medicina salud cultura

zonahospitalaria

medikuntza, osasuna eta kultura ospitaleko gunea

www.zonahospitalaria.com añoVIII noviembrediciembre2013 nº44

Feliz Navidad
Zorionak

2 Carta a los Reyes Magos 3 Colocación de implantes dentales guiados por ordenador 4 Lactancia materna 6 Jubilación 8 Como cuidar la alimentación en Navidad 10 En Navidad comemos con pan 12 Nuevos tiempos para el trasplante 13 Próstata y sexo ¿Existe alguna relación? 14 Actuación de enfermería ante la luxación anterior del hombro 16 La importancia del diagnóstico por imagen en la detección de enfermedades 17 Un equipo odontológico digno de confianza 18 Recomendaciones ante una hipoglucemia 20 70 aniversario del Hospital San Juan de Dios 22 Endoprótesis en aneurisma abdominal 24 Síndrome del túnel carpiano 25 Angina de pecho 26 La importancia del ácido fólico preconcepcional 28 El voluntariado en salud mental 30 La hemorragia subaracnoidea y aneurismas cerebrales

ÉDITOS en página 18

Zona Hospitalaria/*Ospitaleko gunea* Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona **Edita/*Edizioa*** PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L. **Dirección/*Zuzendaritza*** Alfredo Erroz **Redacción/*Erredakzioa*** (redaccion@zonahospitalaria.com) **Fotografía, diseño y producción/*Argazkiak, diseinua eta produkzioa*** PubliSic **Fotografía portada/*Azaleko argazkia*** Archivo **Publicidad/*Publizitatea*** 948 276 445 (aerroz@publisic.com) **D.L./*L.G.*** NA2471/2006 **ISSN** 2253-9026.

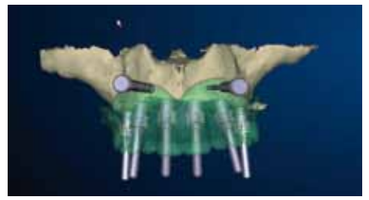
© PubliSic S.L. El material impreso en esta publicación sólo se puede reproducir si se cita su procedencia. El editor no comparte necesariamente las opiniones y criterios de sus colaboradores expresadas en esta revista. *PubliSic S.L. Argitalpen honetan inprimaturiko materiala soilik bere jatorria aitortzen bada erreproduzi daiteke. Editoreak ez du nahitanahiez aldizkari honetan kolaboratzaileek adierazten dituzten iritzi eta irizpideekin bat egin beharrik.*

NAVIDAD 2013. CARTA A LOS REYES MAGOS

Queridos Reyes Magos,

Me llamo José Ignacio, y trabajo como Capellán en este Complejo Hospitalario de Navarra.
El año pasado, también os escribí una carta. Como la escribí con el ordenador la pude archivar y he tenido la oportunidad de poder leerla. No me puedo quejar, de verdad, no me lo concedisteis todo, pero no hay que ser egoísta, hay que repartir. Seguro que habéis hecho lo que habéis podido.
Os envío esta carta por medio de vuestros Pajes Reales, aunque ahora os encontráis en Oriente. Sé que me escucháis porque sois mágicos.
Ya cercana la Navidad, estoy haciendo la lista donde va incluida las felicitaciones y los detalles para mis amistades y mis seres queridos. Pero lo que me gustaría recibir para mí y para poder entregar a los demás, no lo encuentro en las estanterías de ningún comercio. Son cosas que no tienen precio, y que no podemos pagar por mucho límite que nos quede en la Visa.
No voy a ser egoísta y no os voy a pedir muchas cosas, aunque os advierto que no van a ser fáciles.
- Me gustaría pediros el cielo para todas aquellas personas cercanas que nos han dejado en este año. Puedo poner muchas caras y nombres de enferm@s que he asistido y de seres queridos, que ya no están. Buena gente todos ellos, y se merecen una eternidad llena de alegría y de paz.
Quisiera pediros la serenidad para sus familiares y para todos los que nos hemos quedado con un vacío en el alma por su pérdida física. Especialmente, quiero que dejéis un paquete grande para esos niños pequeños que de una forma traumática o por enfermedad perdieron a sus papás.
- No os podéis olvidar de todos aquellos que necesitan encontrar un sentido a todo lo que les ha ocurrido en este año. A los que les ha sorprendido una enfermedad, y a los que pasarán otra Navidad en el Hospital. Enséñadles a comprender que no tienen que culpar a Dios de su dolor y sufrimiento. Dejadles a los pies de su cama unas instrucciones, para que encuentren fácilmente la dirección adecuada que les permita llegar hasta la meta final sin resentimientos, sin cansancio. Especialmente te quiero pedir por todos los enfermos de este Complejo Hospitalario, por las madres y padres de todos los niños enfermos…. Y a tantas y tantas caras llenas de miedo
y desesperanza que veo a diario cuando estoy en mi trabajo, en este Complejo Hospitalario.
Si no os veis capaces de traer todo esto, porque no lo tenéis o porque no depende de vosotros, hablad con vuestro amigo, con el Niño Jesús. Tenéis línea directa con Él y seguro que os ayudará. Por último, os pido para los niños, para los enfermos y ancianos el mejor regalo: que les demos más de nuestro tiempo, de nuestra compañía, de nuestro cariño y de nuestras personas.

Con mucho cariño
José Ignacio -Capellán del Complejo Hospitalario-.



Colocación de implantes dentales guiados por ordenador

Dr. Carlos Concejo Cútoli. *Cirujano Oral y Maxilofacial.*
Dr. Ricardo Ruiz de Erenchun Purroy. *Cirujano Plástico y Estético.*
Clínica Cross
Pza. Europa, 13. Ciudad del Transporte. 31119 Imarcoain-Navarra
T 948 853 668. www.clinicacross.es

La medicina y la odontología han experimentado grandes avances en los últimos años. Así, la implantología dental se ha beneficiado del desarrollo de nuevas tecnologías que facilitan el proceso quirúrgico y evitan complicaciones.

Es el caso de implantología mínimamente invasiva guiada por ordenador. Esta técnica consiste en colocar los implantes dentales sin tener que realizar ningún corte en la encía y por tanto prácticamente sin dolor, ni inflamación, ya que no existen heridas visibles.
Para poder realizar esta técnica es necesario solicitar un escáner de los maxilares del paciente. Las imágenes obtenidas del escáner se introducen en un ordenador y por medio de un sofisticado programa de planificación tridimensional es posible visualizar en la pantalla una reconstrucción en tres dimensiones a tamaño real de los huesos de la cara.
Una vez obtenida la imagen en el ordenador el programa permite "operar" de forma simulada al paciente. Es decir, se puede elegir de forma cuidadosa cuales son los mejores sitios para colocar los implantes.
Una vez decidido donde deben ir los implantes se solicita a través de internet una plantilla quirúrgica que permitirá copiar de forma muy exacta la planificación realizada.
La plantilla se recibe en pocos días y ya se pueden colocar los implantes. Está plantilla encaja perfectamente en la encía del paciente y a través de ella se colocan los implantes. Se trata de una técnica sencilla, rápida y fiable.

Ventajas

Las ventajas para el paciente son las derivadas de no tener que realizar cortes, es decir al no haber heridas prácticamente no hay dolor ni inflamación por lo que el postoperatorio es muy confortable pudiendo llevar una vida absolutamente normal desde el primer día de la intervención.
Pero sin duda la ventaja más importante es la seguridad de que la colocación de los implantes se ha realizado con un sistema muy preciso que garantiza la colocación perfecta de los implantes en el lugar más idóneo.
La planificación es tan exacta que permite tener preparada una prótesis provisional para atornillarla a los implantes nada más colocarlos. Es lo que se denomina prótesis de carga inmediata.
Otras de las muchas ventajas de colocar los implantes dentales con esta técnica es que al no realizar cortes no son necesarias las suturas y se reduce de forma importante el tiempo de la intervención.
Finalmente esta técnica permite colocar implantes en casos complejos donde hay poco hueso ya que permite "buscar" y aprovechar al máximo todas las zonas del maxilar, lo que sería casi imposible sin la ayuda de esta tecnología.

Lactancia materna

Ana Lostao Villamayor y Leyre Osés Ayúcar
Matronas Complejo hospitalario B

Cuando una mujer está contemplando la opción de dar de mamar al hijo que espera, es natural que albergue dudas y preocupaciones.

La organización mundial de la salud recomienda que los niños sean amamantados durante los seis primeros meses de vida con lactancia materna exclusiva, sin darle ningún otro alimento o bebida. A partir de los seis meses se recomienda seguir amamantando e ir introduciendo paulatinamente otros alimentos.
La lactancia no es un esfuerzo y mucho menos un sacrificio que la mujer hace por el bien de su hijo, sino una parte de su propia vida, de su ciclo sexual y reproductivo. Un derecho que nadie le puede arrebatar.

¿Por qué es tan importante la lactancia natural?

Para el bebé, la leche materna es única en composición y temperatura. El bebé la asimila mas fácilmente que los preparados de leche artificial y cuenta con unas condiciones higiénicas óptimas.
Es rica en anticuerpos (inmunoglobulinas) que le ayudarán en la prevención de enfermedades y estimula el propio desarrollo inmunológico del bebé.
Disminuye la incidencia de enfermedades tales como obesidad, hipertensión, colesterol, diabetes, arterioesclerosis, muerte súbita del lactante, alergias, cánceres infantiles...
Favorece el desarrollo cognitivo del bebé y facilita el vínculo afectivo con su madre.
Para la madre, supone una mejor recuperación postparto. Al amamantar aumenta la contracción uterina y el útero vuelve más rápido a su lugar y tamaño original. AL recuperarse el útero más rápido, disminuye el sangrado y mejora la anemia.
Dar el pecho ayuda a bajar de peso más fácilmente, sobre todo si mantenemos la lactancia varios meses.
Las mujeres permanecen más tiempo sin reglas, lo que produce un ahorro de hierro y un espaciamiento de los embarazos, necesario para la buena recuperación materna.
Disminuye el riesgo de cáncer de mama, cáncer de ovario, artritis, diabetes, enfermedad coronaria, fracturas espinales y de cadera...
Produce bienestar emocional: favorece la unión afectiva con el bebé.
Menos depresión posparto, las hormonas que intervienen en el amamantamiento ejercen de tranquilizante natural, llenando a la madre de un sentimiento de calma y bienestar.
Al dar el pecho se ahorra tiempo y dinero.

¿Cómo es la anatomía de la mama?

El pecho está formado por glándulas y tejido graso. El número de glándulas es el mismo en todas las mujeres por eso el tamaño del pecho no tiene nada que ver con la capacidad de producir leche, desde las glándulas hasta el pezón pasa la leche a través de los conductos galactóforos que, al llegar a la areola forman unos pequeños senos donde se almacena la leche antes de salir.

¿Cómo se produce la leche?

La hipófisis es una glándula del cerebro que fabrica Oxitocina y Prolactina. Es la expulsión de la placenta lo que pone en marcha el proceso. Si el niño mama mucho, habrá mucha prolactina y mucha leche, si mama poco habrá poca leche. Es como si al succionar el bebé diera la orden al cerebro de que tiene que fabricar mas leche. El principal efecto de la Oxitocina es la contracción de las fibras musculares, en este caso de la mama, para favorecer la salida de la leche. Puede que los nervios de una madre primeriza no favorezcan el amamantamiento pero la humanidad ha vivido guerras, hambre..., épocas difíciles, y ha seguido lactando y alimentando a sus bebés, no son los nervios y las preocupaciones los que hacen que se vaya la leche sino la introducción de los biberones. Si le damos a nuestro hijo un biberón porque no se sacia nuestro cerebro no recibe la orden de seguir fabricando leche y cada nuevo biberón será un estímulo menos, así se suspenderá la lactancia de forma paulatina, muchas veces sin ser el deseo de las madres.
Digamos que la succión del bebé es el estímulo de la producción de leche, incluso una madre de gemelos fabrica leche para dos bebés porque el estímulo también es doble.

¿Cuál es lacomposición de la leche?

La cantidad de grasa en la leche aumenta a lo largo de la toma. Al comenzar la toma, la leche es aguada y rica en lactosa, pero a medida que el bebé succiona aparece una leche más grasa, más cremosa, con más calorías y que le llena más. Podemos ofrecerle al final el otro pecho y la siguiente toma empezaremos retomando el segundo.

¿Qué tipos de leche hay?

El estómago del bebé sigue madurando incluso después del parto, al nacimiento su capacidad es muy limitada. Por eso la mama adapta la composición de la leche a cada momento de vida del bebé.
El primer tipo de leche se denomina Calostro. El calostro es fluido, amarillento, espeso y de escaso volumen. Tiene elevado contenido en inmunoglobulinas (defensas), encimas que favorecen la digestión y factores de crecimiento que ayudan a la maduración del sistema digestivo del bebé recién nacido y por esto se le llama "la primera vacuna". También estimula el intestino por su efecto laxante y favorece la expulsión del meconio (las primeras heces). Tiene una duración variable, unos tres días posparto.

La leche de transición tiene una composición intermedia entre el calostro y la leche madura.
La leche madura: Se compone principalmente de agua (90%) y el resto (10%) está compuesto de hidratos de carbono, proteínas y grasas. Éstos dan energía al bebé, protección contra infecciones y le ayudarán a crecer.

¿Cómo se debe dar el pecho?

Debemos empezar tras el parto, cuanto antes mejor para ambos. No se trata de alimentar al bebé que ahora no lo necesita, sino de darle la bienvenida; calmar el estrés que le ha supuesto el parto, aprovechar que su instinto de succión es muy vigoroso y que suele estar muy despierto y receptivo en las primeras horas.
Se ha demostrado que las madres que dan de mamar tras el parto y con tomas frecuentes, tienen menos problemas con la lactancia y la mantienen durante más tiempo.
No es necesario lavarse el pecho ni antes ni después de las tomas.
Se debe dar el pecho a demanda, es decir cuando el bebé quiera. Nos debemos olvidar de los relojes. Los bebés no tienen una alarma interna que los despierta cada tres horas, no hacen todas las tomas iguales.
El niño exprime el pecho desde los senos galactóforos donde se almacena la leche. Así que debe tener dentro de la boca el pezón y la mayor parte de areola posible. Los labios estarán evertidos (hacia fuera).
Debemos acercar el niño al pecho y no el pecho al niño, enfrentar la tripita del bebe con la de la mamá, el pezón quedará a la altura de la nariz, la cabecita del bebe quedará apoyada en el antebrazo, y la mano de la madre en su espalda.
Los bebes nacen con el reflejo de búsqueda, el roce del pezón alrededor de la boca provoca que la abran moviendo la cabeza hacia los lados y cuando al fin se deciden y la abren por completo, es el momento de ayudarle acercándole hacia el pecho para que quede bien metido en la boca.
Cambiar de posición de vez en cuando nos ayudará a vaciar bien algunas partes de la mama que son mas tendentes a retener la leche.
Los bebés sanos no necesitan biberones ni chupetes. Pueden confundir al bebé durante las primeras semanas ya que su lengua, boca y mandíbula se mueven de distinta forma cuando succiona del pecho que cuando chupa de la tetina. Es conveniente esperar al menos un mes y medio en caso de utilizarlos.

¿Cómo saber si está tomando lo suficiente?

Nos tranquilizará saber que si los primeros días mancha uno o dos pañales de heces y seis u ocho de pis, está tomando la cantidad suficiente. El bebé mama unas 8 veces al día. Tendrá un aspecto saludable, buen color, estará alerta, activo, y responderá bien a los sonidos, luces y caricias.

¿Qué alimentación debe seguir la madre?

No hay alimentos prohibidos en la lactancia. Lo más recomendable es llevar una dieta variada, sana, equilibrada y beber abundantes líquidos, unos 2-2,5 litros al día.

Jubilación

Ángel Albéniz Ferreras
Psicólogo clínico de Fundación Argibide

La jubilación no debe verse como algo amenazante en sí misma, sino más bien sus condiciones. Pueden existir factores económicos, de disponibilidad de medios y de salud que la compliquen enormemente, como en cualquier otra época de la vida, pero la jubilación no es "mala".

Hay que reconocer que hoy en día la jubilación no ofrece precisamente un panorama alentador en estos aspectos fundamentales y ello quizás explique cómo en estudios recientes detectan que la actitud hacia la jubilación sea más desfavorable (51%) que favorable (36%) o neutra (13%) lo cual no significa que las personas no quieran jubilarse sino que deban hacerlo bajo las condiciones actuales.

Actitudes ante la Jubilación

Las actitudes más frecuentes ante la jubilación son las de rechazo, aceptación, liberación, oportunidad y ambivalencia.

La actitud de rechazo hacia la jubilación hace que se niegue ésta, quizás por haber sobrevalorado la faceta laboral. La vida como persona jubilada se percibe vacía de sentido, sin la posibilidad de mantener el estatus /o el nivel de vida previo.

La aceptación conlleva una actitud conformista y resignada, se acepta la jubilación como algo inevitable como una etapa más que debe enfrentarse.

La idea de liberación tiene el riesgo de provocar aburrimiento y apatía por la falta de expectativas, proyectos y actividades con las que llenar el tiempo.

Percibir la jubilación como una oportunidad significa que la persona desea jubilarse para poner en marcha proyectos y actividades en muchos casos más enriquecedoras que el trabajo que se ha abandonado.

La actitud ambivalente es la presentación conjunta de varias de las actitudes anteriores.

Jubilación y Personalidad

Se debe partir de la base de que quien haya presentado malas o costosas adaptaciones a lo largo de su vida es probable que, por mucho que quiera su jubilación, siga manifestando patrones de desadaptación.

Las personas menos afectivas, más ansiosas, con tendencia a la culpabilidad, con un grado de fragilidad elevado a las circunstancias del día a día y que evitan responsabilidades y el tomar decisiones, tendrán más dificultades durante su etapa de jubilación. Contrariamente, las personas afectuosas, tranquilas, ecuánimes en sus juicios sobre los errores, capaces de minimizar lo que no es importante, responsables de sus decisiones y que no evitan afrontar los problemas tendrán mayores probabilidades de buena adaptación.

La crisis vital que conlleva la jubilación comienza aproximadamente dos años antes de que se produzca la misma y continúa dos años después del cese laboral. Lo habitual es que la mayoría de las personas resuelvan favorablemente esta crisis pero es también en este período de cuatro años cuando pueden detectarse signos de desadaptación iniciales a la nueva etapa vital tales como ansiedad, irritabilidad, inquietud, disgusto, alteraciones del ritmo sueño – vigilia o cierto grado de hostilidad hacia el entorno.

Jubilación y Género

Las mujeres hasta ahora mostraban una mejor adaptación que los hombres a la jubilación, ya que aunque la mujer se hallase profundamente vinculada con su trabajo el mantenimiento del rol del cuidado y atención del hogar venía a amortiguar el impacto de la jubilación.

No obstante, la progresiva tendencia actual del reparto de tareas en el hogar y la masiva incorporación de la mujer a puestos de trabajo "de primera línea" es posible que modifiquen este hecho. Es sólo en condiciones de igualdad plena cuando se podrá valorar el peso real de la variable de género en la adaptación a la jubilación.

Jubilación,temores y su afrontamiento

Los principales temores vienen vinculados a la pérdida de rol profesional, sobre todo en profesionales de alto status, la merma de ingresos, la modificación del ritmo de la vida cotidiana, la reestructuración de los contactos familiares y sociales y el qué hacer con semejante cantidad de tiempo.

La mejor forma de afrontamiento es planificar sobre lo que ya sabemos que nos estabiliza (lectura, vida social, incremento del conocimiento, ejercicio físico etc.) y diseñar un proyecto personal sobre lo que Carl Rogers llamó "Condiciones del Funcionamiento Pleno de la Persona".

Apertura a la experiencia: No situarse a la defensiva, no desfigurar la realidad y no disculparse ante las dificultades.

Vivir la existencia: Aprovechar el momento presente en plenitud.

Confiar en sí mismo, en los propios sentimientos, en la autoeficacia y en las habilidades particulares.

Libertad experiencial: Asumir las responsabilidades de nuestras actuaciones.

Creatividad: Haciendo bien lo que nos toque hacer y que ello sea bueno para otros.

Es importante ir preparando este proyecto de jubilación sin plantear objetivos inalcanzables o muy por debajo de la capacidad real de la persona, ya que una llevará al desencanto y la otra a la apatía, la dejadez y el abandono. El mismo ejercicio de planificación es positivo ya que incrementa la confianza para afrontar esta nueva situación.

La gestión del tiempo

No existe un estándar de ocupación del tiempo pero se debería tener en mente lo siguiente:

- Mantenga un ritmo de sueño – vigilia similar al que tenía antes de jubilarse. No pase mucho tiempo en la cama.
- No se plantee que su obligación principal va a ser dedicar la mayor parte de su tiempo a actividades del hogar y de la familia.
- No esté más de dos horas y media diarias mirando el televisor, seleccione y vea lo que le guste, no se deje llevar por la programación. Tampoco esté más de dos horas seguidas realizando actividades sedentarias.
- Mantenga una o dos actividades, fuera de casa, que le exijan un contacto social, una actividad manual (no sólo "manualidades"), y un ejercicio intelectual (refrescar algún idioma, clubes de lectura, talleres de manejo de móviles y ordenador etc.,)
- Si ha practicado deporte siga haciéndolo, si no es así haga todos los días algo de ejercicio físico que le guste, no necesariamente hay que exprimirse en un gimnasio ni fatigarse haciendo lo que a otros les gusta pero a usted no. Un día a la semana "compita" contra usted mismo y/o contra sus amigos/as.
- Algunas asociaciones requieren voluntarios para actividades solidarias, si así lo desea puede ofrecer parte de su tiempo para ello. Es importante que siga la forma de hacer de cualquier institución a la que acuda, no trate de imponer nada.

Las relaciones sociales

Una de las variables sociales que más influye en la jubilación es el apoyo social percibido de personas relevantes, principalmente familia, amigos, compañeros etc. No sólo se trata de tener familia, amigos y vecinos, sino de que realmente se aprecie que dichas personas aportan cierto grado de soporte o tejido social. Hay que tener en cuenta que la persona

jubilada va a pasar por una fase de reorientación donde tiene que construir un nuevo sentido de identidad, para ello este apoyo social es fundamental en su vida y, a veces, en este proceso de reorientación pueden cometerse errores "por exceso" al no poner medida a la disponibilidad del tiempo del que se dispone, que, en ningún caso, es el mismo del de otros.

La vida en pareja se ha mostrado como un factor de estabilidad en las personas que se jubilan, por eso, y si no lo ha hecho todavía, enamórese y exprese sus sentimientos, a ver qué pasa.

Si usted está felizmente casado/a cultive esa relación siempre pero vaya entrenándose a pasar más tiempo con su pareja unos años antes de jubilarse, ya verá que bien le va.

Ni se le ocurra cambiar lo que lleva décadas funcionando, si su esposa "ha pilotado" el hogar con solvencia ayúdele a seguir haciéndolo, pero la que manda es ella.

Como cuidar la alimentación en Navidad

Helena Vicente García. *Dietista-Nutricionista. Colegiada NA00005*

Ya tenemos las Navidades a la vuelta de la esquina y con ellas, los excesos culinarios propios de las fechas. Evitar ganar unos kilos en estos días parece que es "misión imposible", pero no es así. Si nos ceñimos a las festividades, durante los 15 días que duran estas fiestas, en realidad solo 4 o 5 son las jornadas señaladas para estas copiosas comidas. ¿Y el resto? En cuanto al resto de los días deberemos seguir una alimentación equilibrada y saludable que nos impida ganar peso.

Debemos intentar hacer 5 comidas al día, comer variado aumentando el consumo de frutas y verduras y ensaladas que durante esos días festivos se dejan un poco de lado; comer carnes y pescados magros utilizando tecnologías culinarias sencillas (plancha, horno, vapor...) y evitando frituras o rebozados que aporten un extra de grasa a los alimentos; también es aconsejable reducir el tamaño de las raciones utilizando, por ejemplo, platos más pequeños de postre; es importante beber abundante agua a lo largo del día, en detrimento de las bebidas alcohólicas, azucaradas y gaseosas.

Consejos prácticos para evitar ganar peso en las comidas navideñas

- Cocinar solamente la cantidad de alimento que se va a comer el día de la celebración, evitando que estas preparaciones sigan presentes en tu mesa durante los días o semanas siguientes. Disfruta de los platos tradicionales de tu hogar, es el mejor momento para hacerlo.
- Si el menú es muy apetitoso, servirse uno mismo poca cantidad de comida y nunca repetir. "De todo, pero poco"; se puede comer todo lo que se ofrece pero intentando no llenar los platos más de lo habitual.
- Antes de empezar a comer, coger una solo porción de pan.
- No llegar a la mesa con mucho apetito. Tomar media hora antes de comer una pieza de fruta.
- Comer y beber despacio, masticando bien todos los alimentos para que aumente la sensación de saciedad y que mejore la digestión. Es bueno hacer una pausa entre "bocado y bocado".
- Como entrante o primer plato, elegir una ensalada o un consomé y como segundo, es mejor el pescado que la carne. Elegir carnes magras, sin relleno ni piel y evitar las salsas muy condimentadas y grasas.
- Intercalar en los menús navideños platos más pesados con los ligeros (como ensaladas). Elegir canapés no grasos, sin mantequilla, sin patés, etc. y tomar aperitivos vegetales.
- Tomar las cremas de verduras sin picatostes, no pasarse con los aderezos y aliños de ensaladas y prescindir de las guarniciones fritas o excesivamente grasas.
- Evitar los fritos que son excesivamente calóricos. Evitar los embutidos que aportan mucha grasa. Tomar embutidos magros como jamón ibérico o caña de lomo embuchado.
- Pelar las gambas y los langostinos con cuchillo y tenedor, así se tarda más y se come menos cantidad.
- Evitar las frutas y frutos secos (uvas y ciruelas pasas, orejones) ya que son muy energéticos.
- No alargar en exceso las comidas ya que al final se puede caer en la "tentación" de picotear lo que no conviene. Es aconsejable dar un paseo tras las "comilonas" para hacer mejor la digestión y "quemar" calorías.
- También es aconsejable tomar un vaso de agua antes de acostarse. Así ayudaremos a disolver las toxinas que hayan tomado con las "comilonas".
- Evitar mezclar bebidas alcohólicas. Si se desea tomar un vaso de vino y/o cava en las comidas, pero evitar los chupitos o las copas con más graduación alcohólica.
- No abusar de los turrones, mantecados, mazapanes y polvorones ya que son postres muy energéticos. Un truco para evitar las tentaciones de picotear entre horas turrones, es evitar tenerlos cortados en una bandeja y en lugares visibles; es mejor cortarlos justo cuando se van a tomar.
- Aunque se haya realizado una comida copiosa no hay que saltarse otras comidas. Es preferible hacer las tres comidas principales aunque sean más suaves, por ejemplo un poco de verdura hervida, un pescado blanco a la plancha y un yogur desnatado.

DISFRUTA DE LA NAVIDAD CON SALUD.
¡Feliz Navidad!

UN GESTO PRECISO, UN GESTO PRECIOSO

Clínica Bustillo se caracteriza por ser un centro de alta especialización en el campo de la cirugía maxilofacial e implantología.
Una extensa formación y una larga experiencia nos han permitido incorporar las últimas técnicas y avances para conseguir unos resultados óptimos en nuestros tratamientos.
Sin duda, hoy más que nunca, precisamos que todos podamos lucir el mejor de nuestros gestos, ***la sonrisa.***

CPS C01625-1/08-NA • IMAGINARTE®

CLÍNICABUSTILLO
CIRUGÍA MAXILOFACIAL
IMPLANTES DENTALES

Dr. Ángel Fernández Bustillo | Nº Col. 6.114-NA | IMPLANTES DENTALES • RECONSTRUCCIONES ÓSEAS / FALTA DE HUESO DIENTES INMEDIATOS • IMPLANTES SIN BISTURÍ • CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA • ÚLTIMOS AVANCES EN MATERIAL DE INJERTO Y FACTORES DE ESTIMULACIÓN ÓSEA • PLANIFICACIÓN 3D: ESTÉTICA FACIAL INTEGRAL • **ESCÁNER ÓSEO**
C/ San Fermín, 59 · 31003 Pamplona | **T. 948 152 878** | consulta@clinicabustillo.com | **www.clinicabustillo.com**

BQDC BEST QUALITY DENTAL CENTERS

En Navidad comemos con pan

Laura Garde Etayo NA00087
Colegio Oficial de Dietistas y Nutricionistas de Navarra

Llega una época en la que vestimos la mesa con las mejores galas. El pan ocupará el centro o destacará de alguna manera, resultando visiblemente apetitoso, como siempre. Es probable que elijamos variedades menos cotidianas, que lo hagan especial y atractivo para acompañar platos más selectos. En las comidas de las celebraciones especiales, más abundantes, no escatimamos la presencia de pan. En realidad, no podemos encontrar mejor acompañamiento.

Menús más equilibrados con pan

Es cierto que las tradicionalmente copiosas comidas y cenas navideñas suponen un despilfarro de calorías. Quizás, si evitáramos un pellizco de pan, rebajaríamos el aporte energético del menú, rebosante de alimentos proteicos de origen animal (marisco, carnes, pescados, embutidos y fiambres, etc.), y alimentos ricos en grasas (patés, fritos, etc.). Sin embargo, esta rebaja resultaría insignificante dentro del cómputo total de calorías del festín. En definitiva, no merece la pena.

Por el contrario, la presencia de pan dentro de un menú de estas características contribuye a equilibrar y compensar los distintos macronutrientes de componen la dieta: hidratos de carbono, proteínas y grasas. Por ejemplo: un menú compuesto por entrantes tipo surtido de ibéricos y gambas a la plancha y un segundo plato de cordero asado, supone un elevado aporte de proteínas y grasas de origen animal y está totalmente desprovisto de hidratos de carbono. En este caso, el pan, por su riqueza en este macronutriente, vendría a equilibrarlo. También conocemos el poder saciante del pan, y en un menú más ligero, como el compuesto por cardo y merluza en salsa verde con almejas, cumpliría una doble función: equilibrante y saciante, indicado para personas con más apetito.

El pan, siempre útil

Durante las fiestas de Navidad, en los días especiales de celebración, lo más aconsejable es buscar el equilibrio entre las distintas comidas que completan el menú diario, además de llevar una dieta normalizada el resto de las jornadas.

Incluso en Navidad, en especial aquellas personas que no gocen de buena salud, debemos intentar cumplir con las normas de alimentación sana a lo largo del día, respetando las proporciones de hidratos de carbono (55% del aporte calórico total del día), proteínas (15%) y grasas (30%) que aportamos con los alimentos de la dieta. Para ello, propongo los menús de complementación, en los que incluyo el pan, presentados en la **Figura 1.**

Por último, quiero referirme a las propiedades beneficiosas del pan integral, que conserva la cubierta externa del grano de trigo y que presenta, con respecto al pan blanco, ventajas desde el punto de vista nutritivo y funcional. En estas fechas, es muy habitual que se altere el ritmo intestinal, debido al cambio en los hábitos alimentarios (horarios de comidas y cenas, comidas más largas y copiosas y con presencia de alimentos de digestión más pesada, etc.). Perder la regularidad genera malestar, debido a la acumulación de aires y a la propia hinchazón por no haber evacuado. Aunque muchas personas han asimilado el hábito de comer con pan integral, para los que no lo hacen asiduamente, este puede ser un momento propicio para llevarlo más allá del beneficio nutricional, utilizándolo como recurso dietético para contribuir a mantener la regularidad en el tránsito intestinal y hacernos sentir mejor.

Figura 1	DÍA DE NOCHEBUENA	DÍA DE NAVIDAD
Desayuno	1 vaso de leche Pan tostado integral con mermelada	1 Yogur con nueces Pan tostado integral con miel
Almuerzo	Fruta. Pan con jamón	Fruta. Aperitivo de foie a la plancha con tostaditas de pasas
Comida	Ensalada variada. Lentejas con arroz y longaniza. Yogur. Pan integral	Cogollos; pimientos del piquillo Gambas a la plancha, Jarrete de cordero en salsa, Piña natural. Pan
Merienda	Fruta	
Cena	Cardo con salsa de almendras Merluza en salsa verde con almejas Compota tradicional navideña y Pan	Sopa de verduras Huevo escalfado Pan integral

RUEBER

EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS,
DEL CABELLO NOS OCUPAMOS NOSOTROS

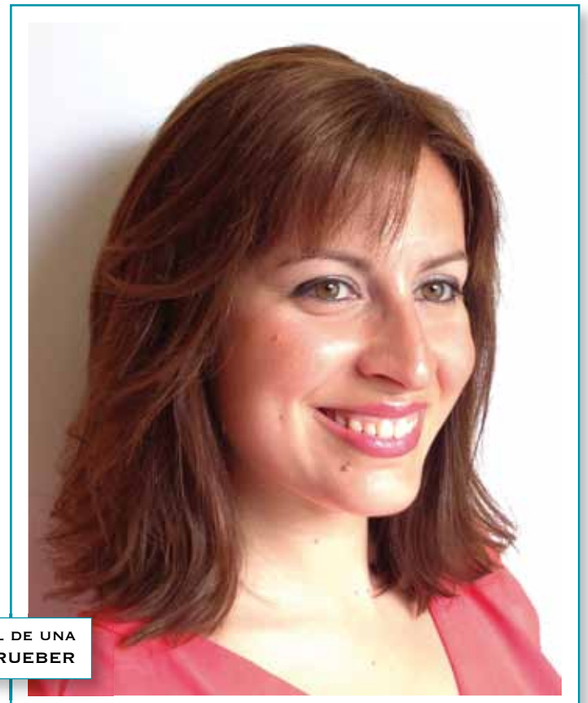


IMAGEN REAL DE UNA PRÓTESIS CAPILAR RUEBER

NOS ADAPTAMOS A TODAS LAS ECONOMÍAS.
NO QUEREMOS QUE LA FALTA DE CABELLO SEA UN PROBLEMA.
ASESORAMIENTO INTEGRAL PARA EL CUIDADO DE LA PIEL
DURANTE EL PROCESO ONCOLÓGICO
VISÍTENOS SIN COMPROMISO.

MONASTERIO DE URDAX, 8-1º. ESQUINA CON PÍO XII, 9. 31007 PAMPLONA
T 948 25 50 53 www.ruebercentrocapilar.es rueberpamplona@rueber.es

Nuevos tiempos para el trasplante

Javier Aldave Villanueva
Coordinador Autonómico de Trasplantes de Navarra
Urologo Adjunto Servicio de Urología. Complejo Hospitalario de Navarra

Al vencer el primer mes de otoño con San Lucas como testigo y cómplice escribo estas líneas para Zona Hospitalaria . Cálidos días de octubre por el sol valiente del sur, adios a San Cosme y San Damián, pioneros y ya vienen los Santos.

La realidad de nuestro sistema sanitario, la generosidad de la población y un sistema de gestión integrado de Donación y Trasplante, coordinado por ONT hace que España sea líder mundial reconocido en el campo de los trasplantes en las dos últimas décadas. La creación en septiembre de 1989 de la ONT priorizó la obtención de órganos y tejidos y la mejoría del funcionamiento del sistema. Se articula a través de una organización funcional no jerarquizada, con tres niveles de coordinación nacional, autonómico y hospitalario. De estos tres eslabones los dos primeros son administrativos y organizativos. Los coordinadores hospitalarios son los responsables de potenciar la donación de órganos en el interior del hospital. Las claves del "modelo español" se pueden resumir – los donantes de órganos son personas que fallecen en muerte cerebral (M.E.) ubicados en unidades de cuidados intensivos UCI. También integra otras donaciones potenciales como parada cardiorrespiratoria o asistolia y donaciones de tejidos. La causa principal de la pérdida de donantes es la no detección, la base del modelo es el entrenamiento de los profesionales para potenciar la donación.

Menos donaciones

En la memoria de actividad de Donación y Trasplante de 2012 de Navarra tenemos un titular implacable. "Ha descendido el número de donaciones-explantes multiorgánicos en diez – 22/12 en nuestra Comunidad, pero se mantiene la actividad de trasplantes: 5 cardíacos, 17 hepáticos y 32 renales" .
De estos 32 renales es preciso señalar que 4 eran de donación de vivo y 10 procedían de otras comunidades autónomas (4/5 corazones), dándose un fenómeno de traslación o solidaridad entre Comunidades Autónomas que es de ley apuntar. Por tanto, desde el primer día de este año analizamos esta evolución en el marco de La Organización Nacional de Trasplantes – ONT - Agencia del Ministerio de Sanidad.
Esta revisión directa y continua nos permite una visión clínica, una visión sociosanitaria y, por último, unas medidas de corrección y mejora.

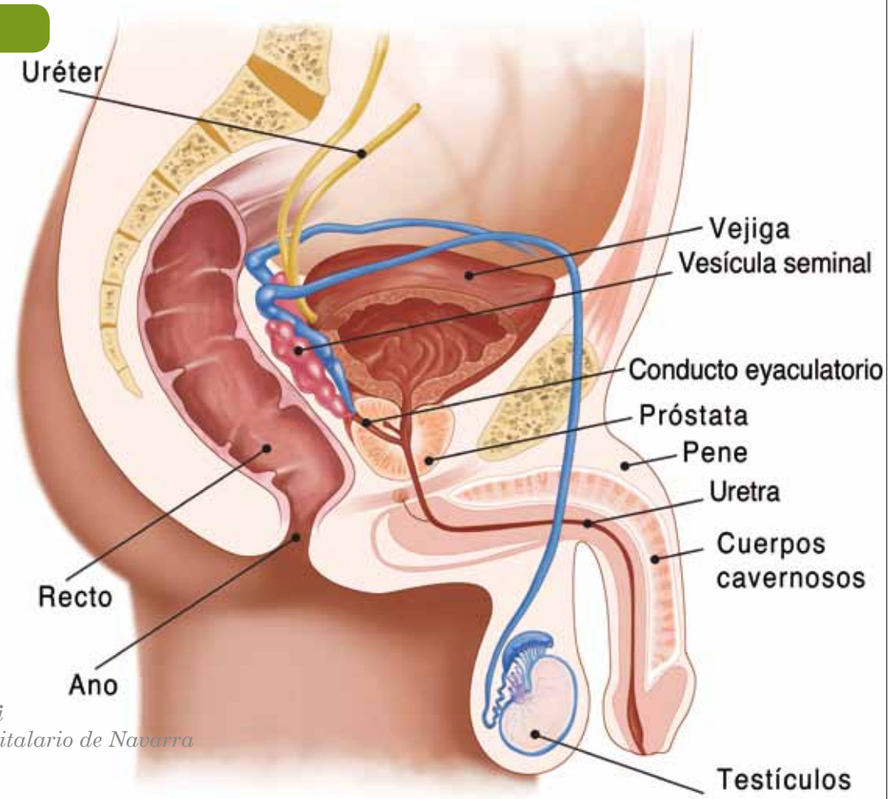
Descienden los pacientes de Muerte Encefálica

La visión clínica establece que cuanto mejor se trabaja en la Unidades de Cuidados Intensivos y Medicina Crítica descienden los pacientes de Muerte Encefálica – Donantes Potenciales. Dado que tenemos protocolos de asistencia para los accidentes vasculares cerebrales con vida propia de diagnóstico y tratamiento, con todas las opciones de Fibrinolisis, Radiología Intervencionista, y/o Neurocirugía. Ello significa la resolución de problemas que hace unos años abocaban ME.
La evidencia del descenso de muertes por accidentes de tráfico así como de la siniestrabilidad laboral que también finalizaba en ME. Envejecimiento progresivo de los donantes, la mitad son mayores de 60 años. El sistema de Donación y Trasplante exige una Nutrición Funcional, es decir, Formación Continuada de médicos y enfermeras, renovaciones y puesta al día organizativas y el acoplamiento de nuevas vías de donación.

Donación de Vivo

En las medidas de corrección y mejora, dos objetivos bien concretos constituyen nuestro lema a día de hoy. Primero, **la donación en asistolia o parada cardiorespiratoria** controlada, intrahospitalaria, Maastrich III (calculados 4-6 donantes nuevos cada año) en cuyo protocolo ya está trabajando el equipo de coordinación de UCI - A - del Complejo. Segundo, impulso al Programa de **Donación de Vivo,** ahora 12 %, 4 /32 . Sobre todo para pacientes jóvenes con insuficiencia renal dado el envejecimiento de nuestros donantes fallecidos y que debe pivotar en las consultas de predialisis de los servicios de nefrología. El programa de trasplante cruzado profundiza en el camino de la obtención de órganos de donantes vivos. Desde 2009 hasta hoy, 51 intervenciones y 26 de ellas en este año 2013 lo consolidan como tal. También debemos integrar otras medidas ya definidas por ONT para cumplir el objetivo Plan Nacional 40 - donaciones por millón, es decir, alrededor de 25 explantes multiorgánicos cada año en Navarra. La participación de los médicos de urgencias y emergencias en el proceso de detección con la consiguiente necesidad de Formación y Coordinación. La integración de todos los Hospitales del Sistema en Navarra en el proceso de detección de Donantes Potenciales. De esta forma se abre una colaboración que continuará con otros miembros del equipo de Coordinación de Trasplantes de Navarra, Dres. Elizalde, Roldán, Cemborain, Rodríguez y Montse Lorente, que podrán seguir informando y difundiendo la actualidad de los trasplantes.

Próstata y sexo ¿Existe alguna relación?



Satur Napal Lecumberri
Urólogo del Complejo Hospitalario de Navarra
www.evidenciamedica.com

Al envejecer, el aparato urinario de los varones experimenta una serie de cambios en su estructura y también en su función. Se produce un aumento de las alteraciones de la micción secundarias al crecimiento de la glándula prostática y junto a esto también pueden aparecer dificultades en la erección del pene, perdida de la eyaculación y eyaculación dolorosa.

Una encuesta llevada a cabo en EE.UU. y seis países europeos, investigó sistemáticamente la relación entre las alteraciones de la micción secundarias al crecimiento prostático y las alteraciones sexuales en varones de edad. El 90% de los varones decía tener alteraciones de la micción aunque sólo el 19% había buscado ayuda médica para sus problemas urinarios. Junto a esto, el 83% de la muestra refería actividad sexual, demostrando que la actividad sexual es común en la mayoría de los varones de edad, además muchos de ellos referían disfunciones en esta actividad sexual, en especial dificultades para lograr o mantener le erección.

Alteraciones de la micción y la disfunción sexual

Aunque hasta ahora solo parecía que el aumento de la edad tuviera relación entre las enfermedades de la próstata y las alteraciones sexuales, actualmente parece que existen una serie de factores que explicarían la frecuente asociación de ellas.

a) La reducción del óxido nítrico o la falta de él impide la relajación de la musculatura lisa de los cuerpos cavernosos provocando disfunción eréctil. Este óxido nítrico también está presente en la próstata, uretra y vejiga humana y modula el tono del músculo liso y su reducción a este nivel produce alteraciones en el vaciado de la vejiga.
b) Las alteraciones de la micción pueden ser parte del síndrome metabólico (frecuente en varones mayores), que incluye obesidad, aumento de lípidos y colesterol en la sangre, enfermedades cardiovasculares (hipertensión, cardiopatía isquémica) y la "diabetes mellitus". Todos ellos factores de riesgo ya conocidos para las dificultades en la erección.
c) Ateroscleroris en la pelvis (donde se localiza la vejiga, la próstata y los órganos sexuales masculinos), que determina una falta de riego sanguíneo en la zona y que por tanto puede representar un vínculo común entre las alteraciones de la micción y las disfunciones sexuales.

Conclusiones

Tanto las alteraciones de la micción como la disfunción sexual tienen un impacto negativo en la vida de los varones mayores. Parece que aparte de la edad, ambas alteraciones tendrían las causas comunes en su producción ya comentadas.
Pero lo mas importante es saber que actualmente se pueden tratar y solucionar ambas alteraciones (tanto las de la micción como los problemas de erección).
Aparte de modificar los estilos de vida (corrigiendo la obesidad, la hipertensión arterial o tratando la diabetes) existen tratamientos muy efectivos tanto para las alteraciones de la micción como para las alteraciones de la erección.
Dentro de los primeros están, entre otros, los medicamentos los alfabloqueantes que mejoran los síntomas de irritación vesical (orinar muchas veces, urgencia de la micción, levantarse por la noche a orinar) o el finasteride y dutasteride que al disminuir el tamaño de la próstata hace que se orine con mas fuerza. También parece que tuvieran cierta eficacia el tratamiento con extractos de plantas (la fitoterapia).
Dentro de las alteraciones de la erección también existen medicaciones de gran efectividad: sildenafilo, vardenafilo y tadalafilo.
Incluso se ha autorizado recientemente por sanidad un tratamiento intentando que solucione las dos alteraciones (las alteraciones de la micción y de la erección). Esta medicación es el tadalafilo 5 tomado de forma continuada (un comprimido diario). Este tratamiento y según han informado desde la Asociación Española de Urología estaría indicado en varones menores de 70 años, con problemas de disfunción eréctil y con un crecimiento moderado de ese órgano.
El diagnóstico y tratamiento tanto de las enfermedades prostáticas como de las alteraciones de la erección competen al médico y el empleo de cualquiera de los preparados que se presentan en este artículo solo puede usarse con prescripción médica.

Actuación de enfermería ante la luxación anterior del hombro

Figura 1: aspecto físico luxación anterior de hombro.

Berta Aldunate, Nekane Gavari y Mentxu Zaldua
DUE del quirófano de urgencias.
Complejo Hospitalario de Navarra

La luxación glenohumeral más frecuente es la luxación anterior. Se da mayoritariamente en adultos jóvenes y generalmente como consecuencia de un traumatismo o caída.

Enfermería juega un papel importante en la atención a este tipo de lesiones ya que va a identificar la luxación por sus signos y síntomas característicos, le va a dar un carácter prioritario y va a administrar analgesia y relajante muscular. Una vez confirmada y diagnosticada la lesión, colaborará con el traumatólogo en las maniobras de reducción e inmovilizará el miembro superior afecto con un vendaje o inmovilizador tipo cabestrillo. Además, conocerá las recomendaciones que generalmente se le dan al paciente para aclararle cualquier duda que presente.

El hombro es la articulación del organismo que se luxa con más frecuencia, representando casi el 45% de todas las luxaciones del aparato locomotor. Esto es debido a que la articulación glenohumeral es la que alcanza mayor movilidad a costa de una menor estabilidad. Sucede mayoritariamente en adultos jóvenes.

Según quede situada la cabeza humeral se clasifica en luxación anterior, posterior, inferior o superior. La luxación anterior supone más del 95% de las luxaciones de hombro. Por tratarse de la más frecuente nos centraremos en ella.

El objetivo de Enfermería es identificar este tipo de lesiones dándoles prioridad para diagnosticarlas cuanto antes, colaborar con el traumatólogo o con el médico de urgencias en las maniobras de reducción e inmovilizar el miembro superior.

Valoración del paciente

La luxación glenohumeral más frecuente es la anterior. El mecanismo de producción anterior del hombro es el resultado de una fuerza procedente de la abducción, extensión y rotación externa del hombro, generalmente por caídas o traumatismos.

Desde el punto de vista de la Enfermería hay que efectuar una valoración del paciente. Identificar signos y síntomas de la luxación de hombro: dolor intenso, impotencia funcional, asimetría de hombros, aplanamiento del contorno del hombro por prominencia del acromion.

El afectado suele ser un individuo joven que acude a urgencias tras un accidente de intensidad variable, muchas veces deportivo y en cuyo rostro quedan reflejados todos los caracteres del pánico, con una actitud de protección sobre el miembro, siempre en rotación interna y adducción con la dificultad para realizar la rotación externa. Es llamativo el signo de la charretera. **(Figura 1)**

Diagnóstico médico: a través del examen físico y la realización de radiografías (AP y lateral) para descartar fractura. **(Figuras 2 y 3)**

Tratamiento y actuaciones de enfermería

Explicar al paciente la técnica que se le va a realizar insistiendo en la importancia de su colaboración.

Quitar la ropa de cintura para arriba y colocarle en una camilla en decúbito supino.

Administrar medicación: relajante muscular, analgesia y anestesia local si precisa.

Colaborar con el traumatólogo o médico de urgencias en la reducción de la luxación, por ello debemos conocer las maniobras más frecuentes: Rockwood, Método Kocher y Maniobra Hipocrática.

Si ha transcurrido menos de una hora cabe intentar este tipo de reducción sin anestesia dado que el espasmo muscular aún no se ha instaurado.

Si el espasmo muscular se ha instaurado, el paciente se resiste, no colabora o los profesionales de medicina no son capaces de conseguir la reducción, se indicará la reducción bajo anestesia general. Igualmente, en pacientes de mayor edad, o si ha existido un traumatismo importante que nos haga sospechar que se haya podido producir una fractura, es aconsejable explorar el hombro en quirófano bajo anestesia y control radiográfico

Evaluación de los resultados

Realizar una radiografía tras la maniobra de reducción para comprobar la correcta posición de la articulación.

Explorar los pulsos radial y cubital, así como la motilidad y la sensibilidad del miembro. Examinar el nervio axilar, asegurándonos que no existe déficit de sensación ni motor a nivel del deltoides.

Recomendaciones

Inmovilizar el hombro con cabestrillo en rotación interna durante 3 semanas aproximadamente, de manera que impida los movimientos de abducción y rotación externa.

Dar recomendaciones al alta: rehabilitación, ejercicios isométricos una vez cese el dolor, evitar esfuerzo físico en 2-3 meses, mantener correcto el cabestrillo.

No realizar movimientos bruscos durante el aseo.

Movilizar la articulación del codo y de la muñeca.

Figura 2: Radiografía anteroposterior (AP) de la articulación glenoidea.

Figura 3: Luxación anterior de hombro con fractura de troquíter, que requiere tratamiento quirúrgico.

Plan de cuidados de enfermería

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

• Intolerancia a la actividad relacionada con la inmovilización del miembro.
NIC: Cuidados de inmovilización (0940).
Terapia de ejercicios: control muscular y movilidad articular (0224).
NOC: Nivel de movilidad, tolerancia a la actividad: el paciente responde a movimientos corporales que consumen energía implicados en las actividades diarias necesarias.
Conocimiento de la actividad y el ejercicio prescritos (0208)

• Deterioro de la movilidad física relacionado con el dolor y el trastorno muculoesquelético
NIC: Manejo del dolor: alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente (1400).
NOC: Conocimiento de la actividad prescrita (1811).

• Dolor relacionado con la lesión
NIC: Administración de medicación: analgésicos (2210).
NOC: Control del dolor: refiere dolor controlado (1605).

• Ansiedad relacionada con el cambio en el estado de salud y la falta de conocimientos sobre su lesión.
NIC: Disminución de la ansiedad (5820).
NOC: Control de la ansiedad: el paciente obtiene la información necesaria para disminuir su ansiedad, temor y estrés al comprender su patología (1402).

Conclusiones

La luxación de hombro es una urgencia traumatológica por lo que enfermería debe reconocer e identificar los signos y síntomas para tratarlo lo antes posible.

Así mismo debe conocer las técnicas de reducción más habituales para asistir al traumatólogo o médico de urgencias, y posteriormente proceder a la inmovilización del hombro requerida para su recuperación funcional.

El enfermero debe conocer las recomendaciones que normalmente se dan al paciente para aclararle sus dudas en la medida de lo posible, y así calmar su ansiedad y asegurarse de que el paciente comprende la información dada.

La importancia del diagnóstico por imagen en la detección de enfermedades

médicis
CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

Las pruebas de imagen constituyen un elemento esencial para el diagnóstico temprano de infinidad de patologías y para la realización de un dictamen médico rápido y eficaz. Su integración en la práctica médica es una realidad incontrovertible, pues intervienen tanto en la medicina preventiva como en el seguimiento del tratamiento.

El diagnóstico por imagen constituye una prueba complementaria en el dictamen por médicos especialistas, que permite determinar patologías concretas y el alcance de las mismas. Estas pruebas diagnósticas siempre deben ir indicadas por un médico especialista o de familia.

El facultativo debe realizar una solicitud concreta indicando la zona específica, y una orientación clínica que ayude al radiólogo a la correcta exploración de la zona y a la hora de realizar su informe.

Los Rayos X fueron la primera prueba diagnóstica por imagen utilizada, pero a pesar de su gran utilidad tienen importantes limitaciones derivadas de su uso acotado al estudio de estructuras óseas, torax y abodmen, de ciertas contraindicaciones y de su menor definición.

Los avances científicos y tecnológicos han permitido la incorporación de nuevos diagnósticos por imagen al servicio de la medicina. Las más demandas por los facultativos, en muchas ocasiones complementarias ya que se requiere de varias de ellas para la correcta valoración de las patologías, son las siguientes:

Ecografía: se usan para obtener imágenes de lesiones superficiales como quistes, roturas fibrilares, calcificaciones, lesiones de abdomen como hígado graso, quistes renales, ovarios...

Eco-doppler: técnica ultrasónica que permite estudiar el flujo de los distintos vasos y usada para ver lesiones superficiales, como quistes, roturas fibrilares, calcificaciones, lesiones en abdomen etc.

Tac (Tomografía Axial Computerizada): dirigido a patologías óseas como facturas, luxaciones, calcificaciones... También constituye la prueba fundamental para valorar el pulmón, así como la existencia y evolución de metástasis en pacientes oncológicos. Igualmente se utiliza para valorar todo el abdomen, y los politraumatismos en accidentes, siendo la primera prueba realizada en accidentes de coche cuando la víctima se encuentra inconsciente.

Resonancia Magnética: Dirigida a zonas musculares, ligamentos, meniscos, valoración de edema medular, cráneo, columna y zonas concretas del abdomen.

Densiometría Ósea. Utilizada para medir y conocer la proporción de calcio que existe en los huesos de cada paciente, así como la cantidad y calidad de su densidad ósea mineral.

Servicios de imagen Médicis

El Centro Médicis ofrece todos estos diagnósticos a través de un servicio que incluye los mejores radiólogos especializados, tecnología de última generación, rapidez y la máxima atención a todos los detalles.

Medicis pone la tecnología por imagen al servicio de la salud con la comodidad que representa el estar en el centro de la ciudad, a pie de calle, sin desplazamientos ni esperas, y en un ambiente relajado y agradable.

Médicis realiza su actividad al servicio de la medicina en el ámbito privado y público, y dispone de un concierto con el Servicio Navarro de Salud. Igualmente permite la realización con carácter privado de pruebas indicadas por cualquier facultativo.

Con una experiencia de 6 años al servicio de la salud y más de 35.000 pruebas realizadas, el Centro Médicis ofrece un compromiso de atención en 24 horas, un diagnóstico en un máximo de 48 horas, y el acceso médico a las imágenes y al informe radiológico vía web.

Tecnología de última generación al servicio de la salud por un precio asequible, y con la comodidad de obtener cita en una llamada indicando la solicitud médica.

CPS-236C/16-13-NA

Un equipo odontológico digno de confianza

La atención odontológica ha experimentado un notable avance en los últimos años, no solo en su nivel de especialización y subespecialización, sino también en lo que se refiere a los medios técnicos y tecnológicos. De ahí que hoy resulten aconsejables los equipos multidisciplinares bien integrados, como el de la Clínica Denfotacial San Jorge, capaces de dar solución a los problemas del paciente en un mismo espacio y utilizando eficientemente su tiempo.

Hasta hace unos años, el dentista era un profesional que cubría las diferentes ramas de la odontología: hacía los empastes, la limpieza, las desvitalizaciones, las extracciones, etc. Pero este modelo ha ido cambiando con la progresiva evolución de la profesión, lo que hace inviable la figura del dentista tradicional dada la complejidad y dificultad de los tratamientos específicos.

En la historia reciente de nuestro ejercicio médico han surgido los ortodoncistas, a quienes se empezaron a derivar los pacientes que requerían un tratamiento específico de alineamiento y nivelación de sus dientes; los periodoncistas, para un cuidado de los problemas de las encías; los prostodoncistas, que son los encargados de realizar las prótesis dentales; los implantólogos, que corrigen rehabilitaciones dentales por medio de implantes; o los que corrigen los desórdenes de la ATM (articulación temporomandibular).

Para el paciente, esta creciente diferenciación conlleva muchas veces tener que desplazarse a uno u otro centro y, lamentablemente, en muchos casos falla la coordinación.

Un consejero médico bucodental

Al igual que necesitamos un médico de familia en quien confiar, es importante que para tratar los problemas bucodentales tengamos un consejero médico que nos conozca bien, de manera que pueda aconsejarnos el tratamiento adecuado en el momento preciso, y que sepa ordenar y programar sucesivamente las diferentes intervenciones que necesitemos. Y qué tranquilidad si esas intervenciones tienen lugar en la misma clínica bucodental, de manera que no tengamos que concertar cita en distintos centros, ni precisemos desplazarnos, ni corramos el riesgo de encontrarnos con criterios divergentes sobre nuestro caso que nos desconcierten.

El hecho de que los doctores nos vean en el momento inicial del proceso y programen un tratamiento conjunto de todos los profesionales que van a intervenir en nuestro caso, nos da tranquilidad. Toda la responsabilidad descansa en el equipo que nos ha atendido, de modo que cada uno de los profesionales dedicará sus conocimientos a lograr el mayor rendimiento del tratamiento establecido. El equipo, básicamente, estará integrado por higienistas —que son las personas que nos van a ayudar a mantener de forma idónea el estado de salud bucodental durante toda nuestra vida—, protésicos —quienes después de analizar el modelo de nuestra boca establecerán con los doctores el tipo de material y la forma de los dientes que mejor se adapta a nuestra fisonomía—, y por doctores con formación en periodoncia, ortodoncia e implantología.

Control del proceso y gestión del tiempo

Los pacientes tienen cada vez más ocupaciones, bien de tipo laboral o familiar, y es importante que los profesionales de la salud seamos eficientes en nuestro trabajo, tanto en lo que se refiere a la calidad asistencial como a la gestión de los tiempos del paciente. Esto significa que debemos facilitarles unos horarios que se ajusten a su disponibilidad, y solicitarles y dedicarles el tiempo necesario pero nunca más del necesario. Esto exige una correcta gestión de las citas y una comprensión integral del proceso.

Para ello es indispensable disponer de un buen equipo en todos los niveles de la atención. Y un buen equipo no se consigue de la noche a la mañana. Conlleva mucho trabajo de formación, muchas reuniones para interiorizar los objetivos y el grado de exigencia que establece la clínica.

No cualquier persona puede formar parte de un equipo multidisciplinar. Solo aquellas personas bien formadas, seguras de sí mismas, que se dan a los demás, que ponen desinteresadamente sus conocimientos al servicio de todo el equipo y, en consecuencia, del paciente; solo aquellas que saben escuchar y aprender de los demás, son las que crean equipo. Son ellas las que generan las sinergias imprescindibles en todo grupo humano que busque la mejora continua; y son ellas las que, paciente a paciente, fomentan el buen nombre y el prestigio de la clínica.

CLÍNICA DENTOFACIAL SAN JORGE
c/ Doctor Lucea, 10 bajo T. 948384422
www.gruposanas.com

Recomendaciones ante una hipoglucemia

Mª Cristina Pérez de Albéniz Gómez y María Izquierdo Fernández
DUEs Centro de Salud Barañain II

La diabetes es una enfermedad muy cómun que afecta al 6% de la población. La frecuencia aumenta con la edad, de modo que por encima de los setenta años la padecen el 15% o más de las personas. La importancia de la diabetes estriba en que, si no está suficientemente controlada, puede dar lugar a frecuentes complicaciones, entre las que encontramos la hipoglucemia que es un descenso en la cantidad de azúcar en sangre (hipo = bajo, glucemia = glucosa en sangre).

Cualquier persona puede sufrirla, sin embargo las personas con diabetes son más propensas a ella, en especial las tratadas con insulina. Es una complicación aguda que en la mayoría de las ocasiones el propio paciente puede prevenir, identificar y tratar.

La glucosa es la fuente de energía principal que utilizan las células del organismo para su funcionamiento. A diferencia de otras células del organismo las del cerebro dependen de forma casi exclusiva del suministro de glucosa, de modo que sufren especialmente con la hipoglucemia, pudiendo dar lugar a alteraciones graves. Cuando la glucosa escasea y las células del tejido nervioso no pueden ser nutridas normalmente, el organismo activa una serie de mecanismos para protegerse de la situación de peligro y para advertir al individuo que debe actuar con rapidez. Se produce la elevación de una serie de hormonas como la adrenalina, el cortisol, el glucagón y la hormona de crecimiento cuya finalidad es movilizar las reservas de glucosa que existen fundamentalmente en el hígado.

¿Qué es una hipoglucemia?

Cuando el nivel de glucosa (azúcar) en sangre baja demasiado, se produce una hipoglucemia. Se define como el hallazgo de una glucemia en sangre venosa menor de 70 mg/dl, acompañada o no de sintomatología clínica.

En ocasiones la hipoglucemia nocturna puede pasar inadvertida, se sospechará si el paciente sufre pesadillas, inquietud, sudoración nocturna y cefalea matinal. Para su detección, se recomienda realizar una glucemia capilar hacia las 3-4 horas de la mañana.

Clasificación de hipoglucemias

Leve–moderada. Se considera aquella que puede ser reconocida y controlada por el propio paciente.

Grave. Situación temporal incapacitante y que requiere la asistencia de otra persona.

Coma hipoglucémico. El paciente está inconsciente, tratándose de una urgencia vital.

Clínica

La sintomatología es variada pudiendo aparecer:

- **Síntomas adrenérgicos:** taquicardia, temblores, palidez, ansiedad.
- **Síntomas colinérgicos:** sudoración, náuseas, hambre, parestesias
- **Síntomas neuroglucopénicos:** cefalea, debilidad, visión borrosa, disminución de la concentración, confusión, descenso del nivel de conciencia, alteraciones del comportamiento, agresividad, lenguaje incoherente, somnolencia, pérdida de conciencia.

Signos

Palidez, sudoración, taquicardia, aumento de PA sistólica, hipotermia. Déficits focales neurológicos (diplopia, hemiparesia), ocurren ocasionalmente.

Es importante que la persona diabética sepa reconocer los síntomas de la hipoglucemia, que pueden ser diferentes en cada persona:

En la hipoglucemia leve, pueden ser algunos de los siguientes: temblores, mucho sudor frío, ansiedad, hambre súbita, debilidad en piernas, palpitaciones y hormigueos.

En una hipoglucemia grave se puede perder la conciencia o parecer como si estuviera borracho (agresivo, hablar con torpeza, ver doble o borroso). En estos casos las personas cercanas deben saber que usted es diabético y como pueden ayudarle.

¿Cómo prevenir una hipoglucemia?

- Respete el horario y la cantidad de comida, ejercicio y medicación.
- Realizar de forma esporádica alguna determinación nocturna de glucemia capilar.
- No omita comidas ni suplementos sobre todo antes de acostarse.
- No disminuya los hidratos de carbono de las comidas ni olvide los suplementos entre comidas.
- Tome un suplemento de hidratos de carbono antes de hacer ejercicio o una actividad inusual (limpieza a fondo, pintar el piso, traslados...)
- Lleve siempre un sobre o unos terrones de azúcar y un documento que le identifique como diabético.
- Es importante instruir al paciente y familiares cercanos sobre aspectos relacionados con la detección y tratamiento de la hipoglucemia.
- Aunque haya dudas diagnósticas se recomienda tratar siempre la hipoglucemia.

¿Qué debe hacer si tiene síntomas de hipoglucemia?

- Si es posible, hacer un autoanálisis para comprobarlo.
- Dejar la actividad física que esté haciendo (andar, limpiar...).
- Tome inmediatamente 1-2 raciones de hidratos de carbono (HC) de acción rápida (1 ración de HC equivale a 2 y ½ cucharaditas de azúcar, 2 terrones de azúcar, 1 sobre de azúcar de cafetería, medio vaso de zumo de fruta, medio vaso de refresco de cola dulce, 2 tabletas de glucosa pura)
- Repita el control de glucemia en 10 minutos.
- Si persisten síntomas clínicos o la glucemia capilar es inferior a 70, tome otra ración de hidratos de carbono de acción rápida.
- Espere 10 minutos y repita el autoanálisis de glucosa.
- Si ha mejorado tome además un suplemento de hidratos de carbono de acción lenta.
- Si no mejora , debe acudir a un centro sanitario.
- Si sucede por la noche, sospechará de una hipoglucemia si se despierta con dolor de cabeza, está muy sudado o sufre muchas pesadillas. Hágase un glucemia capilar de madrugada para confirmar o no la sospecha y no olvide nunca el suplemento de antes de acostarse.

Qué deben hacer otras personas si le encuentran confuso o inconsciente

Si sólo está confuso darle un vaso de agua con azúcar, un zumo... En caso de duda, no esperar y tratarlo como una hipoglucemia.

Si está inconsciente, saber que se trata de una hipoglucemia grave y no deben darle nada por boca, pues no puede tragar y avisar al 112 diciendo que es diabético. En este caso el tratamiento inicial será con: Glucagón (1mg via intramuscular o subcutánea) o Glucosmón R50 intravenoso o rectal, pudiendo repetirse según los valores de los controles de glucemia capilar.

En todos los casos es importante realizar controles de glucemia capilar cada 6-8 horas hasta que la glucemia se haya normalizado y seguir las recomendaciones del médico en cuanto a cambios en el tratamiento habitual.

Conclusión

En los pacientes diabéticos es fundamental una adecuada Educación Sanitaria y por supuesto, autocuidados. A corto plazo la complicación más importante que puede presentar un diabético es la ***hipoglucemia,*** especialmente aquellas personas tratadas con insulina. Se define como cualquier valor de glucemia inferior a 70mg/dl. En el caso de la hipoglucemia es muy importante que la persona diabética reconozca los síntomas y las recomendaciones dadas sobre cómo prevenirla y tratarla.

CAUSAS DE LA HIPOGLUCEMIA

DIETA

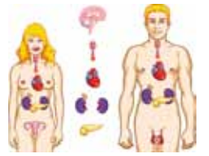
- Omisión o retraso en el horario de comidas.
- Reducción en la ingesta de hidratos de carbono.
- Vaciamiento gastrico acelerado (cirugía gástrica)
- Ingestión de alcohol excesiva (hipoglucemias asintomáticas)

ERRORES CON LOS MEDICAMENTOS

- Dosis excesivas de antidiabéticos orales.
- Utilización de antidiabéticos orales en Insuficiencia hepática y/o renal.
- Errores en la dosificación de insulina.
- Rotación inadecuada de la zona de administración de insulina.
- Insuficiencia renal o hepática.

EJERCICIO

- Aumento de la actividad física (deportes, o trabajos no habituales).
- Aumento de la sensibilidad a la insulina.
- Aumento de la velocidad de absorción de insulina según la zona de inyección.



OTRAS

- La conjunción de varias causas anteriormente expuestas.
- Déficit hormonales asociados (insuficiencia suprarrenal).
- Insulinoma.
- Interacciones del tratamiento con fármacos (salicilatos, sulfamidas, betabloqueantes, etc.).

70 aniversario del Hospital San Juan de Dios

El 27 de octubre de 1943 el Hospital San Juan de Dios de Pamplona abrió sus puertas para los navarros como clínica especializada en Cirugía y Toco-Ginecología. Desde aquel día, el Hospital se ha configurado como un centro sanitario concertado, sin ánimo de lucro, con vocación de servicio público e integrado en la red sanitaria de Navarra.

Actualmente atiende tanto a pacientes en régimen de hospitalización médica (pluripatológicos y de enfermedad avanzada, ortogeriatría, cuidados paliativos y daño cerebral irreversible), como quirúrgica (cirugía mayor ambulatoria y de corta estancia, y cirugía menor). También asume la atención domiciliaria de cuidados paliativos oncológicos en toda la geografía de Navarra. Dispone, además, de una Unidad Asistencial ubicada en Tudela, con 20 camas, donde atiende al mismo tipo de pacientes en régimen de hospitalización médica.
Dada su vocación de Servicio Público, en estrecha colaboración con el Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea, el Hospital seguirá atendiendo a estos y a todos aquellos pacientes que pudiera requerir la Sanidad Pública de Navarra en el futuro (en la actualidad más del 95% de la actividad del Hospital depende de la Sanidad Pública).
El equipo del centro, formado por más de 300 profesionales, acompaña a cada paciente de forma integral a lo largo de todo su proceso médico aplicando los tratamientos más adecuados en cada una de las fases y con un trato personalizado para él y quienes le acompañan. Todo ello bajo el espíritu del fundador de la **Orden Hospitalaria de San Juan de Dios** y sus valores: hospitalidad entendida desde el respeto, la calidad, la responsabilidad y la espiritualidad.
Según Patricia Segura, directora gerente del Hospital San Juan de Dios de Pamplona-Tudela, "*el hospital en todos estos años ha crecido y evolucionado de la mano de las necesidades de la sociedad navarra, el sistema sanitario y el buen hacer de todas las personas involucradas, a las que agradezco enormemente su apoyo y fidelidad. Hoy en día, con la misma motivación y vocación de hace 70 años, seguimos firmes en nuestro empeño por ofrecer a todos los navarros la mejor calidad hospitalaria*".

Proyecto de Renovación de Estructuras

Actualmente, el Hospital San Juan de Dios de Pamplona se encuentra inmerso en un Proyecto de Renovación de Estructuras con el objetivo de mantener un servicio y atención de calidad adaptado a los requerimientos de la sociedad actual. El centro estará dotado de habitaciones que en su mayoría serán de uso individual y se dispondrá de una nueva unidad de rehabilitación y nuevos quirófanos para el bloque quirúrgico. También se reformará el área de consultas externas y se completarán las instalaciones con dotaciones adicionales como cafetería y parking subterráneo. Se dotará al Centro con modernos sistemas de ahorro y eficiencia energética.

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

Es una Institución religiosa sin ánimo de lucro, dedicada a actividades de tipo sanitario y social, cuyo origen se remonta al siglo XVI. Actualmente está presente en más de 50 países de los cinco continentes. Está formada por más de 1.200 Hermanos, 40.000 profesionales, 8.000 voluntarios y 300.000 benefactores-donantes. Desde sus inicios los Hermanos de San Juan de Dios desarrollan y transmiten un proyecto de asistencia que ha variado mucho en sus formas y expresiones, pero que mantiene como eje central la acogida y atención a personas enfermas y necesitadas en todo el mundo.

Evolución Histórica del Hospital

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios tiene su primera presencia en Pamplona en el año **1696**, siendo rey de España Carlos II de Castilla y IV de Navarra, en un Hospital que llevaba el nombre de San Juan de Dios, aunque también era llamado Hospital del Rey. Fue demolido en 1850.
La construcción del actual Hospital se inició en **1934** y se inauguró el 27 de octubre de 1943 como Clínica abierta, siendo entonces su principal actividad la Cirugía y la Toco ginecología.
Todavía se conserva el aspecto externo que el arquitecto D. Víctor Eusa imprimió con su estilo característico y reconocido por la Institución Príncipe de Viana como edificio arquitectónico protegido. Interiormente se ha remodelado para mantener un nivel adaptado a los tiempos actuales.
En 1969 se concierta con el Instituto Nacional de Previsión la asistencia hospitalaria pública, tanto de pacientes de Medicina Interna como de Cirugía, en régimen de ingreso y ambulatorio.
Desde **1970** hasta la actualidad se han introducido y organizado distintos Servicios que han sido siempre complemento para la Sanidad Pública de Navarra.
En **1973** se inaugura el Servicio de Medicina Interna y en 1975 se abre el Servicio de Farmacia Hospitalaria.
En el año **1978**, esta Clínica es recalificada por el INSALUD como Hospital Comarcal del Grupo V, Nivel III y firma un concierto para la asistencia de los beneficiarios de la Seguridad Social. La Clínica, como era conocida hasta entonces, pasa a denominarse **Hospital**.
Este mismo año se organiza un nuevo Servicio de Hemodiálisis que funcionará durante más de veinte años, llegando a tener hasta 14 riñones artificiales, hasta su cierre definitivo en 2001.
Con las transferencias autonómicas, en **1990**, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, integró este Hospital en la Red Pública Asistencial de Navarra como Centro Privado de utilización pública sin ánimo de lucro, a través de un Convenio Programa de acuerdo a la Ley Foral de Salud, que se ha ido renovando periódicamente hasta la actualidad.
Ampliando la actividad concertada de Cirugía, en 1990 se asume un nuevo Programa (consultas e intervenciones quirúrgicas) para pacientes con insuficiencia venosa crónica procedentes del Hospital de Navarra. En la actualidad se atiende casi el 100% de esta especialidad de toda la Comunidad.
En **1992** se crea la nueva Unidad de Cuidados Paliativos para atender pacientes oncológicos, pionera en la Comunidad de Navarra. Este mismo año también se da asistencia a pacientes terminales de SIDA y a enfermos de Alzheimer, en este último caso en periodos cortos para descanso familiar.
En **1996** se abre la Unidad de Actividad de Vida Diaria, que tiene como objetivo la mejora funcional de los pacientes tratados en Medicina Interna antes del alta hospitalaria. Fue el origen del actual Servicio de Rehabilitación.
En **1997** se suscribe con Atención Primaria un Concierto de colaboración para la Atención Domiciliaria de pacientes terminales oncológicos.
Durante **1999 y 2000** se inauguran las nuevas Consultas Externas y Laboratorio de Análisis Clínicos. El hospital contaba entonces con 154 camas, distribuidas en habitaciones dobles e individuales.
En julio de **2003** se inaugura la nueva Unidad de Daño Cerebral y nuevas instalaciones para la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA). Ese mismo año obtienen las Unidades de Farmacia y UCMA la Certificación ISO 9001:2000.
En **2004** se inaugura el nuevo Servicio de Rehabilitación y obtienen también la Certificación ISO 9001:2000 las Unidades de Medicina Interna, Laboratorio de Análisis Clínicos y Servicio de Limpieza.
En **2005** se obtiene el sello de bronce de Calidad Europea EFQM. Entra en funcionamiento la Unidad de Rehabilitación Geriátrica y el Equipo Soporte de Atención Domiciliaria de pacientes oncológicos terminales coordinado con Atención Primaria con cobertura para toda Navarra.
En **2006** se realizan las reformas del sótano y del Almacén general. Se finaliza el proyecto de Baja Tensión y se continúa con el Plan MINP. El Servicio de Rehabilitación, la Unidad de Geriatría, Cirugía con ingreso y Bloque Quirúrgico obtienen la Certificación ISO 9001:2000.
A final de 2006 se amplía en once camas la capacidad global de hospitalización, en virtud de la realización de un traslado interno entre las Unidades de Cirugía y Geriatría, que nos permite pasar de 104 a 115 camas destinadas a hospitalización médica.
En **2008** se habilita una zona junto a la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria como Unidad de Hospitalización, instalando allí 22 camas en sendos boxes para la estancia de pacientes que requieren unas horas de hospitalización tras la cirugía.
La hasta entonces Unidad de Cirugía de Corta Estancia se convierte en Unidad de hospitalización médica. Así, la capacidad actual de hospitalización es de 135 camas en el área médica y 38 plazas/camas en el área de cirugía.
En noviembre de 2008 comenzó a funcionar la Unidad Asistencial de Tudela con 20 camas, para la atención de pacientes de esta Área de Salud, habiéndose consolidado su actividad en **2009**.
En este mismo año pusimos en marcha, en colaboración con la Obra Social de la Fundación "La Caixa", el Programa de Atención Psicosocial a personas con enfermedades avanzadas y a sus familiares, con el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad de vida de este tipo de personas y apoyar a los profesionales que las atienden.
En agosto de 2009 se obtuvieron las Certificaciones de Calidad ISO 9001:2008 y de Medio Ambiente 14.001:2004.
A principio del año **2010**, tras analizar la tipología de pacientes en el Área de Salud de Tudela, ampliamos la cartera de servicios de la Unidad Asistencial ubicada en la capital Ribera, atendiendo así a pacientes de cuidados paliativos, medicina interna y psicogeriatría.
En el año **2011** comienza la construcción de las instalaciones provisionales donde se ubicarán dirección, administración, laboratorio, farmacia, consultas externas, la Comunidad de Hermanos y mantenimiento, hasta la finalización del Proyecto de Renovación de Estructuras, cuyo inicio está previsto en 2012 y durará tres años.
En el año **2012** se realiza el traslado a las instalaciones provisionales (20-22 de julio) y comienzan, el 30 de julio, las obras de Renovación de Estructuras con una duración prevista de tres años. El acto de colocación de la Primera Piedra tiene lugar el día 1 de octubre con la asistencia de la presidenta de la Comunidad Foral de Navarra, Dª Yolanda Barcina Angulo.

Endoprótesis en aneurisma abdominal

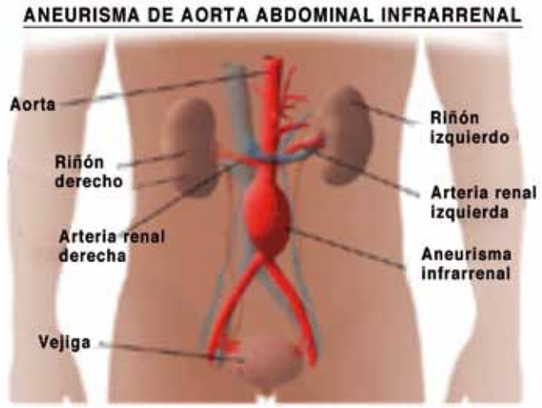


fig. 1

N. Gavari. D.U.E. Master en quirófano. Servicio de Quirófano. Hospital de Navarra
M.A. Torres. D.U.E. Servicio de Quirófano. Hospital de Navarra

Un aneurisma de aorta abdominal (AnAoAb) se basa en la dilatación de la aorta a nivel abdominal con afectación de todas sus capas.

En ocasiones las dilataciones aneurismáticas en un vaso arterial a nivel de la porción de aorta abdominal, presenta cuando el vaso arterial abdominal que irriga el abdomen, la pelvis y las piernas, tiene una dilatación permanente y localizada, que afecta a todas las estructuras de la pared del vaso y sobrepasa los límites considerados normales.
El más frecuente es el localizado a nivel de la aorta abdominal infrarrenal, debajo de los riñones. El diámetro normal de la aorta abdominal oscila entre los 12-19cm en mujeres y entre los 14-21 en el hombre. (Ver fig. 1)
Se cree que la aterosclerosis desempeña un papel importante en el aneurisma. Factores de riesgo, entre otros: Hipertensión, Diabetes, Tabaquismo, Hiperlipemia, Enfermedad Cerebro-Vascular, arteriosclerosis obliterante, cardiopatía isquémica, etc.

La colocación de la endoprótesis

Este trabajo describe la práctica habitual en la colocación de la endoprótesis. Estudia aquellas situaciones que se deben conocer con anterioridad a su colocación y los riesgos más frecuentes a los que hay que enfrentarse.
Así como las distintas endoprótesis que existen en el mercado actualmente, la técnica y los diferentes accesos que se utiliza, en función de las características individuales del paciente y cuales son las recomendaciones en el control del postoperatorio inmediato.
El objetivo fundamental es divulgar y explicar de forma clara y concisa los procedimientos necesarios para conseguir disminuir la morbi mortalidad.
Parodi (1991) realizó por vez primera la técnica colocando una prótesis vascular de Dacron soportado con Stents convencionales (EVAR). De esta forma, se inició un nuevo camino de reparación endoluminal de los Ao.An.Ab. A lo largo de estos años esta nueva técnica ha evolucionado con gran rapidez no sin gran número de problemas y complicaciones en sus inicios.
La morbi-mortalidad asociada a la reparación abierta de los An.Ao.Ab. se incrementa con el envejecimiento de la población y con las enfermedades asociadas sobre todo con cardiopatías, enfermedades respiratorias, etc. Por otro lado, muchos de estos pacientes han superado una cirugía abdominal por neoplasias de colon, de vejiga etc. y hacer una nueva entrada en dicho abdomen supondría un riesgo quirúrgico.
Por estos motivos, varios equipos, basándose en la experiencia acumulada en el uso de STENT en la reparación de lesiones oclusivas arteriales, estudiaron la forma de reparar los An.Ao.Ab. mediante prótesis soportadas con Stents.
En la actualidad, existen distintas casas comerciales que han desarrollado distintos tipos de dispositivos. Cada uno de estos dispositivos intenta cambiar lo que, a su modo de ver, puede resultar una mejora. Entre otras: Endurant (Medtronic), Excluder (Gore), Zenith (Cook), Anaconda (Vascutek), E-Vita (JOTEC), etc.
La endoprótesis tiene como objetivo, la exclusión del saco aneurismático para suprimir la presión en el aneurisma, y así evitar la rotura del mismo con el consiguiente fallecimiento del paciente. (Ver fig. 2).

fig. 2

Material y metodo. Criterios de selección

- Pacientes mayores de 80 años con An.Ao.Ab > de 50 mm. de diámetro medido perpendicular a su eje longitudinal.
- An.Ao.Ab. inflamatorios.
- An.Ao.Ab. con zona de anclaje y acceso viable.
- Con Cardiopatía con fracción de eyección (FE) < 45%.
- Con Patología respiratoria moderada-grave.
- Intervenidos de Colon.
- Intervenidos de vejiga (Briker-Wallance).
- Pacientes que presentan lo que se ha llamado "Abdomen Hostil".

Criterios de exclusión

- An.Ao.Ab. infectados.
- Pacientes en los que el seguimiento no esta garantizado.
- Alergia conocida a nitinol o poliéster.
- Expectativa de vida inferior de 6 meses a 1 año.

Preoperatorio

Recogida de datos de la intervención quirúrgica (fecha de ingreso, de intervención, tipo de anestesia, tiempo de intervención como de rayos, volumen de contraste, transfusión sanguínea).
El examen preoperatorio consta de:
- Analítica: Perfil Bioquímico, Hemograma, Pruebas de coagulación y Pruebas cruzadas.
- Eco-Doppler tronco supra-aórticos.
- Angio TAC.
- ECO-Cardiograma de estrés.
- Pruebas de función ventilatoria.
- Placa de tórax.
- ECG.
- Consulta preanestesia.
- Consentimiento Informado.

En el Angio-TAC se estudia los siguientes parámetros:
- Se visualiza todo el estudio en cortes axiales, para obtener una idea global del abdomen, la aorta, sus ramas, la forma del cuello, la forma del aneurisma, el trombo, la luz de la aorta, las vísceras abdominales, la morfología de las ilíacas y descartar la existencia de otras patologías abdominales.
- Se procede a la reconstrucción tridimensional de la aorta y sus ramas.
- Seguidamente se procede a una reconstrucción.
- Mediante el Soft-Ware que incorpora el programa, se realizan las medidas, obteniéndose los siguientes parámetros.
- Datos del aneurisma: (Ver fig. 3)

-Diámetro del cuello (D1) a nivel de las a. renales.
-Diámetro D2 a y b, a 10-15mm desde la renales y b en dónde empieza el aneurisma.
-Diámetro del aneurisma (D3) luz
-Diámetro de la bifurcación (D4)
-Diámetro Iliaca Primitiva derecha (D5) e izquierda (D6)
-Diámetro bifurcación iliaca derecha (D7) e izquierda (D8)
-Diámetro iliaca externa derecha (D9) e izquierda (D10)
-Diámetro de las femorales comunes.
-Longitud del cuello renal (L1) desde las renales hasta el inicio del aneurisma.
-Longitud desde renales hasta la bifurcación (L2)
-Longitud de las renales hasta la bifurcación iliaca derecha (L3) e iliaca izquierda (L4)
-Características del cuello: Calcio, trombo, angulación (cuello Ao, aneurisma, A. Iliaca derecha e izquierda)...
A la luz de los datos extraídos, el cirujano decide, que tipo de endoprótesis es la más adecuada para cada paciente, vía de acceso, si es necesario cambiar el ángulo de incidencia del Rayo X o si hay que realizar procedimientos asociados vg: embolización, oclusión, dilatación.

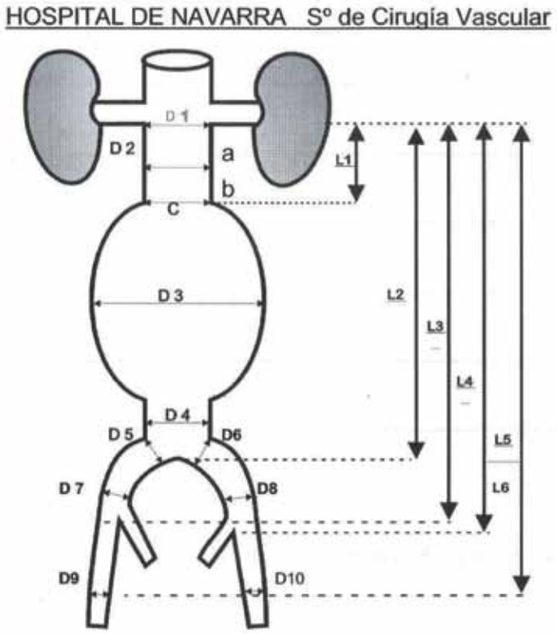


fig. 3

Postoperatorio

Una vez realizada la intervención, el paciente es ingresado en URPA, dónde permanece unas 24horas, monitorizado y controlado. Cuidados especiales:
- Extubación precoz.
- Elevar la cabecera de la cama 45º tras extubación.
- Control de vías: anotación y permeabilidad.
- Vigilar apósitos en lugar de punción (signos de sangrado).
- Vigilar el estado neurológico al ingreso: Glasgow, movilidad extremidades.
- Control de diuresis horaria.
- Rx: al ingreso, a las 19h y a las 7h del día siguiente.
- ECG: al ingreso, a las 19h y a las 7h del día siguiente.
- Analítica de sangre + gasometría, al ingreso, a las 19h y a las 7h del día siguiente (hemograma, bioquímica y coagulación).
- PVC cada 2 horas.
- Vigilancia de miembros inferiores cada 2 horas; pulsos pedios/poplíteos/femorales, coloración y temperatura.
- Control de emesis para prevenir el aumento de PIA y de HTA.
- Valoración y tratamiento del dolor.

Pasadas 24 horas, si el paciente está estable, pasará a planta. Tras un periodo de 3 - 4 días aproximadamente, en función de la evolución, será dado de alta del Hospital.

Complicaciones

- Relacionadas con la prótesis: Fuga (Endoleaks), Migración prótesis, Trombosis prótesis, Trombosis rama ilíaca de la prótesis, Infección prótesis, Fractura de los Stents.
- Relacionadas con el acceso: Hemorragia/ Hematoma, Falso aneurisma, Trombosis acceso arterial, Embolia distal, Perforación arterial, Linforragias, Infección de la herida quirúrgica, Fístula arteriovenosa. Otras...
- Complicaciones clínicas. Neurológicas: Infarto cerebral, trastorno isquémico transitorio, paraplejia...Cardiopulmonares: IAM y/o Angor, Arritmia, Insuficiencia Respiratoria... Gastrointestinales: Hemorragia digestiva, Isquemia mesentérica, Íleo paralítico... Amputación miembros inferiores, Rotura del aneurismática, Insuficiencia renal aguda, Sepsis, Éxitus.

Revisiones

Una vez el paciente es dado de alta y trascurrido un mes, es citado en la consulta de Cirugía Vascular, dónde el cirujano evaluará su evolución y solicitará un angio-tac de control. Estas revisiones se repetirán periódicamente (seis meses y cada año).

traumatología

Síndrome del túnel carpiano

Eva Mª Heras Álvarez. DUE CA Mutua Asepeyo Pamplona-Los Agustinos
Begoña Oreste Armendáriz. DUE Inspección Médica Ayuntamiento de Pamplona

El otro día acudí al médico porque llevaba tiempo con sensaciones de calambre y entumecimiento en la palma de la mano y los dedos, incluso los sentía como adormecidos. El médico tras una serie de exploraciones, me dijo que lo que tenía era "Síndrome de Túnel Carpiano".
El síndrome del túnel carpiano es la presión del nervio mediano, que es el encargado de dar sensibilidad y movimiento a la mano.
El nervio mediano pasa por un túnel estrecho formado por los huesos y diferentes tejidos de la muñeca. Cuando esos tejidos se inflaman, se produce una compresión del nervio, dando lugar a dolor o entumecimiento de la mano.

www.traumawebantequera.com

¿Cómo se manifiesta?

Los síntomas generalmente comienzan poco a poco, aunque también pueden aparecer súbitamente en algunos casos.
Se manifiesta con sensación de calor, calambre o entumecimiento en la palma de la mano y los dedos, especialmente del pulgar y de los dedos corazón e índice. Normalmente estos primeros síntomas suceden por la noche. Una persona con síndrome del túnel carpiano puede despertarse sintiendo la necesidad de "sacudir" la mano o la muñeca. A medida que se agravan los síntomas, comienzan a sentir calambres durante el día.
Ocasionalmente se pueden sentir los dedos hinchados y torpes, a pesar de no presentar una hinchazón aparente. Hay dificultad para las tareas manuales, como cerrar el puño o agarrar objetos pequeños.
Los síntomas suelen aparecer en personas cuyo trabajo habitual incluye la realización de movimientos repetitivos de la muñeca y aumentan con la actividad de la muñeca afectada (habitualmente la dominante).
También puede aparecer el Síndrome del Túnel carpiano durante el embarazo debido al aumento de peso y la retención de líquidos típica del embarazo.

¿Qué me va a hacer el médico?

La clínica, así como la actividad laboral, son fuertemente sugestivas de esta patología, pero existen algunos signos clínicos y pruebas complementarias que confirman el diagnóstico. Entre los datos que orientan hacia la existencia de un síndrome del túnel del carpo se encuentran una serie de maniobras que deliberadamente disminuyen o aumentan el espacio de tránsito por dicho túnel, comprobando con ello si aumenta o disminuye la sintomatología como son los Signos de Phallen, de Tinel , todo ellos son
pruebas exploratorias no invasivas, que el médico hace en la consulta y que no producen ningún dolor.
Pero la prueba diagnóstica más sensible y específica y que confirma definitivamente la existencia de compresión del nervio es la Electromiografía. Con esta prueba se establece la velocidad de conducción nerviosa del mediano, manifestándose como un retardo de la conducción nerviosa sensitiva y motora a su paso por el carpo.

¿Cómo se trata?

Si se trata de un túnel carpiano secundario a una causa conocida y tratable (diabetes, obesidad, artritis reumatoide, infecciones, hematomas,...) deberá abordarse primero el tratamiento de la causa primaria.
En el resto de casos, el tratamiento se basa en diferentes medidas:
- Lo primero es la prevención, adoptando, en la medida de lo posible, hábitos de movimiento de la muñeca menos traumáticos o programando períodos alternativos de actividad-descanso. Utilizar herramientas y equipos con un diseño adecuado para disminuir el riesgo de lesiones en la muñeca. Las ayudas ergonómicas protectores de muñeca se pueden utilizar para mejorar la postura de la muñeca al teclear en el ordenador.
- Inmovilizar la articulación de la muñeca con una férula de descarga , y complementar con la toma de tratamiento farmacológico oral con antiinflamatorios no esteroideos y vitamina B6.
- Si las medidas anteriores no funcionan, se podría realizar una infiltración local de antiinflamatorios .Esta técnica se podría considerar muy eficaz en el tratamiento de la fase aguda del síndrome.
- El tratamiento con un Fisioterapeuta incluye el uso de compresas húmedo calientes, parafina, electroterapia con la recomendación del uso de Ultrasonidos o Láser, pero no al mismo tiempo.
- Si ninguna de todas las medidas anteriores han tenido éxito, es cuando se propone tratamiento quirúrgico, consistente en ampliar el espacio de tránsito del nervio, siendo este el tratamiento más eficaz a largo plazo.

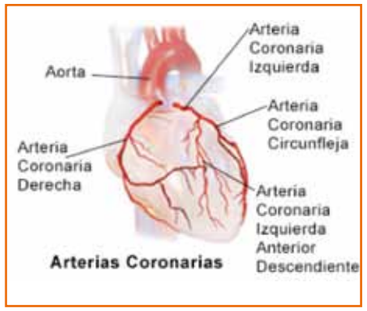
cardiología

Angina de pecho

Olga Cañizares El Busto. Enfermera Consultas Hospital García Orcoyen
Yolanda Abaigar Merino. Enfermera urgencias Extrahospitalarias Pamplona
Teresa Gurucharri Jauregui. Enfermera Radiodiagnóstico Complejo Hospitalario Navarra Sección B

Las arterias que suministran la sangre al músculo del corazón se llaman arterias coronarias. Hay dos arterias coronarias, la derecha y la izquierda que a su vez se dividen en otras dos. En ocasiones se endurecen y se estrechan debido a la acumulación de colesterol y otros materiales en la capa interna de las paredes de la arteria. Esta acumulación se llama arterioesclerosis.
A medida que esta avanza, fluye menos sangre a través de las arterias. Como consecuencia, el músculo cardíaco no puede recibir la sangre y el oxígeno que necesita. Es lo que se conoce como Isquemia. Eso puede conducir a una angina a un infarto.
La diferencia entre angina e infarto es que, en la angina de pecho, la isquemia es transitoria y reversible y en el infarto esa falta de oxigeno es más prolongada y se produce la muerte (necrosis) del miocardio, y es una situación irreversible.

© Clasee Qsl - www.enciclopediasalud.com - V.Barceló
Arterioesclerosis (se estrecha la arteria)



Arterias Coronarias

¿Qué es una angina de pecho?

Es un síndrome caracterizado por episodios de dolor y opresión torácica debido a un flujo insuficiente de sangre en las arterias coronarias del corazón que se obstruyen por la arterioesclerosis. Como consecuencia de ello, habrá una disminución del suministro de oxigeno al músculo cardíaco.
Los episodios de angina suelen producirse por el ejercicio o las emociones. Aunque en ocasiones pueden aparecer en reposo y por la noche, lo más habitual es que ocurran tras la realización de tareas no habituales, comidas copiosas o por la exposición al frío.
Hay distintos tipos de angina y tienen pronósticos y tratamientos diferentes: angina estable, angina inestable, angina variante ó de Prinzmetal (la que aparece durante el sueño) y la isquemia silente, sin síntomas en el 70% de los casos.
El dolor es el síntoma más característico. Dependiendo de su gravedad, se puede presentar como ardor, presión, molestias en cuello garganta, hombro ó brazo... Suele empezar de una manera gradual de menos a más y una vez alcanzada su máxima intensidad va desapareciendo en unos diez minutos.
Una de las características más importantes, es que el dolor disminuye con el reposo y con una medicación que se administra debajo de la lengua: la nitroglicerina.

¿Cómo se diagnostica?

El dolor y sus características son fundamentales para realizar el diagnóstico. También la realización de un electrocardiograma, en el que aparecerán las alteraciones de las ondas típicas de esta patología.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento de la angina de pecho es mejorar la circulación de sangre de las arterias coronarias del corazón y reducir sus requerimientos de oxigeno.
A) Tratamiento farmacológico.
- Nitratos (nitroglicerina): son fármacos vasodilatadores que disminuyen las necesidades de oxigeno y a su vez, dilatan las arteria coronarias. Para el tratamiento de la crisis de angina se utilizan de forma sublingual, en el momento en el que empieza el dolor. Para prevenirlo, se pone en forma de parches o en pastillas
- Betabloqueantes: reducen las necesidades de oxigeno por parte del corazón
- Antiagregantes y anticoagulantes: como el acido acetil salicílico (adiro) y la heparina.

Estos tres fármacos son el pilar del tratamiento de la angina de pecho. Pero también hay que nombrar otros que se llaman bloqueantes de los canales del calcio.
B) Tratamiento quirúrgico
- Realización de cateterismo cardíaco: se introduce una sonda con un balón y se dilata la arteria estrechada (estenosada)
- Bypass: consiste en salvar el obstáculo que obstruye la arteria con un puente. Para ello se utilizan parte de la vena safena (que está en la pierna) ó de la arteria mamaria.

¿Qué debo saber y hacer si he tenido una angina de pecho?

- Saber identificar el dolor.
- Llevar siempre la nitroglicerina encima y saber cómo y cuándo usarla. Debe conservarse en su envase para evitar que pierda actividad por humedad, calor...
- Conocer los efectos secundarios de la medicación:

- Con los nitratos dolor de cabeza, cara roja (rubor facial), hipotensión y taquicardia. El alcohol aumenta su toxicidad.
- Con los antiagregantes y anticoagulantes hay que saber que se puede sangrar más fácilmente, ya que hacen que la sangre sea más fluida.
- Los Betabloqueantes están contraindicados en pacientes determinadas enfermedades de corazón y en las que tienen broncoespasmos.

- Seguir una dieta equilibrada y variada.
- Realizar ejercicio de acuerdo a sus posibilidades y evitar el sedentarismo por un lado y por otro un exceso de actividad.
- Prohibido el tabaco.
- El exceso de alcohol es perjudicial. El consumo moderado de vino tinto, parece tener un cierto efecto protector sobre el sistema cardiovascular, pero el consumo de alcohol en grandes cantidades se asocia a un mayor riesgo de padecer una angina de pecho.
- Tener controlada la tensión arterial ya que si está elevada de forma continua, las arterias se endurecen
- Acudir a las revisiones con médico de atención primaria ó al cardiólogo correspondiente y cada vez que se necesite.

La importancia del ácido fólico preconcepcional

Maria Lorente Cisneros.
Enfermera de C.A.M. (Centro de Atención a la Mujer).

Los defectos del tubo neural son malformaciones graves que se originan al comienzo de la gestación. La suplementación con folatos es una medida eficaz para su prevención.
El ácido fólico (Vitamina B9) también llamado folacina o folato, es una vitamina del grupo B que puede ayudar a prevenir defectos de nacimiento en el cerebro y la médula espinal denominados defectos del tubo neural cuando se ingiere antes del embarazo y durante las primeras semanas del mismo.

La concepción ocurre más o menos dos semanas antes de que sea la fecha de la menstruación. Dado que los defectos del tubo neural se originan durante los primeros 28 días del embarazo, generalmente antes de que una mujer sepa que está embarazada, es importante que tenga cantidades suficientes de ácido fólico.

El ácido fólico es una vitamina hidrosoluble del grupo B sintetizada por las bacterias de la flora intestinal y presente en algunos alimentos. Los folatos de los alimentos se absorben a nivel del tercio proximal del intestino delgado y están presentes en prácticamente todos los tejidos corporales. Se almacena la mayor parte en el hígado y se excreta por orina y heces.

Funciones del ácido fólico

- Interviene en la síntesis de ADN (ácido desoxirribonucleico), que trasmite los caracteres genéticos, y también ARN (ácido ribonucleico), necesario para formar las proteínas y tejido del cuerpo y otros procesos celulares. Indispensable para la correcta división y duplicación celular.
- Es necesario para la formación de células sanguíneas, más concretamente del grupo hemo (parte de la hemoglobina que contiene el hierro), por eso está relacionado con la correcta síntesis de glóbulos rojos o eritrocitos así como del resto de células sanguíneas.
- Ayuda a prevenir enfermedades cardiovasculares. La homocisteína es un tipo de aminoácido cuya síntesis se relaciona directamente con la vitamina B6, B12 y ácido fólico. Sus niveles se relacionan de forma que cuando una de estas vitaminas disminuye aumentan los niveles de homocisteína en sangre y por tanto mayor riesgo cardiovascular.
- Protección del sistema nervioso central. Altos niveles de ácido fólico se asocia con la prevención de enfermedades como la depresión.
- Estimula la formación de ácido en el estómago, necesario para la digestión de los alimentos.
- Previene la aparición de algunos tipos de cáncer como el de colon y mama.
- Reduce el riesgo de aparición de defectos del tubo neural del feto. El tubo neural es la estructura embriónica que al desarrollarse se convierte en el cerebro y la médula espinal.

Defectos del tubo neural

Durante el desarrollo embrionario se produce el cierre del tubo neural en torno a las seis semanas tras la concepción. Los llamados defectos del tubo neural se producen como consecuencia de alteraciones en el cierre del mismo, y pueden tener lugar a dos niveles: cerebro y columna vertebral.

Defecto a nivel del cerebro (Incompatible con la vida):

- Anencefalia; Ausencia total o parcial del cerebro incluida la bóveda craneal y la piel que la recubre. Severo desarrollo insuficiente del cerebro.
- Encefalocele; Herniación del cerebro y/o las meninges a través de un defecto en el cráneo.

Defecto a nivel de la columna vertebral:

- Espina bífida; Malformación de la médula espinal y la espina dorsal que consiste en que éstas no se cierran completamente. Agrupa una serie de malformaciones cuya característica común es una hendidura a nivel de la columna vertebral que puede ir acompañada de un prolapso de las meninges, lo que se denomina meningocele o incluso de la médula espinal originando el mielomeningocele. Éste se considera la forma más incapacitante de espina bífida, y se caracteriza por la exposición de tejido nervioso recubierto por meninge a través de un defecto de la columna vertebral; ello origina una lesión permanente de la médula espinal y los nervios espinales produciendo diversos grados de parálisis así como pérdida del control de los esfínteres vesical e intestinal.

Fuentes de ácido fólico

- Alimentos de origen animal: Esta vitamina se encuentra presente en niveles muy bajos en las fuentes animales. Puede encontrarse en el hígado de pollo y de ternera, en la leche y sus derivados.
- Alimentos de origen vegetal: El reino vegetal es rico en esta vitamina. Las mayores concentraciones las encontramos en: legumbres (lentejas, garbanzos, guisantes, judías, habas, soja), cereales integrales y sus derivados, vegetales de hoja verde (espinacas, guisantes, coles de Bruselas, judías, coliflores, lechugas, espárragos), frutos secos (nueces, almendras, cacahuetes), el germen de trigo (pan integral), y las frutas (melón, bananas, plátanos, naranjas, aguacate).
- Suplementos: Los comprimidos de ácido fólico deben tomarse siempre bajo supervisión y en circunstancias especiales cuando la dieta pueda no proporcionar las necesidades individuales.

Con la manipulación de los alimentos, se puede llegar a perder o destruir más de la mitad del contenido natural de ácido fólico. Factores como el calor (cocción), la oxidación y la luz ultravioleta (conservación). Se destruye con las cocciones prolongadas en abundante agua, con el recalentamiento de las comidas y también con el almacenamiento de los alimentos a temperatura ambiente.
Es conveniente comer crudos todos aquellos alimentos que así lo permitan, cocción breve (al vapor) y guardarlos en la nevera. Las frutas y verduras frescas que no necesitan ser cocinadas para consumirse son las responsables del mayor aporte de ácido fólico en la dieta diaria.

Dosis diaria recomendada

A pesar de que el ácido fólico puede encontrarse en determinados alimentos como los anteriormente mencionados, es difícil obtener la cantidad necesaria de esta vitamina sólo de la dieta.
Se recomienda que todas las mujeres en edad fértil, especialmente aquellas que estén planificando un embarazo, consuman alrededor de 400 microgramos (0.4 miligramos) de ácido fólico diariamente. Es muy importante la ingestión de cantidades adecuadas antes de la gestación y hasta los primeros tres meses de embarazo.
Por eso se recomienda la ingestión de esta vitamina en su forma sintética. Su suplementación medicamentosa a través de un comprimido de uso diario es sencillo de asimilar por el organismo y es una medida preventiva recomendada hoy día a toda mujer que planea embarazo.

El voluntariado en salud mental

Sor Cristina Santiago Lizcano, HSC
Responsable de Voluntariado. Clínica Psiquiátrica Padre Menni, Pamplona

Una acción voluntaria es aquella "que se hace por espontánea voluntad y no por obligación o deber" (RAE, 2001). Es algo que nace de dentro, de la voluntad, de la libertad. Cuando además está dirigida a atender y cuidar a personas con enfermedad mental nace, incluso, de más adentro aún, del corazón, de la generosidad.

Las manifestaciones de la enfermedad mental son muy variadas, y podrían clasificarse en dos grupos. En el primero, destacan alteraciones del pensamiento, de la conducta, falta de iniciativa y limitaciones de las habilidades sociales y funcionales de las personas; y en algunos casos, además, existe una pérdida de relaciones familiares y sociales (trabajo, amigos). En el segundo grupo, destaca el declinar de las funciones cerebrales: memoria, atención, lenguaje, habilidades mentales, y deterioro de la movilidad y de las funciones corporales básicas que hacen que las personas que sufren estas enfermedades (sobre todo demencia) sean muy dependientes de otros.
En ambos casos, la característica común es la situación de necesidad de apoyo, compañía, relación, entretenimiento... Esto lo da el voluntario.

¿Por qué ser voluntario?

La presencia del voluntariado en los hospitales y otros centros ha sido una realidad desde los inicios de estos. Pero en el caso de los enfermos mentales, y durante muchos siglos, "estar loco" o "ser demente" suponía una lacra personal y se les alejaba a estas personas de la sociedad. La consecuencia de esto fue lo opuesto a lo que muchas de estas personas necesitan para mejorar: potenciar aquellas conductas y relaciones que les ayuden a estructurar su vida.
El voluntariado, tal como lo entendemos en los centros de las Hermanas Hospitalarias, dedicados preferentemente al cuidado y tratamiento de la enfermedad mental, es una oportunidad de servicio para aquellas personas que sienten en su interior una llamada a compartir su tiempo con los pacientes. Los voluntarios forman parte de la comunidad hospitalaria y colaboran, con su actividad a tiempo parcial, con los equipos terapéuticos, en el cuidado del enfermo.
Los valores humanos que distinguen la acción del voluntariado en Salud Mental pueden sintetizarse en: Gratuidad, Acogida, Interés por el otro, Compromiso, Constancia y Generosidad.
El fundador de los Centros de las Hermanas Hospitalarias, S. Benito Menni, vivió en primera persona esta experiencia de ser voluntario en diferentes momentos de su vida, incluso durante la tercera guerra carlista, a través de la recién fundada Cruz Roja, lo que le hizo valorar y transmitir ese valor de solidaridad y entrega hacia los enfermos.

¿Qué se le pide a un voluntario?

Respeto. Las personas con las que comparte su tiempo son personas adultas que pueden y deben tomar sus propias decisiones. Llegar a un acuerdo con ellas es, pues, fundamental a la hora de realizar cualquier actividad compartida. Sin embargo hay que mantener un equilibrio entre el no forzar una conducta y el "permitir todo". La persona puede presentar áreas de funcionamiento problemáticas sobre las que se debe intervenir y una de ellas suele ser la apatía. La estrategia general más útil para motivar es hacer ver a la persona el porqué de nuestra indicación, hacerle ver los beneficios de la actividad que le pedimos que haga, los efectos perjudiciales en caso de no hacerla, hacerle sentir que es capaz, ofrecerle nuestro apoyo si tiene dificultades e insistir hasta cierto punto, aceptando que puede darnos un "no" por respuesta.
Confidencialidad. Es necesario guardar el necesario secreto y reserva de lo que conozcamos en nuestra labor voluntaria en lo referente a su persona.
Promover la autonomía. Cada persona presenta un nivel de autonomía diferente, por lo que hay que buscar el límite de hasta donde ésta puede hacer las cosas por sí misma y desde dónde necesita nuestro apoyo. Nunca debe hacerse algo por la persona de lo que esta sea capaz, salvo en situaciones de emergencia.
Cercanía. El voluntario debe mantener un alto grado de cercanía aunque sin confundirla con un grado inapropiado de intimidad. Se demuestra con un trato cariñoso, de disponibilidad y mostrando interés por cada persona, por su vida, sus inquietudes, sus deseos. El contarle cosas de la propia vida puede ser interesante, aunque con prudencia y dentro de los límites necesarios y siempre como respuesta a una auto-revelación del usuario.
Paciencia y confianza. Se consiguen muchas cosas insistiendo, no tirando la toalla, creyendo de verdad en la capacidad de la persona para conseguir algo, así también él mismo y su familia creerán en sus capacidades.
Constancia y compromiso. A los voluntarios se les pide un compromiso en cuanto a los días y horarios de presencia, dado que van a establecer un vínculo especial con las personas enfermas y éstas esperan con alegría el rato que pasan con los voluntarios, con los que compartirán un rato de charla, una salida a tomar un café, etc. El defraudar esta expectativa a veces provoca la reacción opuesta.
Creatividad e iniciativa para el ocio.

¿Qué hace un voluntario?

Los voluntarios con su participación en la vida y actividades de los usuarios hacen más humana su atención, más aún si el paciente no tiene un grupo familiar de apoyo o éste es reducido.
El voluntario puede colaborar, entre otros, en las siguientes actividades:

- Actividades de Acompañamiento y Relación de Ayuda: escucha, acogida, acompañamiento en salidas y entrega de su tiempo al otro.
- Actividades de Ocio y Tiempo Libre: fiestas, excursiones, actividades deportivas y culturales.
- Actividad de Terapia Ocupacional: ayuda en los talleres de pintura, expresión plástica, artesanía y manipulación de objetos.
- Actividades relacionadas con la atención espiritual: pastoral, celebraciones, acompañamiento en actos religiosos.
- Otros: dependiendo de las habilidades y cualidades del voluntario.

Para elegir qué personas van a beneficiarse más de la acción del voluntario, el equipo asistencial valora las necesidades que tienen los diversos pacientes en cuanto a acompañamiento, especialmente si carece de un apoyo familiar adecuado.

Formación

Los voluntarios, además, requieren de formación que facilita y mejora el desarrollo de su labor, desde varios ámbitos y opciones:

- Formación interna: impartida por profesionales de las diferentes áreas de salud mental, que les orienta en el conocimiento de la enfermedad mental, para que su relación con el paciente sea lo más adecuada y satisfactoria posible para ambas partes.
- Además también participación de formación sobre voluntariado impartida por entidades de voluntariado de nivel local o regional.

Beneficios del voluntariado en salud mental

Dar cabida en el hospital a personas que, de manera voluntaria, tienen una relación habitual con los pacientes, implica establecer acciones que disminuyan las consecuencias negativas del estigma social que, en ocasiones, pesa sobre algunos trastornos de la salud mental. Las personas voluntarias se convierten así en transformadoras de la sociedad, porque llevan a su entorno una visión normalizada de situaciones relacionadas con la salud mental.
Al mismo tiempo, el voluntariado supone una ayuda para favorecer la atención integral a las personas con enfermedad mental. En el encuentro voluntario-paciente se crea una relación que resulta beneficiosa para ambos. Se convierten en compañeros de camino, amigos y confidentes.
A veces a través de la escucha activa y otras a través de un acompañamiento silencioso, respetando el ritmo de la persona acompañada.
Impulsar y apoyar el voluntariado en los centros de Salud Mental implica favorecer la cultura del encuentro, de la acogida y de la preocupación por otros de manera desinteresada, en una sociedad con tendencia al individualismo. El voluntario aporta. Pero también aprende aquello que sólo algunas personas, como es el caso de nuestros pacientes, están en disposición de enseñar.

"Cuando te pido que me escuches y tú empiezas a aconsejarme, no estás haciendo lo que te he pedido.
Cuando te pido que me escuches y tú empiezas a decirme por qué yo no debería sentirme así, no estás respetando mis sentimientos.
Cuando te pido que me escuches y tú piensas que debes hacer algo para resolver mi problema, estás decepcionando mis esperanzas.
¡Escúchame!
Todo lo que te pido es que me escuches, no quiero que hables ni que te tomes molestias por mí, escúchame, sólo eso.
Es fácil aconsejar. Pero yo no soy un incapaz.
Tal vez me encuentre desanimado y con problemas, pero no soy un incapaz.
Cuando tú haces por mí lo que yo mismo puedo y tengo necesidad de hacer, no estás haciendo otra cosa que atizar mis miedos y mi inseguridad.
Pero cuando aceptas que lo que siento me pertenece a mí,
entonces tengo que empezar a descubrir lo que hay dentro de mí"
(Carlos Alemany)

Hermanas Hospitalarias
"Curar y Cuidar"

Pamplona
CLÍNICA PADRE MENNI
Servicios
Unidad de Hospitalización
Residencia Asistida | Unidad de Psicogeriatría
Centro de Día | Servicio de consultas externas e interconsultas
Pisos tutelados

Elizondo
CENTRO HOSPITALARIO BENITO MENNI
Servicios
Residencia Asistida | Unidad de Psicogeriatría | Centros de Rehabilitación | Psicosocial
Discapacidad Intelectual (con enfermedad mental asociada)

En colaboración con
Gobierno de Navarra

CLÍNICA PADRE MENNI
C. JOAQUÍN BEUNZA 45
31014 **PAMPLONA**. NAVARRA
T CONSULTAS EXTERNAS 948 13 67 37
T 948 14 06 11 F 948 12 02 38
www.hospitalariasnavarra.org

CENTRO HOSPITALARIO BENITO MENNI
C. MENDINUETA S/N
31700 **ELIZONDO**. NAVARRA
T 948 45 21 62 F 948 45 24 78
www.hospitalariasnavarra.org

La hemorragia subaracnoidea y aneurismas cerebrales

*Alfonso Vázquez, Eduardo Portillo, Natalia Rodríguez *, Juan Carlos García, Idoya Zazpe, Rodrigo Ortega, Janire Carballares, Jorge Díaz, Gorka Zabalo*
Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario de Navarra.
**ATS-DUE Quirófano. Complejo Hospitalario de Navarra.*

La hemorragia subaracnoidea es un tipo de hemorragia intracraneal, que se caracteriza por la presencia de sangre en el espacio subaracnoideo, esto es un espacio ubicado alrededor del tejido cerebral y que contiene el líquido cefalorraquideo.

La causa más frecuente, aunque no la única, de este tipo de hemorragia es la ruptura de un aneurisma cerebral, que es una dilatación patológica de la pared de una arteria intracraneal. Otras causas de hemorragia subaracnoidea son malformaciones vasculares, traumatismos, consumo de drogas (cocaína), tumores cerebrales, y en algunas ocasiones (aproximadamente un 10% de casos) no se consigue identificar una causa aparente.

Incidencia

La hemorragia subaracnoidea afecta a 6-10 personas por cada 100.000 habitantes por año. Se trata de una situación grave que supone una mortalidad de un 20-40% de los casos hospitalizados y un 10 % antes de llegar a un Centro Hospitalario, según las series publicadas. La incidencia real de los aneurismas cerebrales es desconocida, ya que no siempre son diagnosticados, y se estima entre un 0,5 y un 3,5 % de la población. Son muy infrecuentes en la población infantil y cuando se manifiestan es en la edad adulta, con un pico de edad de alrededor de los 40-50 años. Generalmente los aneurismas suelen ser únicos, aunque hay pacientes que tiene más de un aneurisma (aneurismas múltiples).

Hoy en día no es infrecuente diagnosticar aneurismas cerebrales asintomáticos o incidentales por el elevado número de pruebas de neuroimagen realizadas en la población por otro tipo de problemas neurológicos (cefaleas, vértigos, traumatismos craneales, demencias,...), que en principio no presentan relación con la presencia de un aneurisma intracraneal.

Cuadro clínico

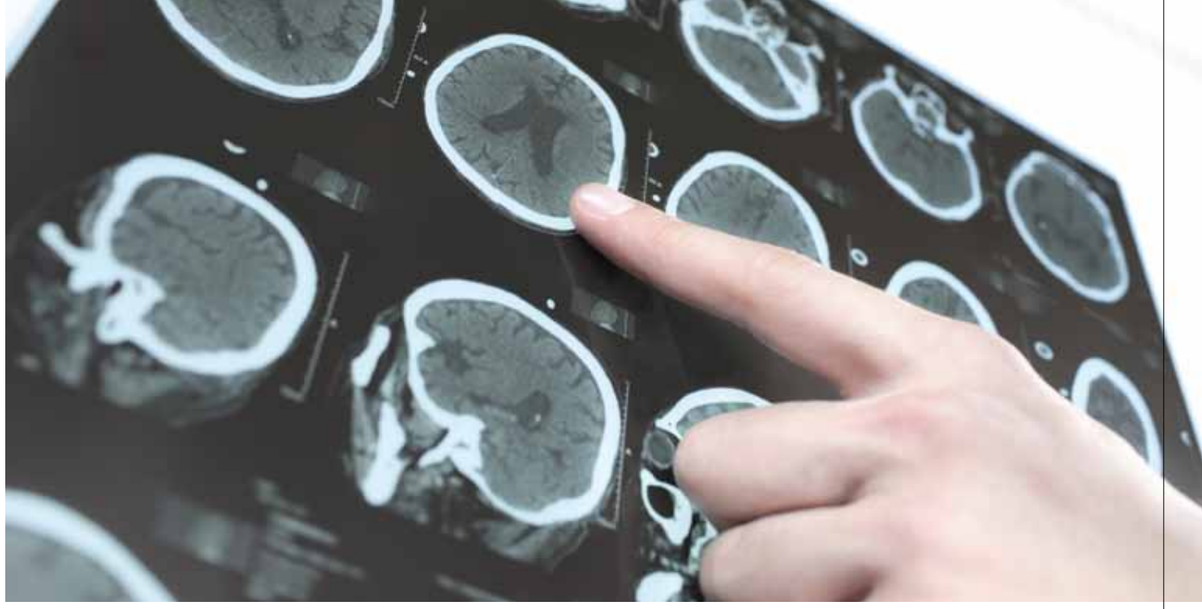
Los aneurismas cerebrales, en la mayoría de las ocasiones, son asintomáticos y solo en muy raras ocasiones pueden producir síntomas por compresión de nervios intracraneales, siendo el más frecuentemente afectado el III par, produciéndose diplopia (visión doble) por afectación de músculos oculomotores, ptosis (caída del párpado) y midriasis (dilatación pupilar).

Cuando se produce la ruptura del aneurisma con sangrado del mismo, se produce una cefalea muy intensa ("la peor de mi vida") y brusca, seguida de vómitos y malestar general. La irritación producida por la sangre sobre las meninges conduce a una contractura de la musculatura cervical que se conoce como "rigidez nucal".

Dependiendo de la gravedad, puede seguirse de pérdida de conciencia y desarrollo de un cuadro deficitario neurológico en forma de alteración de la movilidad de una o más extremidades, trastorno del lenguaje, convulsiones, y en casos muy graves, coma y muerte.

Diagnóstico

Los síntomas presentados son altamente sugestivos de hemorragia subaracnoidea. La presencia de rigidez nucal y otros signos de irritación meníngea apoya la sospecha diagnóstica. Debe confirmarse la sospecha por técnicas de neuroimagen, siendo actualmente la técnica de elección la Tomografía Computadorizada (TC), que permite no solo establecer el diagnóstico de hemorragia, al evidenciar contenido sanguíneo en los espacios subaracnoideos; sino también, mediante reconstrucciones angiográficas tras inyección de contraste por vía intravenosa (Angio-TC), diagnosticar la presencia del aneurisma causante. En algunas ocasiones, puede que el paciente no acuda inmediatamente al centro hospitalario tras producirse el cuadro hemorrágico. En estos casos se produce un efecto de "lavado" de la



sangre en el espacio subaracnoideo, pudiendo resultar el estudio TC normal.

La Angiografía por Resonancia Magnética también es una técnica útil de neuroimagen en el diagnóstico de aneurismas cerebrales, aunque no siempre está disponible en situación de urgencia, por lo cual es más empleada para el diagnóstico de aneurismas incidentales (que no se han roto y no han producido hemorragia intracraneal) y para el seguimiento de aneurismas previamente tratados.

La punción lumbar es una técnica empleada para diagnosticar la presencia de sangre en el líquido céfalo-raquídeo. Actualmente apenas se usa ya que en gran cantidad de ocasiones arroja resultados confusos o falsamente positivos si no se ha realizado de forma correcta.

La Angiografía Cerebral mediante cateterismo de las arterias cerebrales es la prueba diagnóstica más fiable y que permite la visualización de las posibles anomalías vasculares causantes de la hemorragia intracraneal (aneurismas o malformaciones arteriovenosas), al mismo tiempo que posibilita el tratamiento endovascular de dichas lesiones.

Tratamiento

El tratamiento de la hemorragia subaracnoidea se basa en tres pilares: tratamiento de los síntomas, tratamiento de la causa de la hemorragia y tratamiento de las complicaciones derivadas.

El tratamiento de los síntomas, tales como la cefalea, es farmacológico con analgésicos. Además deben seguirse una serie de medidas generales, tales como una fluidoterapia adecuada y reposo absoluto, siendo importante además que el paciente se mantenga en un ambiente lo más tranquilo posible.

El tratamiento de la causa de la hemorragia, generalmente un aneurisma cerebral, se puede realizar de dos maneras: mediante procedimientos endovasculares o mediante procedimientos quirúrgicos. Los procedimientos endovasculares son aquellos que, a través de un catéter introducido por una arteria, consiguen la oclusión del aneurisma mediante su embolización con materiales ocluyentes, siendo los coils (alambres enrollados) de platino el material más utilizado para este fin.

Los procedimientos quirúrgicos se realizan mediante una craniotomía (apertura del cráneo) y clipado del cuello del aneurisma con un clip quirúrgico. La cirugía también se realiza cuando es necesario evacuar un hematoma intracraneal.

Si el paciente se encuentra en situación neurológica grave, debe ingresar en una Unidad de Cuidados Intensivos para monitorización de constantes vitales y medidas de soporte, tales como ventilación mecánica y control de constantes vitales y de presión intracraneal.

Las complicaciones de la hemorragia subaracnoidea pueden ser muy graves. Deben tenerse en cuenta desde los primeros momentos del diagnóstico y deben tomarse medidas en caminadas a prevenirlas en la medida de lo posible. Las complicaciones más frecuentes son el resangrado, el vasoespasmo, la hidrocefalia y las crisis epilépticas.

El resangrado es la complicación más grave ya que puede suponer una mortalidad del 50 al 80%. Para evitarlo debe tratarse un aneurisma que ha sangrado en las primeras 72 horas tras la hemorragia, siempre que el paciente no presente un estado neurológico muy grave y no existan circunstancias que lo contraindiquen (vasoespasmo severo).

El vasoespasmo aparece entre el cuarto día y las 2 semanas tras la hemorragia y se caracteriza por una reducción del diámetro de las arterias intracraneales, lo que supone una disminución de aporte de sangre al tejido cerebral, lo cual puede desembocar en infartos cerebrales. Se diagnostica por el cuadro clínico (alteración del nivel de conciencia, déficits neurológicos de nueva aparición, hipertensión arterial) y por la técnica de Doppler trans-craneal. Para prevenirlo se emplean antagoniostas del Calcio (Nimodipino) y en casos graves el paciente debe ingresar en Unidad de Cuidados Intensivos para manejarlo con medidas que aumenten el riego sanguíneo cerebral. Esta complicación también puede confirmarse por Angiografía Cerebral, lo cual permite además tratarla con medidas físicas de dilatación arterial (angioplastia) e instilación directa en el vaso o los vasos espasmodizados de medicación vasodilatadora.

La hidrocefalia se debe a la obstrucción de la circulación del líquido cefalorraquideo por los coágulos hemáticos. Puede desarrollarse de forma aguda o tardía. En el caso de presentarse de forma aguda, el tratamiento consiste en la implantación en los ventrículos cerebrales de un drenaje externo de líquido cefalorraquideo mediante una intervención quirúrgica. Dicho drenaje se mantiene hasta que se resuelve la hidrocefalia o hasta que, en caso de no resolverse, se pueda implantar una derivación interna (derivación ventrículo-peritoneal o ventrículo-atrial). En caso de presentarse de forma tardía, el paciente presentará un deterioro de sus funciones neurológicas trascurrido un tiempo más o menos prolongado desde el evento hemorrágico; en este caso se tratará directamente con la implantación de una derivación ventrículo-peritoneal o ventrículo-atrial.

Las crisis epilépticas también pueden presentarse de forma aguda o tardía y se deben a la irritación producida en el córtex cerebral por los productos sanguíneos. Se tratan con medicación anticonvulsivante.

Otras complicaciones que pueden darse son extraneurológicas y pueden afectar al aparato carciocirculatorio (arritmias, cuadros isquémicos cardiacos, hiper o hipotensión arterial), respiratorio (edema pulmonar, atelectasias), infecciones (respiratorias, urinarias) y del medio interno (alteraciones del metabolismo de glucosa y electrolitos).

Comercial
Médica y de Laboratorio

MATERIAL PARA LABORATORIOS
CLÍNICOS, QUÍMICOS E INDUSTRIALES
PRODUCTOS PARA ANÁLISIS
QUÍMICOS Y CLÍNICOS

Nuestro servicio hacia el cliente nos hace diferentes

Ronda Landaben, 3 • 31012 Pamplona
Apartado de Correos 125 • 31080 Pamplona
T. 948 22 05 85 / 948 14 23 96 • F. 948 22 05 85
info@comercialmedica.es • www.comercialmedica.es