realidad virtual, entre otras) son actualmente una herramienta para la intervención en funciones ejecutivas (FE). El entrenamiento digital de las FE generalmente se centra en la memoria de trabajo y/o la atención, aunque ciertos enfoques también han intentado abordar la inhibición, aunque con menos éxito. Estos tipos de intervenciones utilizan práctica repetida y refuerzo en un intento de producir cambios estructurales en el cerebro, mejorando así la memoria de trabajo y las FE.

Se postula que el entrenamiento cognitivo produce un aumento o disminución de la activación en varias ubicaciones neuroanatómicas involucradas en el rendimiento de la tarea, pudiendo producir una reorganización funcional de la actividad cerebral.

Las tecnologías digitales eliminan la posibilidad de error humano en la implementación y permiten la medición precisa y exacta de múltiples comportamientos que van más allá del alcance de un solo examinador.

Los enfoques tecnologías digitales pueden implementarse de forma individual o grupal siendo éste el más propicio para el entorno educativo.

Dentro del entorno escolar, las tecnologías digitales de FE implementadas en grupo son más atractivas que las individuales, ya que reducen la necesidad de recursos adicionales, como personal, proporcionan datos completos con un esfuerzo mínimo por parte del psicólogo educativo y supervisan y adaptan continuamente la dificultad de la tarea según el rendimiento del escolar en una prueba dada.

Instrucción en estrategias

La instrucción en estrategias es un enfoque que proporciona herramientas y técnicas al estudiante para entender y aprender nuevo material o habilidades, permitiendo la aplicación directa e inmediata en diversas áreas escolares y de la vida. Meltzer, Pollica y Barzillai (2007) proponen instrucción directa de estrategias metacognitivas para abordar déficits en las funciones ejecutivas (FE). Los maestros pueden utilizar métodos de instrucción que incorporan técnicas de andamiaje y modelado.

La instrucción en estrategias es ideal para su uso en las escuelas porque enseñar habilidades para la vida que pueden generalizarse para resolver problemas en muchos ámbitos de la vida.

La instrucción en estrategias es un enfoque preferido sobre las intervenciones conductuales dirigidas a déficits de FE porque no solo ayudamos al niño a comprender sus debilidades, sino que también les damos las herramientas para remediar esas deficiencias. A diferencia de los enfoques conductuales, la instrucción en estrategias se centra en los procesos cognitivos.

El **Aprendizaje Basado en Proyectos** (ABP), es una estrategia que fomenta la inteligencia ejecutiva y permite desarrollar FE: planificación, supervisión, inhibición, entre otras.

Atención Plena (mindfulness) y Actividades Físicas

Con el tiempo, la comunidad científica ha desarrollado varias definiciones de la atención plena (mindfulness). Las actividades físicas y la atención plena, como meditación, artes marciales, yoga y actividad aeróbica, pueden mejorar las funciones ejecutivas (FE) en los niños, pero estas actividades requieren repetición y práctica para obtener los mejores resultados. La práctica de actividades de atención plena puede tener un efecto positivo en la salud física y mental.



Figura 1. Yoga

Juegos

Los juegos tradicionales de la infancia también pueden ayudar a mejorar las FE en los niños. Son fáciles de desarrollar en el entorno escolar, especialmente durante las clases de educación física o durante el recreo. Estas intervenciones informales de FE son más adecuadas para estudiantes en edad preescolar y los primeros años de la primaria. Destacamos algunos de ellos, como, por ejemplo, "Mamá, ¿puedo?", "Simón dice", "Luces Rojas, Luces Verdes", "Tú la llevas" y "Estatuas". Estos juegos permiten trabajar la memoria de trabajo y la inhibición de respuestas, principalmente. Algunos de

los juegos mencionados involucran ambos constructos de EF ("¿Mamá, puedo?", "Simón dice", "Estatuas"), mientras que otros tienden a ejercitar solo habilidades inhibitorias. Por ejemplo, en "Simón dice", se necesita memoria de trabajo para recordar responder solo las ordenes seguidos por las palabras "Simón dice", así como para tener en cuenta las reglas del juego y actuar apropiadamente. Los niños también deben ejercer habilidades inhibitorias para resistir distracciones presentadas por los líderes; en este caso particular, son las ordenes que no son precedidos por las palabras "Simón dice".



FIGURA 2. JUEGOS DE CONSTRUCCIÓN

Conclusiones

Es evidente que la base de investigación para las intervenciones de funciones ejecutivas (EF) en las escuelas está en sus primeras etapas, y los estudios futuros deberían incluir factores que examinen la generalización y los períodos de desarrollo óptimos para lograr la máxima efectividad.

El desarrollo de las funciones ejecutivas a través de las diferentes herramientas en el contexto del aula, compartidas con compañeros, en un contexto lúdico, es una forma agradable y para que los estudiantes y las escuelas contribuyan al desarrollo de las funciones ejecutivas.



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



Kenya Nekotxea Lezaun.

Enfermera Sección Enfermedades Transmisibles y Vacunaciones. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Sonia Domínguez Pascual.

Enfermera familiar y comunitaria. Medicina Preventiva e Higiene Hospitalaria. Hospital Universitario de Navarra

Aunque el herpes zóster (HZ) no es una infección que pone en riesgo la vida, puede ser muy incapacitante, ya que a menudo es dolorosa y el dolor puede persistir durante meses. La disponibilidad actual de la vacuna inactivada frente al HZ es una de las medidas más eficaces para la prevención y control de esta infección.

¿Qué es el HZ?

El herpes zoster (HZ) es una infección viral causada por la reactivación del virus varicelazóster. Tras haber padecido varicela el virus permanece adormecido o latente en el tejido nervioso y, posteriormente, se reactiva en diferentes situaciones en las que se producen alteraciones del sistema inmunitario.

¿Qué produce el HZ?

Los primeros síntomas del HZ generalmente son picazón, hormigueo o dolor intenso ardiente o punzante. Aunque la infección puede localizarse en cualquier parte del cuerpo, la mayoría de las veces aparece como una sola franja de vesículas (ampollas) que discurre por el lado izquierdo o derecho del torso siguiendo el trayecto del nervio al que afecta la infección

Una de las complicaciones más frecuentes y temidas de la infección es la neuralgia postherpética, que es un dolor persistente durante meses, que puede tener un importante impacto en la calidad de vida de la persona que lo padece.

¿Quién puede sufrir un HZ?

Toda persona que haya tenido una infección natural por el virus de la Varicela Zóster está en riesgo de sufrir una reactivación por HZ. La posibilidad de padecer un HZ aumenta con la edad, especialmente a partir de los 50 años y con situaciones de inmunosupresión y enfermedades crónicas.

Incidencia

Se estima que en la población general se diagnostican en torno a 3,5-4 casos de HZ por cada 1.000 habitantes. De ellos, el 68,8% en personas de 50 o más años de edad y el pico máximo de casos se alcanza en el grupo de 70-74 años de edad. Dado el envejecimiento de la población, su incidencia en todo el mundo ha aumentado en los últimos años.

¿Es una enfermedad grave?

A pesar de que el HZ presenta una baja mortalidad, el 97,2% de las muertes por HZ ocurren en personas de 65 años o más. El HZ y la neuralgia post-herpética pueden ser causa de hospitalizaciones sobre todo en personas mayores.

¿Qué vacunas tenemos disponibles?

En la actualidad, en Navarra se administra una vacuna inactivada (Shingrix®) para determinados grupos de población. Se administra mediante una inyección intramuscular y su pauta es de 2 dosis separadas entre 2-6 meses (en personas inmunodeprimidas: separadas entre 1 y 2 meses). Se estima que la duración de la protección es por lo menos de 10 años.

¿Es Shingrix® una vacuna eficaz y segura?

La vacuna ha demostrado una eficacia en la prevención frente al HZ de más del 95% y cercana al 90% en la prevención de la neuralgia post-herpética (NPH).

Esta vacuna se ha mostrado segura y eficaz en adultos con patologías preexistentes.

¿Qué efectos adversos más frecuentes tiene la vacuna?

Shingrix® es una vacuna muy segura y bien tolerada. Los principales efectos adversos son: dolor en la zona de inyección, mialgia, fatiga y cefalea. La mayoría de estas reacciones son de corta duración (2-3 días), e inferiores en las personas por encima de los 70 años de edad.

¿Qué personas tienen indicada esta vacuna?

En la actualidad, tienen indicada la vacuna aquellos pacientes que presentan mayor riesgo





HZ EN EL ABDOMEN PRUEBA HZ

de desarrollar HZ, que son las personas adultas con las siguientes condiciones: trasplante de médula ósea (progenitores hematopoyéticos), trasplante de órgano sólido (riñón, corazón,...), infección por VIH, hemopatías malignas, tumores sólidos en tratamiento con quimioterapia, antecedentes de 2 o más episodios con HZ y personas en tratamiento ciertos tratamientos inmunosupresores (incluidos anti-JAK).

También se ha incorporado la vacunación sistemática frente a HZ en la población general en las cohortes de 65 años y 75 años de edad. En 2024 se vacunará a los nacidos en 1949 y 1959.

¿Cómo puedo vacunarme?

Pregunta a tu médico de familia, enfermera de referencia o a tu especialista del hospital, ellos te dirán si tienes indicada la vacuna y dónde podrías administrártela.

¿Puedo vacunarme si no cumplo los criterios de financiación?

Sí, la vacuna está disponible para su dispensación en farmacia bajo receta médica desde el 1 de mayo de 2022 para mayores de 50 años.

¿Necesito alguna analítica de sangre antes/después de vacunarme?

Como norma general, no se recomienda la realización de pruebas serológicas antes o después de la administración de la vacuna frente al HZ.

¿Influye si he pasado la varicela en la vacunación?

No. La vacuna debe administrarse a las personas que han padecido varicela. Más del 90% de las personas adultas han pasado la varicela a lo largo de su vida y, por lo tanto, pueden desarrollar HZ.

En caso de haber sido vacunada o haber pasado recientemente varicela, se recomienda separar al menos 8 semanas la vacunación frente a HZ.

Si he pasado ya un HZ, ¿estaría indicada la vacuna con el objetivo de prevenir recidivas? ¿Cuándo podría vacunarme?

Las personas que han pasado la enfermedad pueden volver a sufrir la enfermedad más de una vez. Vacunarse frente a HZ, siempre que no existan contraindicaciones, podría evitar la aparición de nuevos episodios y por ello, se recomienda la vacunación.

La vacunación es segura en cualquier momento tras haber sufrido un HZ y recuperarse de las lesiones (desaparición de las vesículas). Las guías de vacunación existentes recomiendan retrasar la vacunación entre 6 meses y 1 año tras el HZ en población sana con la finalidad de obtener mayor respuesta a medio plazo. Sin embargo, en personas con inmunosupresión, dado el riesgo elevado de recidiva, se puede vacunar tras la recuperación del HZ.

¿Cuándo estaría contraindicado vacunarme?

De forma general, y como en otras vacunas, se debe posponer la vacunación frente al HZ en personas que padezcan fiebre o una enfermedad aguda grave. Sin embargo, la presencia de una infección menor, como un resfriado, no debe dar lugar a un aplazamiento de la vacunación.

La vacuna no debe administrarse en personas con historia de reacción alérgica grave (anafilaxia) a cualquier componente de la vacuna o a una dosis previa de la misma. Asimismo, no se aconseja su administración durante el embarazo.





Las artrografías son pruebas diagnósticas que permiten valorar las articulaciones, generalmente con un líquido llamado contraste (en el caso de la RM es contraste basado en gadolinio con suero fisiológico y en el caso del TAC un agente yodado con suero fisiológico) que realza áreas patológicas. Se administra el contraste directamente en la articulación por medio de una aguja y sirve para mostrar estructuras internas que no son valoradas correctamente con resonancia magnética o TAC convencional.

Las pruebas más habituales son el ARTROTC (TAC o escáner) que utiliza radiaciones ionizantes y la ARTRORM (Resonancia Magnética) utiliza campos magnéticos. Un médico es el encargado de introducir el contraste, ya sea de forma manual, o con ayuda radioscópica o ecográfica, por la cual puede ver la zona en la que se encuentra la aguja para inyectar el contraste. El paciente realizará unos movimientos durante unos minutos para que se reparta el contraste por la articulación. Es importante que la prueba no se demore mucho, ya que a la media hora el contraste empieza a ser reabsorbido por el cuerpo.

Las artroRM y artroTC más habituales

Las indicaciones para la artroRM de hombro son pacientes que sufren luxaciones repetitivas, lesiones del labrum glenoideo y ligamentos gleno-humerales, lesiones de SLAP, la inserción de la porción larga del bíceps e inestabilidad crónica, para la valoración de pequeñas estructuras.

La prueba de elección depende del médico solicitante ya que tiene similares indicaciones.

El contraste aparece brillante en determinadas secuencias y por ello podemos observar cómo se ha repartido por la articulación. La ArtroRM de hombro, se realiza el protocolo convencional de la RM de hombro añadiendo una secuencia en posición ABER (con el brazo hacia atrás). La artroTAC sirve para evaluar la existencia de cuerpos libres intraarticulares.

En la **artroRM de cadera** se valoran roturas de labrum, inestabi-

lidad de cadera y el síndrome del "impingement" femoroacetabular y displasia de cadera en adultos. Tanto la artroTC como la RM son capaces de detectar roturas del labrum

La artroRM de rodilla se suele realizar cuando una operación de meniscos no ha funcionado correctamente. La artroTC de rodilla se utiliza en roturas del menisco y en pacientes intervenidos, además sirve para valorar el ligamento cruzado anterior y el cartílago biolica.

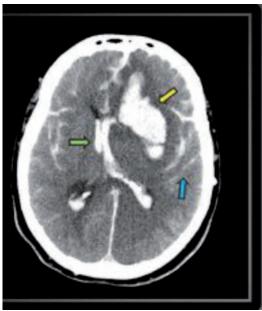
Tanto la **ArtroRM y ArtroTC del tobillo** se realiza en situaciones de inestabilidad del tobillo o en lesiones osteocondrales subastragalinas.

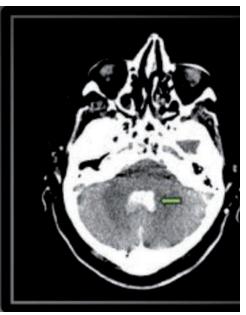
En el **codo** también se utilizan para inestabilidad crónica, lesiones osteocondrales y cuerpos libres.

En la **muñeca** para inestabilidad y lesiones del fibrocartilago trianquar

La artroTC se realiza en mayor medida en pacientes con claustrofobia o en pacientes obesos ya que la duración de la prueba es mucho menor y por lo tanto es más beneficioso para estos. También es utilizada, en pacientes portadores de algún implante contraindicado con la RM. Ambas son las pruebas de elección para patologías intraarticulares.







Carlos M. Majado Iglesias, Iván Fernández Elías y Paula Mutiloa Goñi. Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear. Hospital Universitario de Navarra

El uso de la Tomografía Axial Computerizada (TAC) en el Servicio de Urgencias ha aumentado exponencialmente durante la última década. La TAC de cráneo es la prueba radiológica que más se realiza después de la radiografía convencional.

¿Por qué motivo nos pueden solicitar un TAC craneal en el Servicio de Urgencias?

- Deficit neurológico agudo.
- Traumatismo craneoencefálico.
- Disminución del nivel de conciencia o coma.
- Cefalea.
- Convulsiones.
- Crisis epilépticas.

A nivel médico existen dos escalas internacionales que determinan la indicación de TAC craneal urgente:

- CANADIAN CT HEAD RULE(REGLA CANADIENSE)(CCHR: STIELL ET AL: 2001)
- NEW ORLEANS CRITERIA(CRITERIOS DE NUEVA ORLEANS)(NOC: HAYDEL ET AL:2000)
- ESCALA DE COMA DE GLASGOW(ECG):

Es una escala mundialmente reconocida para la clasificación de pacientes con traumatismo craneoencefálico de acuerdo a su compromiso neurológico. Esta escala evalúa la apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. La disminución del nivel de consciencia y una puntuación baja en la escala de coma de Glasgow son los datos clínicos más relevantes que llevan al médico de urgencias a solicitar un TAC craneal para el paciente.

Un diagnóstico precoz de algunas patologías craneales, como hemorragias o sospechas de accidentes cerebrovasculares, las cuales son tiempodependientes, es decir, cuanto más tiempo pase la patología sin tratarse, más riesgo habrá de daño cerebral incluso la muerte del paciente.

Es fundamental y muy necesario desarrollar protocolos para la indicación correcta de la TAC craneal urgente. Que estos protocolos están consensuados y definidos entre los departamentos de Radiología y Urgencias del hospital.

La interpretación preliminar de una TAC craneal de urgencia por parte de los técnicos especialistas de Radiología puede ayudar enormemente a la hora de informar al equipo de médicos especialistas del departamento. Éstos, en comunicación con los médicos solicitantes de Urgencias, tomarán las decisiones necesarias para el paciente.

Por ello, es determinante la actuación rápida y coordinada del equipo radiológico, en la atención de Urgencias. Será el diagnóstico el que marcará el tratamiento.

La realización de pruebas de TAC craneal innecesarias en el Servicio de Urgencias expone a los pacientes a radiación ionizante innecesaria y genera costos adicionales para el Sistema de Salud, disminuyendo la eficiencia y rendimiento del hospital.



Izaskun Artuch Rey. Fisioterapeuta en el Hospital Universitario de Navarra. José Ángel Santolaya Viteri. Fisioterapeuta en Mutua Navarra

El dolor patelofemoral

(dolor alrededor, detrás o debajo de la rótula) es muy común y afecta tanto a hombres como a mujeres de todos los niveles de actividad. A menudo genera dolor durante actividades simples de la vida diaria como caminar, correr, sentarse, acuclillarse y bajar/subir escaleras.

El dolor patelofemoral tiene muchas causas, habiendo por ello muchas opciones de tratamiento. En este articulo exploraremos algunas estrategias sencillas para el manejo del dolor femoropatelar y restaurar la funcionalidad de la articulación.

¿Por qué puede doler la rodilla?

Se cree que la carga excesiva o los aumentos rápidos y variados de la actividad física por encima de los niveles que la rodilla puede soportar, pueden llevar al desarrollo del dolor. La mala biomecánica (movimiento), estructura de la rodilla, traumatismos, cirugías y enfermedades sistémicas también puede contribuir a la aparición del dolor.

Factores clave para abordar y opciones de tratamiento

 Mal funcionamiento y debilidad de los músculos de la cadera y muslo. Ejercicios específicos para fortalecer la musculatura abductora de cadera, así como cuádriceps e isquiotibiales ayudaran proporcionando un mejor soporte y estabilidad a la articulación de la rodilla. En un primer momento su terapeuta puede sugerir un periodo de descanso antes de empezar de nuevo el ejercicio. Los ejercicios sentado o acostado, al principio pueden ayudar a que los músculos de muslo y cadera trabajen sin dolor. Tan pronto como el dolor lo permita se deben realizar ejercicios de posturas en carga (de pie) que imiten actividades cotidianas y progresar hacia aquellas actividades con las que anteriormente tenía dolor (acuclillarse, subir escaleras, correr etc.). A veces ejercicios para el pie o la espalda también serán necesarios. Los ejercicios no ayudaran a menos que se realicen correctamente y de forma regular. Un fisioterapeuta puede diseñar un programa de

ejercicios adaptado a las necesidades individuales.

• Demasiado balanceo del pie (pronación).

El tipo de calzado puede influir en la distribución del peso y presión sobre las rodillas, por tanto, un calzado adecuado para la actividad física puede reducir la carga en la rótula y disminuir el riesgo de molestias. Si fuera necesario podemos recurrir a aparatos ortopédicos (plantillas), siempre recomendados por un especialista.

- Control del peso: el exceso de peso puede aumentar la presión sobre las rodillas, contribuyendo al dolor femoropatelar. Mantener un peso saludable mediante una dieta equilibrada y ejercicio regular puede aliviar la carga en las articulaciones y reducir la probabilidad de dolor.
- Su recuperación será mejor si participa activamente en la rehabilitación, modificar adecuadamente el nivel de actividad es a menudo el primer paso hacia una recuperación exitosa.

Conclusión

El manejo del dolor femoropatelar implica una combinación de cuidados en el hogar, cambios en el estilo de vida, y en algunos casos, asesoramiento profesional. Al abordar el problema de manera integral, es posible aliviar el malestar y mejorar la calidad de vida. Recuerda siempre consultar con un profesional de la salud para obtener el diagnóstico y tratamiento adecuados.

≃ zonahospitalaria = enerofebrero 2024 = nº 105

¿Qué es en realidad tu grupo sanguíneo?

	Grupo A	Grupo B	Grupo AB	Grupo O
Eritrocito	A	В	AB	
Anticuerpos en plasma sanguíneo	Anti-B	Anti-A	Ninguno	Anti-A y Anti-B
Antígenos en los eritrocitos	P Antígeno A	† AntígenoB	∳ † Antígenos A y B	Ninguno

Miriam Sáenz de Cos y Marina Beroiz Salaverri. Técnicas de laboratorio del Hospital Universitario de Navarra

Nuestra sangre está compuesta por una parte líquida llamada plasma que contiene agua, sales minerales y proteínas, y una parte sólida formada por las células sanguíneas que son los glóbulos rojos o eritrocitos, los glóbulos blancos y las plaquetas.

El grupo sanguíneo es un sistema de clasificación de la sangre. Para poder determinar el grupo de una persona hay que entender dos conceptos clave:

- Antígenos: proteínas heredadas de nuestros padres que se encuentran en la superficie de los glóbulos rojos. Se sabe que hay más de 300 relacionados con el grupo sanguíneo, siendo los más importantes el A, el B, el O y el D (grupo Rh, el que indica si somos positivos o negativos).
- Anticuerpos: glucoproteínas del plasma producidas por el organismo con capacidad de reconocer específicamente un antígeno que detecta como extraño y de unirse a él con la finalidad de destruirlo.

Ahora bien, ¿cómo se determina en el laboratorio qué grupo somos cada uno de nosotros?

La forma más sencilla es hacer reaccionar una gota de la sangre del paciente que contiene sus correspondientes antígenos en los glóbulos rojos con anticuerpos que reconozcan esos antígenos. Los anticuerpos son comercializados para poder realizar pruebas de aglutinación poniendo en contacto una muestra de sangre con un anticuerpo: si en la sangre, en la superficie de los glóbulos rojos, se encuentra el antígeno correspondiente, los anticuerpos se unirán y se producirá aglutinación (observaremos pequeños grumos); si el antígeno no está, no pasará absolutamente nada. En el laboratorio se trabaja con anticuerpos comercializados anti-A, anti-B, anti-AB y anti-

D. El procedimiento es el siguiente: colocamos en una placa una gota de cada uno de ellos y les añadimos una gota de sangre, mezclamos y observamos si se produce aglutinación o no. Si hay, significa que el antígeno correspondiente a ese anticuerpo está presente en el glóbulo rojo, definiendo así el grupo.

De esta manera, si la sangre aglutina con el anticuerpo anti-A, el anti-AB y el anti D y no con el resto, estaríamos ante un A+; si por el contrario no aglutina con ninguno, sería un 0-.

Entonces ¿qué sucederá si se le transfunde a una persona sangre incompatible con su grupo sanguíneo?

Los anticuerpos presentes en el plasma (parte líquida de la sangre) del receptor actuarán atacando los glóbulos rojos de la sangre que se ha transfundido, ocasionando que estos se rompan, lo que se denomina hemólisis. Como respuesta, en el paciente se generará una reacción transfusional que puede darse en forma de escalofríos, fiebre, náuseas y vómitos hasta una insuficiencia renal, llegando incluso a la muerte.

Por todo esto resulta de vital importancia conocer el grupo sanguíneo de los pacientes antes de realizarle una transfusión sanguínea evitando así que esto se produzca. Para ello, en el laboratorio, además de la determinación del grupo sanguíneo, se realizan pruebas mucho más exhaustivas con el fin de no comprometer la seguridad del paciente a la hora de transfundir.

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



IZONA HOSPITALARIA NAVARRA 2024



CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LA REVISTA ZONA HOSPITALARIA NAVARRA

- Zona Hospitalaria Navarra se edita en papel y en digital (www.zonahospitalaria.com). Se financia exclusivamente con la publicidad.
- La escribe el profesional sanitario público y privado de Navarra: médicos, enfermeras, psicólogos...
- Tamaño DIN A4 (210 mm ancho x 297 mm alto).
- Tirada 8.000 ejemplares.
- Tiene 2.146 suscriptores (en aumento cada semana), a los que se les envía por email el pdf de la revista.
- Periodicidad Bimestral (un número cada dos meses = 6 números al año).
- Distribución el día 1 de los meses pares: 1 Feb, 1 Abr, 1 Jun, 1 Ago, 1 Oct y 1 Dic. Se reparte en los edificios del Hospital Universitario de Navarra y en 15 Centros de Salud de Pamplona.



FORMATOS Y TARIFAS DE PUBLICIDAD EN LA REVISTA

-ANUNCIO EN CONTRAPORTADA, tamaño 210 mm ancho x 297 mm alto = 1.200 €+IVA/Número.

-ANUNCIO O PUBLIRREPORTAJE DE 1 PÁGINA INTERIOR (tamaño 210 mm ancho x 297 mm alto, texto con 3.000 caracteres, incluidos los espacios entre palabras, + fotografía de cabecera, + datos de la empresa: logotipo, dirección, teléfono y web + foto, con/sin anuncio faldón de 182 mm ancho x 60 mm alto), con promoción en la web y en las redes sociales de Facebook y Twitter = 600 €+IVA/Número.

-ANUNCIO DE 1/2 PÁGINA tamaño 182 mm ancho x 130 mm alto = 400 €+IVA/Número.

-ANUNCIO FALDÓN tamaño 182 mm ancho x 60 mm alto = 300 €+IVA/Número.



NOTA: Las empresas que participéis durante seis números seguidos (un año) abonáis cinco inserciones y la sexta gratis.

BANNER o ARTÍCULO EN LA WEB: zonahospitalaria.com

- 1-Publicar el banner de cabecera en todas las páginas, tamaño 1092 ancho x 96 pixeles de alto, son 200 €+IVA/mes.
- 2-Publicar un banner de 1 módulo solo en la página Home, tamaño 230 ancho x 170 pixeles de alto, son 100 €+IVA/mes.
- 3-Publicar un banner de 1 módulo, en la página de Navarra o Aragón son 50 €+IVA/mes y página.
- 4-Publicar un artículo solo en la web (página Home), durante 2 meses, son 200 €+IVA.

NOTA: Según Google Analytics, la web de **ZH** tuvo en 2022 más de 5.300.000 visitas.



CALENDARIO ANUAL (6 publicaciones/año)

- -Publicación de los artículos el día 1 de los meses pares: 1 feb, 1 abr, 1 jun, 1 ago, 1 oct y 1 dic.
- -Necesito el contenido 20 días antes de la distribución: 10 ene, 10 mar, 10 may, 10 jul, 10 sep y 10 nov.



M 618 463 122 redaccion@zonahospitalaria.com



