ZH
18 AÑOS

medicina salud
zonahospitalaria
navarra
medikuntza eta osasuna
ospitaleko gunea nafarroa

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

www.zonahospitalaria.com añoXVIII mayojunio2024 nº107

SUMARIO

2 Eliminar las varices sin cirugía
3 Rehabilitación cardíaca en la Clínica TDN
4 La alimentación en los primeros 1000 días de vida
5 Cirugía de Mínima Incisión en pie y tobillo
6 Mamografía: proyecciones complementarias
7 Implantes dentales sin injerto
8 La importancia del consentimiento informado en resonancia magnética
9 Radioterapia Adaptativa: un nuevo avance en la lucha contra el cáncer
10 ¿Qué medicación debo suspender antes de una intervención?
12 Reactivación del voluntariado hospitalario
13 Tratamiento de varices sin pasar por el quirófano...
14 Funciones Ejecutivas y Cáncer de Mama...
16 La odontología estética...
17 Avances en la Curación de Úlceras Persistentes...
18 Vacunación en personas mayores de 65 años.
20 Vendaje funcional
21 Tromboflebitis
22 Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH)...
24 La enfermedad de Crohn...
26 Prevención de la retinopatía diabética
27 ¿Qué es el asma?
28 El psicólogo y los riesgos psicosociales en las organizaciones
30 Porteo ergonómico
31 Biopsia hepática...
32 Marta Erroz Ferrer, entrenadora de Doma Clásica

ESTE EJEMPLAR ES GRATUITO
TE LO PUEDES LLEVAR A CASA
PARA RECIBIR GRATIS EL PDF DE LA REVISTA:
zonahospitalaria.com/suscripciones

Ten un verano saludable

CRÉDITOS

Zona Hospitalaria/*Ospitaleko gune* Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona **Edita/*Edizioa*** PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L. **Dirección/*Zuzendaritza*** Merche Ferrer **Redacción/*Erredakzioa*** (redaccion@zonahospitalaria.com) **Fotografía, diseño y producción/*Argazkiak, diseinua eta produkzioa*** PubliSic **Publicidad/*Publizitatea*** 618 463 122 (redaccion@zonahospitalaria.com). D.L./*L.G.* NA2471/2006 ISSN 2253-9026. **Distribución en 9 edificios del Hospital Universitario de Navarra, en el Hospital San Juan de Dios y en 15 Centros de Salud de Pamplona.**

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

Eliminar las varices sin cirugía

Antes y después del tratamiento

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

Hoy en día hay múltiples procedimientos no invasivos con los que se consiguen los mismos resultados que con una intervención tradicional, pero de un modo mucho menos agresivo y, por lo tanto, más cómodo para el paciente.

Como no hay dos pacientes con la misma patología venosa, es imprescindible una consulta con un **especialista en Angiología y Cirugía Vascular** con experiencia en el tratamiento de varices mediante procedimientos no invasivos, para que le pueda recomendar el mejor método en su caso concreto.

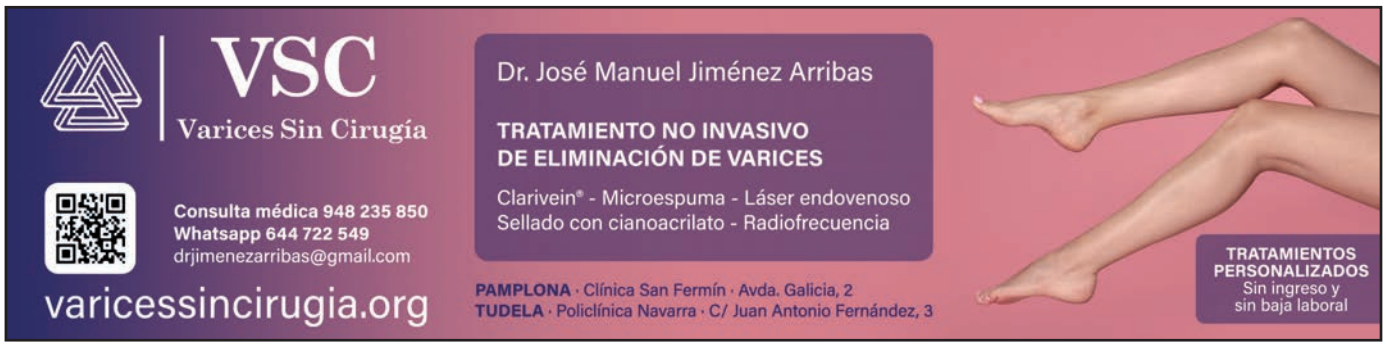
El objetivo principal del tratamiento es tratar la causa de las varices, que suele ser la insuficiencia de la vena safena, y de ese modo solucionar el problema circulatorio; y, de forma secundaria, se tratan las varices propiamente dichas para mejorar el aspecto visual.

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

En cuanto a las **colaterales varicosas**, la opción menos invasiva para tratarlas es la esclerosis con microespuma. No necesita anestesia, no hay que realizar ningún tipo de incisión quirúrgica, y permite realizar durante el tratamiento las actividades de la vida diaria (trabajo, deporte, etc.), sin interrupción, dado que son procedimientos ambulatorios.

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

El **Dr. Jiménez Arribas** tiene experiencia en todos los métodos existentes para el tratamiento de las varices, con miles de casos tratados. Le ofrecemos una valoración honesta y realista de su caso, el tratamiento más moderno y efectivo para sus varices y un seguimiento cercano a lo largo de todo el procedimiento.



Rehabilitación cardíaca en la Clínica TDN

Pedro María Azcárate
Doctor en Medicina por la Universidad de Navarra
Especialista en Cardiología. Nº Colegiado: 26/31-06741
C/ M, 1. Pol. Ind. Talluntxe II. | 31191 Cordovilla
Cardiología 686 553 940 | **TDN Clínica** 948 108 982 - 610 965 710
www.doctorazcarate.com

Dr. Azcárate CARDIÓLOGO

La rehabilitación cardíaca (RC) se instauró en 1960 como una serie de acciones coordinadas para minimizar el impacto de las enfermedades cardiovasculares (CV). La evidencia confirma que la RC reduce la tasa de mortalidad, las readmisiones hospitalarias y los costes sanitarios, además de mejorar la calidad de vida y el bienestar psicosocial del paciente.

Las enfermedades CV son la primera causa de muerte, una de cada cinco personas hospitalizadas por infarto de miocardio (IM) vuelve a sufrir otro IM o un ictus durante el primer año. Por eso los programas de RC deben cumplir con unos requisitos que garanticen la seguridad y la excelencia de las acciones para mejorar la enfermedad.

El programa de RC de la Clínica TDN se apoya en las guías de la Sociedad Europea de Cardiología Preventiva, el paciente es acompañado por especialistas en el área -activos en investigación clínica y docencia-.

El primer paso es el servicio de Cardiología, el Dr. Azcárate revisará su historia clínica, ajustará y controlará su medicación, evaluará sus factores de riesgo y practicará una serie de pruebas para valorar su corazón (electrocardiograma y ecocardiograma). Marisa Martínez Zazo, especialista en medicina de la actividad física y del deporte, analizará después su composición corporal y su calidad muscular mediante técnicas de bioimpedancia y ecografía.

Llega la hora de la cinta o el cicloergómetro, caminar o pedalear para medir la respuesta de su sistema cardiopulmonar al esfuerzo físico, observar si hay isquemia y ajustar los ejercicios óptimos para cada paciente. Una vez estratificado el riesgo CV, turno para las consultas de cardiología, nutrición y psicología. El fin es educar al paciente en su gestión alimenticia, psicoemocional y medicinal.

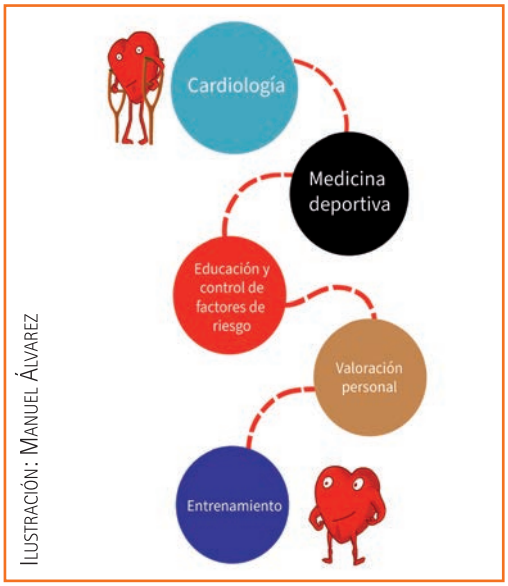


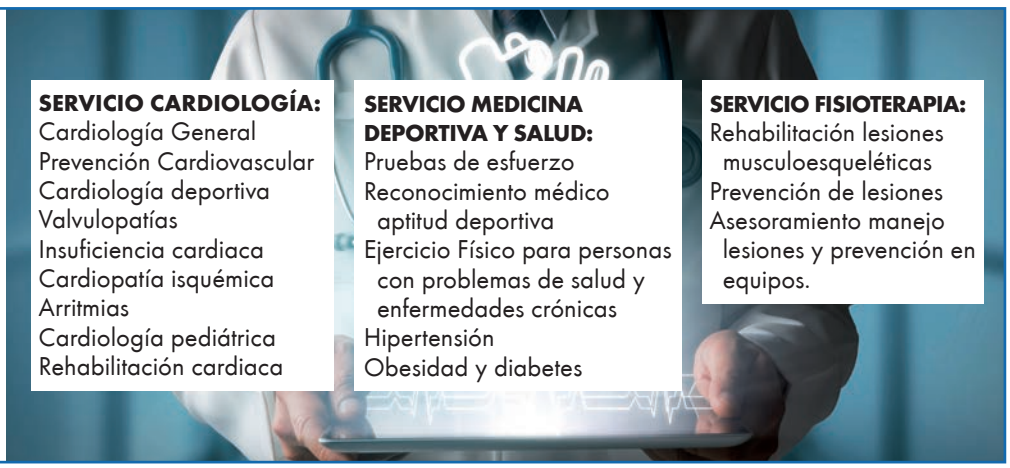
ILUSTRACIÓN: MANUEL ÁLVAREZ

¿Cuándo empezamos a entrenar? El proceso se inicia tras la prueba de esfuerzo y en paralelo al control de los factores de riesgo. ¿Qué ejercicios puedo hacer? ¿Hasta qué intensidad puedo llegar? En TDN hacemos una valoración funcional inicial (calidad del movimiento mediante sensores inerciales, rango articular y rigidez muscular, equilibrio, fuerza...) con revisión trimestral con el objetivo de individualizar el entrenamiento a las necesidades y las posibilidades de cada paciente. Mediante una aplicación móvil recibirá los ejercicios pautados para realizarlos en la propia clínica (sesiones individuales o grupales supervisadas por especialistas) o a distancia.

Firma invitada: **Erreka Gil Rey**. *Dr. en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Profesor del grado de CAFyD en la Universidad de Deusto. Rehabilitador en la Clínica TDN*

CLÍNICA TDN
SADENA
DR. AZCÁRATE

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



SERVICIO CARDIOLOGÍA:
Cardiología General
Prevención Cardiovascular
Cardiología deportiva
Valvulopatías
Insuficiencia cardiaca
Cardiopatía isquémica
Arritmias
Cardiología pediátrica
Rehabilitación cardiaca

SERVICIO MEDICINA DEPORTIVA Y SALUD:
Pruebas de esfuerzo
Reconocimiento médico aptitud deportiva
Ejercicio Físico para personas con problemas de salud y enfermedades crónicas
Hipertensión
Obesidad y diabetes

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

La alimentación en los primeros 1000 días de vida

Xabier Villabona Los Arcos. *Enfermero Centro de Salud Ansoáin.*
Neus Saloni Gómez. *MIR Pediatría y Áreas Específicas. Hospital Universitario de Navarra*

Actualmente, la gran mayoría de la población es consciente de la importancia de la alimentación, su impacto en la salud y su uso como tratamiento de diversas enfermedades. Ahora bien, en muchas ocasiones, se tiende a mejorar la alimentación una vez ya han aparecido los síntomas de enfermedad. Es importante conocer el papel de los hábitos saludables como herramienta de prevención, como exponemos a continuación.

En primer lugar, en los últimos años ha surgido con fuerza el concepto de "los primeros 1000 días de vida". Con él, se hace referencia al intervalo de tiempo desde la concepción hasta los 2 años de vida en los cuáles tienen lugar múltiples procesos, sobre todo de índole neurológico, imprescindibles para el desarrollo psicomotor. Así pues, durante los primeros 1000 días de vida, gracias a la maduración de innumerables conexiones neuronales favorecidas por un buen ambiente estimulante y, siempre que no exista patología, el lactante logrará sostener la cabeza, sentarse, andar, jugar, iniciar la comunicación, desarrollar su pensamiento, etc.

No obstante, durante este período de maduración y desarrollo, también tiene lugar otro fenómeno clave que tendrá repercusión en la adultez. En las últimas décadas, múltiples estudios científicos han comprobado que el tipo de alimentación que se tiene durante el embarazo y los primeros 2 años de vida supone un gran impacto en el metabolismo del individuo. Tan es así, que una alimentación poco saludable, rica en productos ultraprocesados y escasamente variada en la infancia provoca las primeras alteraciones en el organismo que, mantenidas en el tiempo, causaran un mayor riesgo de desarrollar obesidad, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes, entre otras patologías. Se ha descubierto que los primeros cambios en los vasos sanguíneos relacionados con la hipertensión tienen lugar en la adolescencia. Por eso es importante que, una vez se haya establecido la alimentación complementaria, se aumente el consumo diario de frutas, verduras y hortalizas en todas sus formas y texturas, pescados especialmente de tipo azul (limitando aquellos con alto contenido en mercurio) y carnes blancas. También es importante recordar que una alimentación infantil con excesiva proporción de proteínas se relaciona con mayor tasa de obesidad en infancia tardía y la vida adulta. Por el contrario, se debe retrasar tanto como sea posible la introducción de productos azucarados (no confundir con los azúcares naturalmente presentes en frutas y verduras) y reducir alimentos ricos en grasas saturadas.

Así pues y, en conclusión, una buena alimentación es imprescindible para disfrutar de una buena salud a corto y largo plazo. No obstante, no debemos olvidar que en los primeros 1000 días de vida los hábitos alimentarios van a resultar claves en determinar el metabolismo de la vida adulta. Finalmente, en el caso que se desee ampliar información al respecto, se recomienda seguir siempre las recomendaciones oficiales de sociedades científicas así como de profesionales de salud para recibir la mejor orientación sobre la alimentación de los más pequeños.

Cirugía de Mínima Incisión
en pie y tobillo

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

JAVIER CON SU EQUIPO

> La Clínica Podológica Ayesa, realiza esta innovadora técnica que ayuda a reducir notablemente las infecciones

Gracias al avance y evolución de la ciencia podológica es posible corregir y eliminar las deformidades del pie mediante una técnica innovadora. Se trata de la Cirugía de Mínima Incisión, también conocida como CIRUGÍA MIS (en inglés Mínima Incisión Surgery).

El **dolor de los pies** puede ser por varios factores, siendo los más comunes el juanete (Hallux Valgus), los dedos en garra, dedos en martillo, picos óseos, deformidades, etc. Estas patologías generan prominencias óseas que tienen lugar a deformidades en el pie. Podría parecer que solo afectan a la alineación natural y estética, también pueden resultar molestas y a veces muy dolorosas.

En cualquier caso, existen **diversas técnicas** para hacer esta corrección y la elección del método adecuado dependerá de factores como la gravedad de la deformidad, la calidad ósea, la edad del paciente o la presencia de enfermedades sistémicas. En la consulta el podólogo cirujano valorará cuál es la técnica quirúrgica más adecuada en cada paciente, siendo así un tratamiento personalizado.

La cirugía de mínima incisión del pie se realiza en **régimen ambulatorio** con **anestesia local,** lo que significa que NO es necesario ingresar en el hospital, el paciente entra y sale caminando de la consulta. Consiste en realizar pequeñas **incisiones de 2 ó 3 mm** a través de las cuales se introduce el material necesario para realizar la intervención. Esto **reduce enormemente las infecciones** y la evolución de la cirugía es más rápida para poder retomar a nuestra vida cotidiana.

Durante la Cirugía MIS utilizamos la última tecnología, realizando una **ecografía y RX** (fluoroscopio) para facilitar las correctas técnicas mínimamente invasivas. Además en el postquirúrgico hemos introducido el uso de **terapias láser y radiofrecuencia** para facilitar la rápida recuperación.

Tras la intervención, se realiza un **vendaje funcional** que deberá llevar el paciente durante 4-6 semanas. Esto es debido a que no se introducen placas, grapas, agujas o tornillos. Se realizan revisiones una vez a la semana junto con el cambio de vendaje para proporcionar un control postquirúrgico, realizando un seguimiento exhaustivo supervisado por el podólogo cirujano Javier tras la cirugía para verificar y comprobar que el paciente evoluciona satisfactoriamente.

Después de la cirugía de mínima incisión el paciente **debe caminar** utilizando un **zapato postquirúrgico** especial, seguido por zapatillas deportivas cómodas. A medida que la inflamación disminuye, se puede volver a utilizar cualquier tipo de calzado, pero es recomendable optar por calzado fisiológico que evite punteras estrechas y tacones altos. En muchos casos, se pueden **requerir plantillas** a medida para abordar las alteraciones biomecánicas del pie y prevenir futuras complicaciones.

La Clínica Podológica Ayesa está en Pamplona y al frente de ella el Doctor Javier Ayesa Roa, ofrece una **Valoración Quirúrgica GRATUITA** para una posible intervención. También **tratamos** desde patologías dérmicas y ungueales, estudios de la pisada, fascitis plantar, espolón, dedos en garra, dedos martillo etc...

LOS PIES SON UNA PARTE CLAVE EN NUESTRO CUERPO Y NO SIEMPRE LES PRESTAMOS EL CUIDADO QUE MERECE PARA VIVIR SIN LIMITACIONES ACUDE A LA CLÍNICA PODOLÓGICA AYESA.

CIRUGÍA DE MÍNIMA INCISIÓN DE JUANETES
Y ESTUDIO DE LA PISADA, EN PAMPLONA

Plantillas personalizadas a medida

AYESA
CLÍNICA PODOLÓGICA
CIRUGÍA & BIOMECÁNICA

VENTAJAS de la cirugía mínimamente invasiva de juanetes

- Régimen ambulatorio
- Anestesia local
- Rápida recuperación
- Menos dolor
- Menos infecciones
- Menor coste

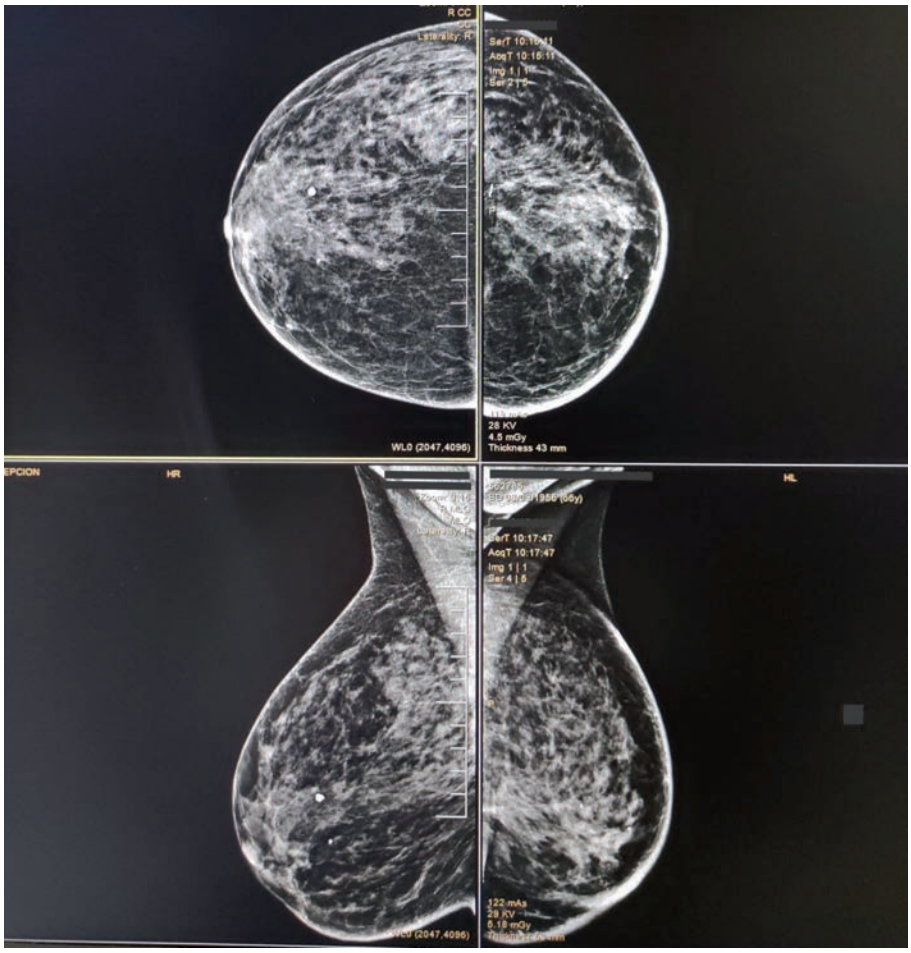
Valoración quirúrgica gratuita

Reserva tu cita:
948 153 622
clinicaayesa@gmail.com
Av. San Ignacio , 12. Pamplona
clinicaayesa.es

Mamografía: proyecciones complementarias

Marina Extramiana Esquisabel, Yamila Evelina Quintana Di Blasi, Yaiza Loreto Aranguren Herrrero, Patricia Ochoa Pérez y Alba Gomollón Garzón.
Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear. Hospital Universitario de Navarra

La mamografía es la técnica principal para la detección precoz del cáncer de mama en mujeres y en hombres con sospecha de patología mamaria.



En ocasiones, las proyecciones rutinarias realizadas no son suficientes para realizar un diagnóstico completo o la existencia de una patología determinada puede requerir un estudio más exhaustivo de la mama. Para ello, se puede examinar la mama con otras técnicas de visualización.

Las proyecciones de un estudio convencional rutinario son la cráneo-caudal y la medio-lateral oblicua, que combinadas con mamografías específicas (para cada patología) y técnicas ecográficas complementan el proceso diagnóstico. En base a las características de la zona anatómica de la mama y de la patología que se quiera examinar se realiza una o varias proyecciones determinadas.

Entre las proyecciones más frecuentes se encuentran:

- **Proyección lateral a 90º latero-medial (LM) o medio-lateral (ML).** La paciente se coloca de frente al mamógrafo que se encuentra girado a 90º, en base a la proyección a realizar se apoya la cara externa o cara interna de la mama sobre el detector de imágenes.
- **Proyección cráneo-caudal rotada (interna o externa).** Se coloca a la paciente en la posición cráneo-caudal con la diferencia de que la mama o el tubo de rayos se deben rotar. Se logra diferenciar la superposición del tejido de hallazgos patológicos vistos en mamografías anteriores.
- **Proyección del valle o arco intermamario.** Se sitúa en el centro del detector el surco intermamario para visualizar las estructuras cercanas a la parte central y/o delante del esternón.
- **Proyección cráneo-caudal exagerada o de Cleopatra.** La paciente se gira al lado contrario de la mama estudiada incluyendo el músculo pectoral para descartar lesiones en la parte externa y axilar de la mama.
- **Proyección axilar.** Se realiza incluyendo la axila y la prolongación axilar quedando bien visualizadas las estructuras.
- **Posición localizada.** La compresión se realiza en un punto concreto del tejido mamario con un compresor más pequeño. Al recibir una mayor compresión se reduce el grosor y separa las estructuras superpuestas.
- **Proyección magnificada.** Se coloca la mama más elevada sobre un dispositivo de magnificación que ofrece una mejor visualización de los márgenes y ayuda a descartar superposiciones.
- **Proyección Eklünd (para prótesis mamarias).** El estudio consiste en traccionar hacia delante el tejido mamario desplazando la prótesis. El implante queda fuera del campo de compresión visualizando únicamente el tejido.

Las proyecciones complementarias deben emplearse para resolver una duda diagnóstica, seleccionando la correcta para cada patología. Siendo realizadas por el técnico especialista y analizadas por el radiólogo.

Implantes dentales sin injerto

Los implantes sin injerto permiten restaurar la dentadura sin necesidad de procesos previos de regeneración ósea.

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

CLÍNICA BUSTILLO&LÓPEZ
IMPLANTES DENTALES
ESTÉTICA FACIAL
CASTILLO DE MAYA, 45. T 948152878

Conforme los implantes dentales se han generalizado como la opción terapéutica más eficaz para la sustitución de dientes perdidos, también han aumentado las opciones de tratamiento que se ofrecen.

Del concepto tradicional de implante que requería un proceso relativamente y que comportaba en muchos casos la realización de injertos óseos, hemos pasado a enfoques más avanzados en los que se han acortado mucho los plazos. Han surgido diferentes alternativas para hacer que la regeneración ósea sea más sencilla, más rápida y, sobre todo, lo menos traumática posible para el paciente.

De hecho, prácticas como la obtención de hueso propio han quedado para casos excepcionales y han sido relevadas por el uso de biomateriales y de técnicas de reconstrucción que usan componentes como el plasma enriquecido.

Por otra parte, se ha incrementado los tipos de implantes para realizar abordajes diferentes, de acuerdo con las características de la patología y las expectativas de cada paciente.

En ese sentido, el campo de los implantes dentales muestra un abanico amplio de terapias y requiere cada vez un mayor grado de especialización y un gran dominio de la odontología digital, tanto en el diagnóstico como en la planificación quirúrgica y en la propia intervención.

De hecho, los avances nos han permitido que podamos ofrecer alternativas de tratamiento en las que no sea necesaria la reconstrucción de hueso. Identificadas como técnicas de implantes sin injerto, acortan los tiempos y facilitan que implantes y coronas definitivos se coloquen en una sola sesión.

En términos generales, los implantes dentales sin injerto son una opción para pacientes que no tienen suficiente hueso disponible en la mandíbula o en el maxilar para colocar un implante dental tradicional. Y, por distintos motivos, médicos o personales, no pueden someterse a un proceso de restauración ósea.

Por ello, en lugar de utilizar injertos, se aplican procedimientos de cirugía avanzada. Estas técnicas permiten reducir el plazo de tratamiento y dan paso a un postoperatorio más sencillo.

Se trata de prácticas que exigen una alta precisión y que se han beneficiado de los avances en tecnología digital. Con ellas es posible determinar con exactitud la ubicación de los implantes y diseñar piezas a la medida exacta de cada paciente.

Veamos algunos de estos tratamientos:

- **Implantes cortos**

Se caracterizan por tener una longitud menor que los implantes dentales convencionales, lo que los hace ideales para situaciones donde el espacio óseo disponible es reducido.

- **Implantes subperiósticos**

Son dispositivos protésicos diseñados para ser colocados debajo del periostio, la membrana que recubre el hueso maxilar o mandibular. Por tanto, no se insertan en el hueso.

- **Implantes cigomáticos**

Presentan un diseño y longitud especiales para poder anclarse en el hueso cigomático, una masa ósea de gran solidez que toda persona conserva pese a haber perdido dientes y hueso en el maxilar.

- **Lateralización del nervio mandibular**

Consiste en el desplazamiento del nervio para disponer de espacio en el que colocar los implantes dentales. Esta técnica se utiliza cuando la zona está muy comprometida y existe el riesgo de afectar al nervio.

- **Elevación del seno maxilar sin injerto**

En este caso, la técnica de elevación de seno usa la coagulación de la sangre del propio paciente y las capacidades osteogénicas de la membrana que recubre el seno maxilar.

En Clínica Bustillo & López realizamos con normalidad todos estos tratamientos. Se proponen al paciente una vez que el diagnóstico indica que alguno de ellos puede ser preferible frente a los implantes tradicionales.

La importancia del consentimiento informado en resonancia magnética (RM)

Iván Fernández Elías, Paula Mutiloa Goñi y Carlos Manuel Majado Iglesias.
TER en el Hospital Universitario de Navarra.

La resonancia magnética (RM) es una prueba radiológica por imagen que consta de un potente imán que emite ondas de radiofrecuencia por la cual se consiguen imágenes de la zona estudiada en distintos planos.

Es una prueba muy solicitada ya que proporciona imágenes de alta calidad, donde se pueden valorar distintas estructuras corporales pudiendo identificar patologías neurológicas, musculo-esqueléticas, cardíacas, abdominales...

La prueba para el paciente consiste en tumbarse en la camilla e introducirse en el aparato de RM y permanecer muy quieto para que las imágenes salgan nítidas, de calidad y por tanto diagnósticas. Puede durar desde 10 minutos hasta más de una hora dependiendo del tipo de prueba y la zona a estudiar, además de si es "sin" o "con" contraste intravenoso que se usa para realzar ciertas estructuras o tejidos que interesen valorar.

Consentimiento

Antes de realizarse ésta prueba le harán rellenar y firmar un consentimiento informado preguntádole si tiene alguna alergia conocida, si tiene insuficiencia renal, si tiene algún objeto metálico, como prótesis, grapas, tornillos, placas...

Si es portador de dispositivos electrónicos como marcapasos, desfibrilador, neuroestimuladores, implantes cocleares, stents, válvulas cardíacas, parches transdérmicos...

Es necesario tener esta información ya que algunos de éstos pueden no ser compatibles con la RM y producir efectos adversos pudiéndose desplazarse o producir quemaduras.

Si ha tenido alguna intervención de este tipo es importante que al acudir a la cita de RM presente la tarjeta identificativa del implante ya que en ésta indica el modelo del aparato implantado e indica si es compatible con la RM o si hay que realizar algún proceso diferente para realizar la prueba.

La potencia habitual utilizada suele ser de 1,5T-3T(Tesla), no se ha demostrado ningún efecto perjudicial derivado de ésta, tan solo el depósito calórico, puede notar calor durante la realización de la prueba. Pudiendo ser alguno de los objetos implantados contraindicado en RM de 3T pero no en una de 1,5T debido a la menor potencia.

Embarazo y RMN

Otro tema por el que deben avisar al profesional que le va a realizar la prueba e indicar en el consentimiento es si esta embarazada o si existe la probabilidad de poder estarlo.

Si la prueba que le ha solicitado su médico no es urgente, lo mejor es esperar a realizar la prueba después de haber tenido al bebé.

Se desaconseja realizar la RM en el primer trimestre de gestación, ya que el feto no se ha desarrollado y no está demostrado si pueden sufrir algún efecto secundario.

La prueba habitual durante el embarazo es la ecografía ya que no existe contraindicación para el bebé y es la técnica habitual para el seguimiento del embarazo.

Si en la eco del 2º trimestre se detecta alguna anomalía o malformación en el feto se complementa con una RM. Si en ésta se confirma la existencia de alguna anomalía se suele repetir en el 3º trimestre para hacer un seguimiento de la patología hallada o si existe una afección de la placenta o el líquido amniótico.

Por lo que es muy importante dedicar el tiempo necesario para cumplimentar correctamente el consentimiento y consultar cualquier duda con el personal que se encuentra en las instalaciones de radiología por la seguridad del paciente.

Radioterapia Adaptativa: un nuevo avance en la lucha contra el cáncer

Mikel Rico Osés. *Jefe de Sección de Radioterapia Externa del Hospital Universitario de Navarra*

La radioterapia adaptativa supone un cambio cualitativo en el tratamiento del cáncer, que ya está aquí y se generalizará a lo largo de los próximos años

El cáncer representa un importante problema de salud pública. Según el último informe elaborado por el Instituto de Salud Pública de Navarra, el cáncer es causante del 47% de los fallecimientos en la población menor de 75 años en Navarra y del 25% de todos los fallecimientos.

En la lucha contra el cáncer en nuestra comunidad se han producido múltiples avances que han permitido reducir la incidencia de algunos tumores, y mejorar la evolución y pronóstico de los pacientes. Estos avances incluyen las estrategias de prevención primaria como las campañas contra el tabaquismo, las campañas de prevención secundaria como las de cribado poblacional para la detección precoz del cáncer, el desarrollo y mejora de las unidades multidisciplinares para optimizar el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades, la colaboración entre los equipos clínicos y las unidades de investigación básica para el desarrollo de nuevos tratamientos y la irrupción de novedosos tratamientos sistémicos como la inmunoterapia. A todos ellos se suman los avances en el campo de la radioterapia, una herramienta básica en los tratamientos oncológicos, ya que el 60% de los pacientes recibirán este tratamiento a lo largo de su enfermedad. En determinados tipos tumorales la radioterapia, por si sola, es curativa.

El pasado año el Hospital Universitario de Navarra (HUN) incorporó a su arsenal terapéutico los 2 primeros aceleradores lineales Ethos de España, capacitados para realizar tratamientos de radioterapia adaptativa online. Esto supone realizar tratamientos personalizados cada día para cada paciente particular a partir de un sistema que incorpora la Inteligencia Artificial, ajustando diariamente el tratamiento a la posición y forma del tumor y a los cambios en la anatomía del paciente en apenas 15 minutos. La radioterapia adaptativa online pretende aumentar la precisión del tratamiento, mejorando los resultados y reduciendo la toxicidad. A lo largo del último año la Unidad Funcional Integrada (UFI) de Radioterapia del HUN (formada por los Servicios de Oncología Radioterápica, Radiofísica y Protección Radiológica y la Unidad de Enfermería) ha llevado a cabo más de 600 fracciones de radioterapia adaptada para distintos tipos tumorales de lo que se han podido beneficiar decenas de pacientes oncológicos de Navarra. La experiencia acumulada ha permitido dar el paso a extender este tratamiento en un mayor número de localizaciones tumorales y participar en estudios internacionales con el fin de expandir los límites de esta novedosa herramienta contra el cáncer. Como ejemplo, este tipo de radioterapia permite realizar tratamientos para el cáncer de próstata con intención curativa en apenas 5 sesiones, en lugar de las habituales 20 sesiones, mejorando los resultados y el confort de los pacientes.

Dados los beneficios que aporta este tratamiento y el creciente interés de la comunidad científica al respecto, cabe esperar que en los próximos años su uso se extienda. Para que esto sea posible es necesario abordar cambios en la gestión de los equipos y en los roles de los profesionales implicados. Desde la UFI de Radioterapia del HUN se trabaja para mejorar el rendimiento de los equipos capacitando a médicos, radiofísicos y técnicos especialistas en radioterapia con el fin de dar sostenibilidad al sistema.

anestesiología

¿Qué medicación debo suspender antes de una intervención?

Ander Pérez Alzola. *Médico Interno Residente de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Navarra.*
Cristina Olabuenaga Bermejo. *Médico Interno Residente de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Navarra.*
Jose Ramón Ortiz Gómez. *FEA Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Navarra*

Cada vez es más frecuente que los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas tengan un tratamiento crónico con medicamentos que no tienen relación con la patología que ocasiona la cirugía. En un estudio reciente se estima que más del 50% de pacientes quirúrgicos se hallan en esta situación. Esto se debe en gran parte a los avances en los procedimientos quirúrgicos y anestésicos, permitiendo operarse a pacientes con enfermedades cada vez más complejas y en edades más avanzadas. Ambos factores contribuyen a la existencia de pacientes polimedicados crónicos.

El correcto manejo de dicha medicación crónica no relacionada con la cirugía adquiere un papel relevante ya que en todo el mundo millones de pacientes se someten año tras año a intervenciones quirúrgicas, por lo que es fundamental poder anticiparse a las consecuencias de no suprimir determinados fármacos.

Sin embargo, es un aspecto complejo y poco estudiado que muchas veces se puede llegar a convertir en un auténtico quebradero de cabeza para el facultativo. Para algunos fármacos existen recomendaciones de consenso mientras que para otros la información disponible es limitada o controvertida. En el caso de intervenciones quirúrgicas programadas es una oportunidad para reexaminar las indicaciones y contraindicaciones del tratamiento y si es necesario cambiarlo; por el contrario, en situaciones de urgencia no hay tiempo para modificar el tratamiento antes de la cirugía.

Los aspectos que condicionan la suspensión o continuidad de la medicación crónica en el perioperatorio son el riesgo de desarrollar complicaciones y los cambios en la función gastrointestinal que pueden imposibilitar la ingesta por vía oral durante varios días.

Durante este periodo los pacientes se hallan expuestos a nuevas medicaciones durante un tiempo corto pero intenso. Estos fármacos presentan un elevado potencial de interacciones farmacológicas y algunos de ellos pueden tener consecuencias clínicamente relevantes por lo que es importante anticiparse a los mismos siempre que sea posible.

Durante este artículo se revisarán los grupos de fármacos más comunes junto con los aspectos que condicionan la suspensión o continuidad de esta medicación crónica, proporcionando así recomendaciones prácticas y sencillas para su manejo. Es muy importante destacar que este artículo es meramente informativo y la elección final sobre mantener o no determinadas medicaciones dependerá del anestesiólogo responsable de cada caso.

Medicaciones que alteran la coagulación de la sangre

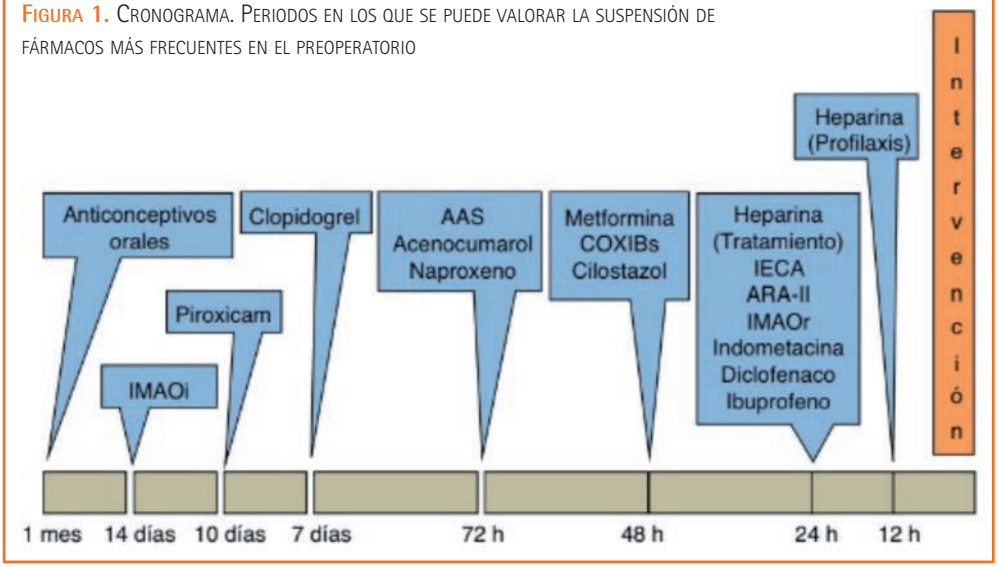
Aunque los fármacos antiagregantes y anticoagulantes tienen beneficios indudables en gran número de pacientes, sus efectos sobre la coagulación en un contexto de riesgo de sangrado, hace necesario unas recomendaciones sobre su manejo en este periodo. Estas recomendaciones varían dependiendo de la medicación, del tipo de cirugía y del riesgo personal de sangrado y trombosis de cada paciente.

Antiagregantes:

Existen unas guías recientes de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación sobre el manejo de antiagregantes en el perioperatorio de cirugía no cardíaca.

De manera resumida, en los pacientes con elevado riesgo trombótico (menos de 3 meses desde la implantación de stent convencional, infarto agudo de miocardio (IAM), cirugía de revascularización coronaria,

Figura 1. Cronograma. Periodos en los que se puede valorar la suspensión de fármacos más frecuentes en el preoperatorio



intervencionismo percutáneo o ictus isquémico o 12 meses después de implantar stent fármaco activo) es preferible demorar las intervenciones electivas, de manera que la suspensión de los antiagregantes sea segura.
Si la cirugía no es diferible, es necesaria una decisión multidisciplinaria que podría incluir varias opciones: reducir dosis altas de ácido acetilsalicílico (AAS) a dosis bajas, mantener AAS y clopidogrel o mantener AAS y suspender clopidogrel.
Si la intervención tiene bajo riesgo hemorrágico (cirugías ortopédicas menores, otorrinolaringológicas, cirugía periférica, plástica, endoscópica, cámara anterior ocular, procedimientos dentales) seguramente habrá que mantener los antiagregantes y vigilar la hemostasia y sangrado en el periodo perioperatorio. Ciertas intervenciones tienen un riesgo inasumible de sangrado (neurocirugía intracraneal, medular, cámara posterior ocular), por lo que casi nunca se podrán mantener los antiagregantes a dosis plenas.
Si la indicación es prevención primaria por la presencia de factores de riesgo cardiovascular, los antiagregantes pueden ser suspendidos totalmente, casi siempre sin riesgos significativos para el paciente.

Anticoagulantes:

De manera análoga a lo recomendado con los antiagregantes, el ajuste de la anticoagulación oral (ACO) en el perioperatorio estará condicionado por el tipo de indicación y por el riesgo de sangrado de cada intervención.
Las enfermedades con mayor riesgo tromboembólico como por ejemplo, válvulas cardíacas protésicas mecánicas, menos de 3 meses desde accidente isquémico transitorio (AIT) o infarto cerebral, enfermedad valvular reumática, fibrilación auricular con múltiples factores de riesgo cardiovascular, precisarán terapias puente con heparinas de bajo peso molecular para evitar en lo posible que el paciente esté expuesto a periodos prolongados sin tratamiento, y a la vez sin exponerlo a un riesgo exagerado de sangrado.
En caso de que se considere inasumible la suspensión de la ACO, existe la opción de sustituirla por perfusión intravenosa continua de heparina sódica y suspenderla 4-6 h antes de la intervención.

Analgésicos

El uso de este grupo de fármacos está ampliamente generalizado en la población, convirtiéndose en uno de los fármacos más utilizados hoy en día.

Antiinflamatorios no esteroideos (AINES):

Como recomendación global se deben suspender según su duración en el organismo. Así, los AINE de corta duración, como ibuprofeno, ketorolaco, indometacina y diclofenaco pueden administrarse hasta el día previo a la intervención, mientras que los de larga duración precisan suspensiones más precoces: rofecoxib y celecoxib se debe valorar suspenderlos 48-72 antes, el naproxeno 72-96 h y alguno como el piroxicam se debería suspender hasta 10 días antes.

Opiáceos:

Como ejemplo el Tramadol, Fentanilo o Morfina entre otros, deben continuar su pauta habitual para evitar el posible riesgo de síndrome de abstinencia que conllevaría su suspensión.

Fármacos cardiovasculares

Antihipertensivos:

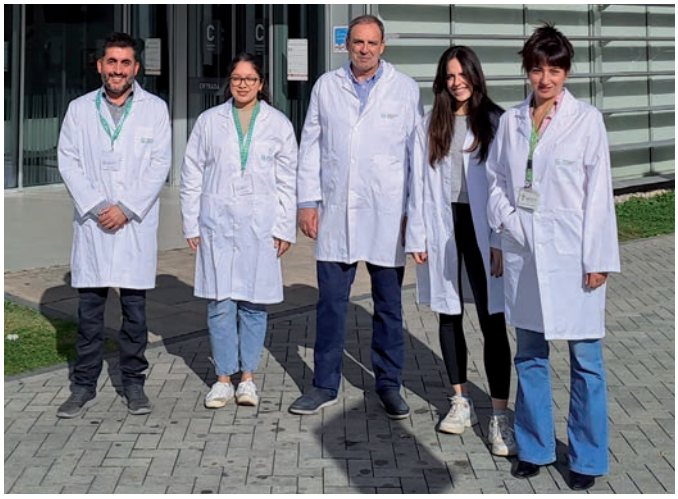
En este grupo se engloban multitud de medicamentos de diferentes clases farmacológicas. Ejemplo de algunos de ellos podrían ser: la furosemida (diurético), bisoprolol (betabloqueante) o enalapril (inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina).
En términos generales, se suspenderán todos ellos a excepción de los betabloqueantes. Tanto los diuréticos, inhibidores de la angiotensina y su receptor, se recomendará suspenderlos por intensificar una posible hipotensión arterial durante el periodo perioperatorio y generalmente se dejarán de tomar el día previo.
Los betabloqueantes, en cambio, han demostrado una reducción en la morbimortalidad si se continúa su administración incluso el mismo día de la intervención. Esto se debe principalmente a la disminución de infartos en el perioperatorio. (Ver Figura 1)

Conclusión

Dadas las implicaciones clínicas de esta problemática, es importante que todo el equipo asistencial tenga presente la importancia de manejar adecuadamente la medicación crónica no relacionada con la cirugía antes de la misma, ya que ello puede contribuir a la reducción de complicaciones en una fase donde el cuidado del paciente es especialmente crítica, aumentando por consiguiente la calidad del proceso asistencial y disminuyendo las posibles complicaciones perioperatorias.
Como paciente, conviene estar informado sobre los riesgos y beneficios de mantener o suspender la medicación que se tome habitualmente, pero la decisión final sobre este aspecto la tomará el médico responsable. Esto habitualmente se suele realizar en las consultas preoperatorias que realizan los anestesistas, lugar donde se podrá resolver cualquier duda acerca de este tema. Es muy importante seguir las instrucciones que se proporcionen en dicha consulta y no decidir si tomar (o no tomar) una medicación el día de la cirugía, puesto que puede ser perjudicial para su propia salud.

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

Reactivación del voluntariado hospitalario



Asociación Española Contra el Cáncer en Navarra
Voluntariado hospitalario.
Marisa Villafranca Iturre. *Coordinadora Atención al Paciente y Usuarios.*

Desde la Asociación Española Contra el Cáncer de Navarra tenemos experiencia en el desarrollo de diferentes actividades de voluntariado dirigidas a pacientes oncológicos y a sus familiares, con el objetivo principal de mejorar su calidad de vida y desarrollar diferentes competencias que les ayuden a afrontar de una mejor manera todo el proceso oncológico y lo que ello implica.

Nuestro apoyo es crucial durante el periodo de la enfermedad y la recuperación donde ayudamos a prevenir situaciones de soledad, aislamiento y ansiedad. Facilitamos la distracción durante los tratamientos y los tiempos de espera en el hospital, tanto para los enfermos como los familiares, para que se sientan acompañados en momentos complicados para ellos.

En nuestro empeño por continuar promoviendo la humanización de las estancias hospitalarias, y de buscar herramientas para los pacientes oncológicos y sus familiares en beneficio de su calidad de vida y bienestar emocional, la Asociación Española Contra el Cáncer de Navarra reactivó el voluntariado hospitalario que venía desarrollando hasta antes de la pandemia en el Hospital Universitario de Navarra y Hospital Reina Sofía. Así, pusimos en marcha la iniciativa "palabras que acompañan", que consiste en acompañar en las estancias de Hospital de día de oncología a los pacientes y familiares. De manera paralela se facilita la oferta de una biblioteca móvil en las salas de tratamiento y se gestionan diversas necesidades que pueda tener el paciente y sus familiares durante el proceso de enfermedad.

Cuándo está activo este servicio

De lunes a viernes de 10:00 a 13:30 h, tanto en el Hospital Universitario de Navarra como en el Hospital Reina Sofia.

Futuro próximo del voluntariado hospitalario de la Asociación Española Contra el Cáncer en Navarra

Nuestra labor va adquiriendo mayor aceptación y necesidad entre la población, ya que somos una pieza importante de un puzle cuyo fin último es facilitar la adaptación a una nueva realidad provocada por la enfermedad.

Conocemos mediante el resultado de diversos estudios que, tras la pandemia, el 40,8% de las personas diagnosticadas de cáncer muestran sintomatología ansiosa o depresiva de carácter clínico. Y, también, que el 57% de los familiares presentan niveles de malestar clínico.

Por eso, una vez más, queremos aprovechar las nuevas tecnologías y servirnos de todos los posibles beneficios que éstas nos puedan ofrecer. En esta ocasión, la Asociación Española Contra el Cáncer en Navarra, ha creído conveniente desarrollar un proyecto de gafas de realidad virtual en el entorno hospitalario que posibilite la reducción del impacto de la enfermedad y contribuir a una mejor adaptación a los tratamientos. Ofreciendo momentos de entretenimiento y distracción para amenizar la estancia del paciente y su familiar en el hospital. Además de facilitar la mejoría en el estado de ánimo de los pacientes, crear estímulos gratificantes en el entorno hospitalario y reducir la percepción del tiempo durante los tratamientos y hospitalizaciones. El uso de las gafas de realidad virtual (de carácter gratuito) se llevará a cabo a través de los voluntarios de la Asociación Española Contra el Cáncer.

Cómo contactar si estoy interesado en ser voluntario de la Asociación Española Contra el Cáncer en Navarra

Pamplona:
- Acercándose a la sede de la AECC, en la Calle Río Alzania, 31-1ºF.
- Llamando al teléfono 948 212 697
- O enviando un email a **voluntariado.navarra@contraelcancer.es**

Tudela:
- En la Sede de la AECC en Tudela, en Plaza de la Constitución, 13.
- Llamando al teléfono 948 911 992
- O enviando un email a **voluntariado@contraelcancer.es**

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

Combinación de tecnologías para mejorar los resultados

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

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

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

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

SIN NECESIDAD DE VENDAJES NI MEDIAS DE COMPRESIÓN

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

PERMITE TRATAR EL MISMO DÍA LAS DOS EXTREMIDADES

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

SIN manchas y hematomas

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

SIN anestesia, sin ingreso y sin baja

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

¿En qué consiste el tratamiento con Venaseal®?

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

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

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

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

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

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

CPS-C2261/1/14-NA

www.leopoldofernandez.com

Funciones Ejecutivas y Cáncer de Mama:

algunas estrategias para facilitar la reincorporación al mundo laboral

Esperanza Bausela Herreras.
Profesora Titular de Universidad de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad Pública de Navarra.
Experta online en Psicooncologia por el Colegio Oficial de la Psicología de Madrid

Las mujeres que se recuperan de un cáncer de mama y se re-incorporan al mundo laboral tienen que afrontar las consecuencias de los tratamientos oncológicos y al mismo tiempo, intentar recuperar el control de sus vidas y volver a ser ellas mismas.

La re-incorporación de las mujeres supervivientes de cáncer de mama al mundo laboral puede presentar desafíos únicos debido a las posibles secuelas cognitivas, emocionales y físicas asociadas a esta condición.

Algunas de las principales necesidades que pueden surgir en este proceso incluyen: (i) Adaptaciones en el entorno laboral (horarios flexibles); (ii) Apoyo psicosocial y emocional para abordar posibles cambios físicos relacionados con el Cáncer de Mama; (iii) Creación de conciencia y educación en el lugar de trabajo; (iv) Flexibilidad laboral y (v) Acceso a recursos y redes de apoyo.

Figura 1. Necesidades a cubrir en el contexto laboral

Estas necesidades pueden variar según las características individuales de cada persona. Es fundamental abordar estas necesidades de manera integral, involucrando a profesionales de la salud, empleadores, colegas y la propia persona para lograr una incorporación exitosa al mundo laboral.

Los centros de trabajo carecen de planes de re-incorporación que faciliten el proceso de integración, siendo las propias mujeres quienes tienen que gestionar ellas mismas todo el proceso de re-incorporación

En este marco, proponemos el desarrollo de unas estrategias que ayude a estimular las funciones ejecutivas (inhibición, memoria de trabajo, flexibilidad) principalmente afectadas después de ciertos tratamientos oncológicos, quimioterapia, fundamentalmente) en mujeres que han superado el cáncer de mama y que pueden tener un impacto positivo en su re-incorporación al mundo laboral (Figura 2).

Figura 2. Principales funciones ejecutivas afectadas.

Seguidamente proponemos algunos ejemplos

Estrategias de Intervención para la Atención:

- Utilizar autoinstrucciones verbales (por ejemplo, "Bien, cálmate y piensa en la pregunta").
- Aplicar estrategias de enfoque (por ejemplo, verificar las características críticas y escuchar cuidadosamente).
- Animar al uso de agendas y cuadernos especiales para organizar documentos.
- Detenerse y pensar antes de responder.
- Utilizar estrategias para aumentar la alerta.
- Tomar descansos planificados para evitar mantener un esfuerzo mantenido durante demasiado tiempo.

Estrategias de Intervención para la Flexibilidad:

- Definir el objetivo.
- Identificar las estrategias para lograr el objetivo.
- Desarrollar una serie de pasos que definan el plan.
- Recoger materiales e información necesarios.
- Iniciar el plan.
- Monitorizar el progreso y modificar el plan si es necesario.
- Completar la tarea y examinar los resultados.

Estrategias de Intervención para el Control Inhibitorio:

- Aumentar la conciencia de la persona sobre las posibilidades que existen para regular pensamientos, sentimientos, esfuerzos y acciones.
- Crear un entorno libre de distracciones evidentes, estructurado para prevenir cambios inesperados en la rutina y que respalde las habilidades y el crecimiento de la persona mediante la planificación del manejo del comportamiento.
- Enseñar técnicas de control del comportamiento, desarrollar señales que le indiquen que debe detenerse y tomarse un descanso.
- Crear señales no verbales que ayuden a mejorar el control inhibitorio. Las personas visuales, por ejemplo, pueden aprender a inhibir el comportamiento imaginando una señal de alto.
- Utilizar autorefuerzo positivo para fomentar la repetición de comportamientos positivos.

Estrategias de Intervención para la Planificación:

- Animar a pensar estratégicamente y planificar todo con anticipación.
- Usar un calendario para trazar y planificar metas y tareas a largo plazo.
- Utilizar cuadernos diarios o semanales para planificar y organizar tareas a corto plazo.
- Construir una lista que priorice tareas y actividades.
- Abordar tareas complejas dividiéndolas en pasos más pequeños.
- Crear listas de verificación de instrucciones paso a paso con ejemplos de cómo realizar una tarea u objetivo.
- Programar períodos de trabajo más frecuentes, pero más cortos.
- Crear cuotas más pequeñas o más hitos para aumentar la sensación de productividad.
- Limitar el tiempo dedicado a cada tarea estableciendo límites (por ejemplo, un temporizador, cronometro).
- Definir qué significa tener una actividad o tarea completada.

Estrategias de Intervención para la Auto-Monitorización:

- Identificar un objetivo, prever el rendimiento y delinear posibles estrategias basadas en resultados imaginados.
- Entrenarse en habilidades de autocontrol y auto-monitorización, utilizar, por ejemplo, una lista de verificación que puede incluir diferentes preguntas, por ejemplo, "¿He definido mi tema?" o "¿He completado el esquema?
- Verificar regularmente el progreso para asegurarse de que se esté completando una tarea.
- Utilizar señales para ayudar a determinar cuándo se ha desviado de una tarea.

Estrategias de Intervención para la Memoria de Trabajo:

- Combinar las acciones de ver, decir, escribir y hacer al presentar información, para ayudar a reforzar la capacidad para aprender y recordar la información.
- Aprender estrategias mnemotécnicas de memoria (por ejemplo, rimas, acrónimos, imágenes visuales, método de lugares...) para aumentar la capacidad de memoria de trabajo.
- Utilizar un registro de memoria que puede incluir mapas, listas de verificación, horarios, un diario de pensamientos y sentimientos, señales y recordatorios e instrucciones para diferentes actividades.
- Utilizar una grabadora para ayudar a reforzar ciertos aprendizajes.

Finalmente, podemos decir que las mujeres que se re-incorporan al mundo laboral después de un cáncer de mama pueden desarrollar de forma autónoma sus funciones ejecutivas. Fortalecer estas habilidades puede mejorar la capacidad de enfrentar los desafíos y lograr el éxito en diferentes aspectos de la vida. Al mismo tiempo es necesario brindar apoyo integral a las mujeres para facilitar una transición exitosa a la vida laboral.

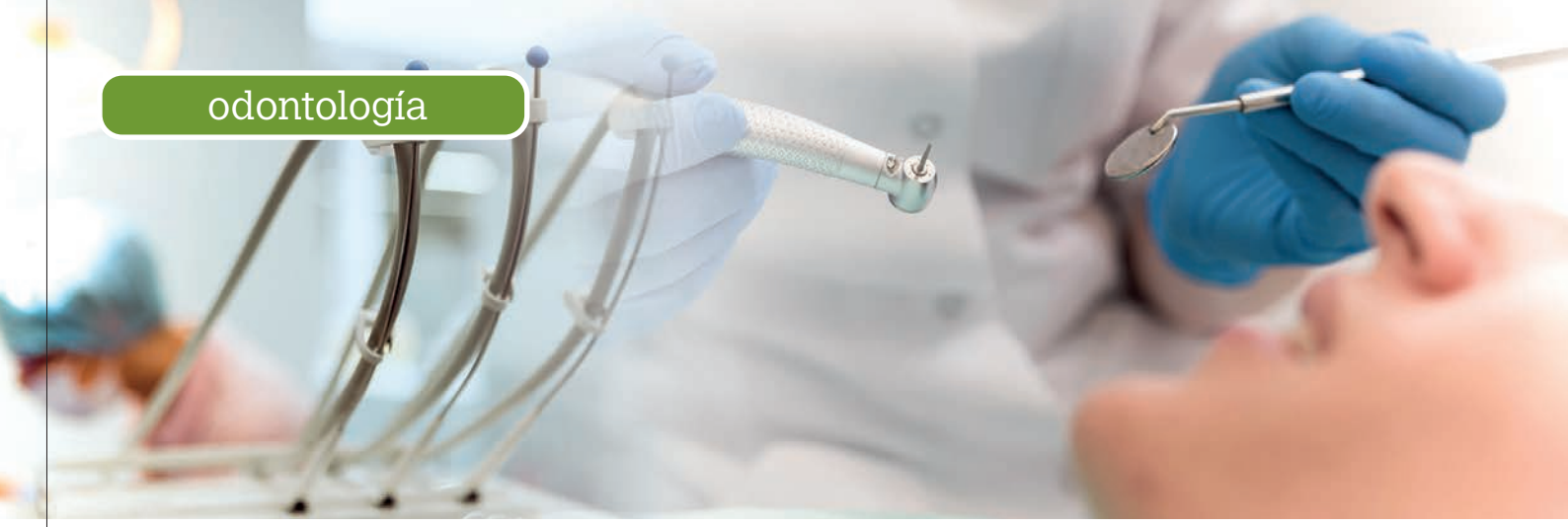
Ver Bibliografía: https://zonahospitalaria.com/funciones-ejecutivas-y-cancer-de-mama-algunas-estrategias-para-facilitar-la-re-incorporacion-al-mundo-laboral/

Médicos y Profesional Sanitario

Zona Hospitalaria necesita de tu colaboración, -altruista y desinteresada-, para que escribas artículos y nos ayudes a formarnos para mejorar nuestra calidad de vida.

Nº caracteres: 3.000 ó 6.000, incluidos espacios entre palabras

Enviar artículos a: redaccion@zonahospitalaria.com



La odontología estética: Un componente vital para el bienestar integral

Comunicación Edificio Policlínica Artica

La odontología estética se ha consolidado como una parte esencial de la medicina dental actual, ofreciendo a los pacientes diferentes tratamientos disponibles para mejorar la estética dental. Estos procedimientos pueden tener un impacto significativo en la salud emocional, psicológica y social de los individuos, convirtiéndose en una herramienta clave para mejorar el bienestar integral.

El **blanqueamiento dental**, es un tratamiento muy solicitado en odontología estética. El blanqueamiento se utiliza para reducir o eliminar completamente las manchas dentales. Este tratamiento ayuda a los pacientes a tener una mejor percepción de sí mismos. Una sonrisa blanca y radiante rejuvenece el aspecto del rostro. Es un tratamiento completamente indoloro y además respeta completamente el esmalte.

La ortodoncia es uno de los tratamientos de odontología estética más demandados

Uno de los beneficios estéticos más evidentes de la ortodoncia es la corrección de los dientes torcidos o apiñados. La ortodoncia puede corregir estas imperfecciones, creando una sonrisa más uniforme y armoniosa que mejora la estética facial general.

Además de corregir la alineación dental, la ortodoncia también puede ayudar a corregir problemas de maloclusión, como la sobremordida, la mordida cruzada o la mordida abierta. Estos problemas pueden afectar la apariencia facial y la simetría de la sonrisa. Al corregir la mordida, la ortodoncia puede mejorar la forma y la estructura facial, creando un perfil facial más equilibrado y estéticamente agradable.

La **implantología estética** ha revolucionado la manera en que los pacientes pueden restaurar sus sonrisas. Más allá de reemplazar las piezas dentales, los implantes dentales ofrecen una solución duradera y natural que puede mejorar significativamente la estética facial y la calidad de vida de los pacientes. Los implantes dentales se integran de forma permanente con el hueso mandibular o maxilar, lo que les otorga una estabilidad y funcionalidad comparables a los dientes naturales. Al reemplazar dientes perdidos o dañados los implantes ayudan a preservar la estructura ósea y la integridad del contorno facial. Esto puede prevenir la pérdida ósea y el colapso que a menudo ocurre con la pérdida de piezas dentales, lo que resulta en un aspecto más juvenil y saludable.

En conclusión, la odontología estética ha evolucionado considerablemente, ofreciendo a los pacientes una variedad de opciones para mejorar la sonrisa y la autoestima de los pacientes, además de mejorar su calidad de vida.

Avances en la Curación de Úlceras Persistentes: El Papel Vital de la Cámara Hiperbárica

Comunicación Edificio Policlínica Artica

Las úlceras persistentes representan un desafío significativo en el tratamiento médico, especialmente en pacientes con condiciones médicas subyacentes como la diabetes o enfermedades vasculares.

Estas heridas crónicas suelen ser difíciles de tratar, con evolución tórpida y muchas veces pueden causar complicaciones graves sino se manejan adecuadamente. Sin embargo, los avances en la medicina han llevado a la introducción de nuevas terapias, como la oxigenoterapia hiperbárica, que están demostrando ser eficaces en la curación de úlceras persistentes, mejorando la calidad de vida de los pacientes y reduciendo costes sanitarios.

La oxigenoterapia hiperbárica implica respirar oxígeno puro medicinal en un entorno de presión atmosférica elevada dentro de una cámara hiperbárica. Este enfoque terapéutico aumenta significativamente la cantidad de oxígeno que puede transportarse en la sangre, lo que promueve la curación de heridas al estimular la formación de nuevos vasos sanguíneos, proceso llamado angiogénesis y tejido sano.

En el caso de las úlceras persistentes, la oxigenoterapia hiperbárica ofrece diferentes beneficios. En primer lugar, el aumento del suministro de oxígeno ayuda a combatir la infección al mejorar la capacidad del sistema inmunológico para eliminar bacterias y promover un ambiente más favorable para la cicatrización de heridas. Además, la terapia hiperbárica reduce la inflamación y el edema, lo que puede mejorar el flujo sanguíneo y la circulación, facilitando así la curación de la úlcera y reduciendo el riesgo de amputación.

En Oxien hemos tratado úlceras con resultados de recuperación muy buenos. Se ha observado que esta terapia acelera la cicatrización de heridas, reduce el riesgo de amputación y mejora la calidad de vida de los pacientes. Además, la oxigenoterapia hiperbárica es un tratamiento seguro y bien tolerado, con pocos efectos secundarios y complicaciones.

La oxigenoterapia hiperbárica no es una solución única para todas las úlceras persistentes y debe ser parte de un enfoque multidisciplinario que incluya una evaluación completa del paciente y un plan de tratamiento personalizado.

Para obtener unos resultados óptimos de curación será necesario recibir varias sesiones, las que la doctora considere oportunas después de realizar un estudio exhaustivo de cada caso. Para que el tratamiento sea un éxito el compromiso del paciente es fundamental.

Antes y después - paciente diabético

Paciente con insuficiencia venosa

Vacunación en personas mayores de 65 años. Un estilo de vida saludable

Sonia Domínguez Pascual. *Enfermera familiar y comunitaria. Medicina Preventiva e Higiene Hospitalaria. Hospital Universitario de Navarra.*
Kenya Nekotxea Lezaun. *Enfermera Sección Enfermedades Transmisibles y Vacunaciones. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra*

La vacunación sigue siendo, hoy en día, la estrategia más importante de prevención frente a las enfermedades infecciosas, logrando disminuir significativamente la mortalidad en los adultos mayores.

A partir de los 60 años el sistema inmunitario se debilita y puede resultar más difícil combatir las infecciones, lo que condiciona una mayor probabilidad de enfermar. Es a lo que se llama inmunosenescencia o envejecimiento del sistema inmune.

Decálogo de los beneficios de la vacunación para personas mayores

1. Las vacunas **protegen frente a infecciones graves**, potencialmente mortales, que pueden afectar a las personas mayores. La inmunización reduce el riesgo de complicaciones graves y hospitalizaciones relacionadas con estas enfermedades.

2. La vacunación **reduce la mortalidad**. En el caso de la gripe y la neumonía, por ejemplo, la vacunación puede marcar la diferencia en la supervivencia de las personas mayores.
3. Las vacunas contribuyen a mantener una **mejor calidad de vida**.

4. Al prevenir enfermedades como la neumonía y la gripe, **se reducen las posibilidades de desarrollar complicaciones crónicas** a largo plazo que pueden afectar la salud.

5. Al mantener a los adultos mayores más saludables, las vacunas **contribuyen a su independencia** y capacidad para llevar a cabo actividades diarias y mantener relaciones sociales.

6. Algunas vacunas, como la vacuna antineumocócica, pueden **proteger frente a varias enfermedades**, reduciendo la carga de enfermedades infecciosas en la población

7. La vacunación en personas mayores no solo protege a los individuos, sino que también puede contribuir a la inmunidad colectiva. Esto **disminuye la propagación de enfermedades infecciosas** en la comunidad, protegiendo a aquellos que son más vulnerables.

8. Las vacunas destinadas a adultos mayores han sido rigurosamente probadas para garantizar su seguridad y eficacia. **Los beneficios superan ampliamente los riesgos**.

9. La vacunación ayuda a **evitar la saturación de los hospitales y centros de salud**, especialmente en épocas de alta incidencia de enfermedades, como es la temporada de gripe.

10. La prevención a través de la vacunación evita hospitalizaciones y tratamientos costosos relacionados con enfermedades inmunoprevenibles por lo que se **reduce la carga económica en el sistema de salud**.

En la actualidad, en Navarra, según el **Calendario común de vacunaciones e inmunizaciones a lo largo de toda la vida**, en el grupo de población mayor de 65 años estarían indicadas y financiadas las siguientes vacunas:

Vacuna frente al COVID-19

El COVID-19 es una enfermedad respiratoria que causa síntomas como fiebre, tos y dificultad para respirar.

Los estudios muestran que las vacunas contra el COVID-19 reducen el riesgo de contraer esta enfermedad y que, por tanto, ayudará a evitar que se enferme gravemente o se ingrese en un hospital por este motivo. Es recomendable que las personas mayores se mantengan al día con las vacunas frente al COVID-19, pues tienen mayor probabilidad desarrollar una enfermedad grave por este motivo.

Vacuna frente a la gripe

La gripe es una infección que puede causar fiebre, escalofríos, dolor de garganta, congestión nasal, dolor de cabeza y/o dolores musculares. Las personas mayores tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones graves como la neumonía.

La gripe se contagia fácilmente; y el virus también cambia con el tiempo, lo que significa que la persona que ha padecido gripe puede volver a contraerla. Para garantizar que las vacunas frente a la gripe sigan siendo eficaces, su composición se actualiza todos los años.

Las personas vulnerables, incluidas los mayores de 60 años, deben vacunarse anualmente contra la gripe; la protección que confiere la vacuna hace que sea menos probable que se enferme gravemente o sea hospitalizado por la enfermedad. La vacuna antigripal es especialmente importante si se tiene un problema crónico de salud, como una enfermedad cardíaca o diabetes.

Vacuna para prevenir la neumonía

La enfermedad neumocócica es una infección grave que puede afectar a los pulmones (neumonía) y, con menor frecuencia, también a otras localizaciones y dar lugar a otitis o meningitis. Las personas mayores tienen mayor riesgo de desarrollar una enfermedad grave o incluso fallecer por esta causa; por esta razón, se recomienda que todos los adultos mayores de 65 años se vacunen frente al neumococo. Actualmente la vacuna financiada es la vacuna polisacárida 23-valente, en caso de personas institucionalizadas, mayores de 65 años, la vacuna será la neumocócica conjugada 20-valente.

Vacuna frente al tétanos y la difteria

El tétanos y la difteria son enfermedades que pueden provocar enfermedades graves.

- El tétanos es causado por bacterias que se encuentran en el suelo, el polvo y el estiércol. Pueden infectarnos a través de un corte profundo o una quemadura.
- La difteria es una enfermedad grave que puede afectar las amígdalas, la garganta, la nariz o la piel. Se puede propagar de una persona a otra vía respiratoria.

Vacunarse es la mejor manera de prevenir estas dos enfermedades. La mayoría de las personas se vacunan cuando son niños, pero también necesitan dosis de refuerzo a medida que envejecen para mantenerse protegidas frente a estas enfermedades.

Se recomienda una dosis de tétanos difteria (Td) en torno a los 65 años a las personas que recibieron 5 dosis durante la infancia y la adolescencia. En caso de no haber recibido 5 dosis con anterioridad, se vacunará con Td hasta completar 5 dosis.

Vacuna frente al herpes zóster

El herpes zoster (HZ) es una infección viral causada por la reactivación del virus varicela zóster. Tras haber padecido la varicela, el virus se queda latente en el tejido nervioso y puede volver a reactivarse y causar herpes zóster. La edad es un factor de riesgo importante de reactivación del virus.

Inicialmente puede aparecer ardor, dolor punzante, hormigueo y picazón, así como sarpullido con ampollas. Incluso cuando desaparece la erupción, puede permanecer el dolor (neuralgia post-herpética) durante mucho tiempo, y llegar a ser muy incapacitante.

La vacuna contra el HZ es segura y puede evitar la enfermedad y las complicaciones que esta pueda causar. En la actualidad está financiada una vacuna inactivada (Shingrix®) para las personas nacidas en 1948, 1949, 1958 y 1959.

Conclusiones

- La vacunación en personas mayores debe formar parte de un estilo de vida saludable.
- Es importante mantenerse informado sobre las necesidades de vacunación, correctamente protegido y dar prioridad a la salud aprovechando las ventajas de la vacunación para adultos de 65 años o más.
- En caso de duda puede consultar a su médico de cabecera o enfermera de referencia de cuáles son las vacunas recomendadas por edad o factores de riesgo en caso de tener alguna enfermedad.

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

Vendaje funcional

Sara Bermejo Sandín. *Fisioterapeuta. Hospital Universitario de Navarra.*
Alba Lecumberri Lara. *Fisioterapeuta*

Un vendaje funcional es un tipo de inmovilización parcial que limita o inhibe un movimiento que causa dolor dejando el resto de movimientos libres. Esto permite proteger las estructuras motoras lesionadas preservando al mismo tiempo la normal funcionalidad de los otros segmentos corporales.

Los vendajes funcionales son usados tanto de manera preventiva como terapéutica con tres técnicas principales:
A) Técnica de contención que busca limitar el movimiento que causa dolor.
B) Técnica de inmovilización que busca anular el movimiento que causa dolor.
C) Técnica combinada de ambas.

Los principales materiales empleados para la ejecución de un vendaje funcional son:
- Vendas adhesiva no elástica o TAPE.
- Vendas elásticas.
- Placas de protección (FOAM).

Ventajas de los vendajes funcionales

- Periodos de recuperación más cortos.
- Elimina los inconvenientes de la inmovilización completa y prolongada y de la inactividad, como las rigideces articulares o la atrofia muscular.
- Resulta una opción terapéutica económica.

Indicaciones

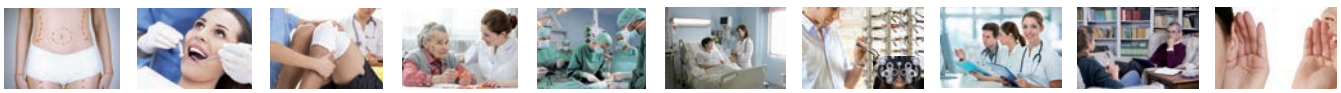
- Distensiones ligamentosas de primer grado y segundo grado.
- Distensiones y elongaciones musculares.
- Laxitudes ligamentosas.
- Roturas de fibras musculares.
- Fisuras de huesos largos (metatarsianos, falanges).
- Fisuras de costillas.
- Descarga de tendinopatías.
- Descargas de fascias.

Contraindicaciones

- Roturas ligamentosas.
- Roturas tendinosas.
- Roturas musculares.
- Fracturas.
- Edemas.
- Problemas cutáneos.
- Heridas de consideración.
- Problemas en la circulación de retorno.
- Alergias a los componentes de los materiales empleados.

Precauciones a la hora de la ejecución

- Para su ejecución es importante un buen conocimiento de la anatomía y biomecánica.
- Evitar las arrugas en las vendas.
- Es conveniente evitar compresiones en determinandas zonas, por ejemplo hueco poplíteo, y proteger los relieves óseos y tendinosos con placas de foam o gomaespuma o empleo de vaselinas, y rasurar o colocar prevendajes protectores para evitar heridas.
- No colocar tiras circulares cerradas para no dificultar la circulación de retorno.
- El vendaje no debe causar dolor.
- Ante sensaciones de hormigueos, tumefacción, cambios de coloración o señales de alarma el vendaje debe ser retirado inmediatamente. Es importante tras colocarlo permanecer con el paciente los primeros minutos y si el vendaje es colocado en el miembro inferior pedirle que se ponga en pie y camine.



Para anunciarte en *zona* ***hospitalaria*** *navarra* revista y web

Revista: 1 página interior (600 €), 1/2 página (400 €), 1 faldón (300 €) [Precios/Nº +IVA]
Web: Banner 230 píxeles ancho x 170 alto, en pág. Home (100 €) y en pág. Navarra (50 €) [Precios/Mes +IVA]
Publicar un artículo solo en la web (página Home), durante 2 meses, son 200 €+IVA
+ información: redaccion@zonahospitalaria.com

Tromboflebitis

Adriana Ger Buil. F.E.A. Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela.
María Jesús Igúzquiza Pellejero. F.E.A. Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela.
Susana Clemos Matamoros. F.E.A. Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela.
Tina Herrero Jordan. F.E.A. Neumología. Hospital Reina Sofía. Tudela.

La flebitis es la inflamación de las paredes venosas. A menudo es provocada por la formación de un coágulo sanguíneo (trombo) en su interior, por lo que también se la conoce como tromboflebitis.

¿Cuáles son sus causas?

La tromboflebitis puede afectar a las venas cercanas a la superficie de la piel, denominándose tromboflebitis superficial, o a las venas situadas en los tejidos bajo la piel, denominándose entonces trombosis venosa profunda.

Las causas más frecuentes de esta enfermedad suelen ser las enfermedades infecciosas, pero también puede tener su origen en un traumatismo o por un desencadenante tóxico.

Los coágulos sanguíneos se pueden formar cuando existe un factor que desacelere o cambie el flujo de sangre en las venas.

Los factores de riesgo incluyen, entre otros:

- Reposo prolongado o permanecer sentado en una posición por mucho tiempo, como un viaje en avión.
- Historia familiar de coágulos sanguíneos, lo cual puede implicar la presencia de trastornos hereditarios que llevan a un incremento en el riesgo de la formación de coágulos sanguíneos.
- Fracturas en la pelvis o las piernas.
- Haber dado a luz dentro de los últimos 6 meses.
- Embarazo.
- Obesidad.
- Cirugía reciente (más comúnmente de cadera, rodilla, o cirugía pélvica femenina).
- Tener un catéter permanente en un vaso sanguíneo.

Hay además ciertas afecciones que favorecen la formación de trombos, como por ejemplo el cáncer, los trastornos inmunitarios como el lupus, el tabaco o tomar estrógenos u otras píldoras anticonceptivas.

¿Qué síntomas provoca?

El territorio venoso afecto puede presentar:

- Inflamación
- Dolor
- Enrojecimiento de la piel
- Calor e hipersensibilidad

¿Cuál es el tratamiento?

Ciertos métodos de compresión pueden contribuir a reducir la molestia. Dependiendo del caso, se pueden pautar analgésicos, anticoagulantes para prevenir la aparición de nuevos coágulos (sobre todo en los casos de trombosis venosa profunda), o trombolíticos para disolver el coágulo existente.

Los tratamientos menos comunes son la extirpación quirúrgica de una vena próxima a la superficie o el bypass de la propia vena perjudicada.

Las medidas que puede aplicarse el propio paciente son quitar la presión del área afectada y así reducir el dolor y el riesgo de empeoramiento, y levantar la zona afectada para reducir la inflamación.

En cuanto a las posibles complicaciones, éstas incluyen:

- Embolia pulmonar (trombo en los vasos pulmonares).
- Dolor crónico en el lugar de la tromboflebitis.
- Inflamación crónico en el lugar de la tromboflebitis.

¿Se puede prevenir?

La mejor forma de prevenir la flebitis y los problemas vasculares es cuidar la circulación sanguínea.
En situaciones en que no haya una corriente fluida de sangre se recomienda realizar ciertos movimientos para facilitarla, como por ejemplo, al hacer viajes largos en coche o avión, o trabajar en jornadas laborales largas sentado o de pie. Lo aconsejable es caminar o estirar las piernas de vez en cuando, tomar mucho líquido y usar medias de descanso.

Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH):

Profilaxis preexposición (PrEP) y profilaxis post-exposición (PEP)

Susana Clemos Matamoros. F.E.A. Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela.
Adriana Ger Buil. F.E.A. Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela.
Tina Herrero Jordan. F.E.A. Neumología. Hospital Reina Sofía. Tudela.
María Jesús Igúzquiza Pellejero. F.E.A. Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela.

PrEP y PEP son medicamentos para prevenir el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH). Cada tipo se usa en una situación diferente:

- **PrEP** significa profilaxis previa a la exposición: Está indicada para personas que aún no tienen VIH, pero están en un mayor riesgo de contraerlo. Si se expone al VIH, la PrEP puede evitar que el VIH se propague por el organismo.
- **PEP** significa profilaxis post-exposición. La PEP es para personas que posiblemente hayan estado expuestas al VIH. Es solo para situaciones de emergencia. La PEP debe iniciarse dentro de las 72 horas posteriores a la posible exposición al VIH.

Profilaxis post- exposición (PEP)

Los esquemas de PEP recomendados son los siguientes:

- **En los adultos:** Tenofovir combinado ya sea con lamivudina (3TC) o emtricitabina (FTC) como medicamentos de base preferidos; estos son también los medicamentos preferidos en el tratamiento de la infección por el VIH. El tercer medicamento recomendado es el lopinavir reforzado con ritonavir (LPV/r), que también lo recomienda la OMS como un medicamento preferido en el tratamiento de esta infección.

- **En los niños:** Zidovudina (AZT) y lamivudina (3TC) son los medicamentos de base para los niños de 10 años de edad o menores y el lopinavir reforzado con ritonavir (LPV/r) es el tercer medicamento preferido. Estas preferencias también concuerdan con los medicamentos preferidos en el tratamiento de la infección por el VIH en niños.

Con el fin de mejorar la aceptación de la PEP y su compleción, la OMS recomienda suministrar el ciclo completo de 28 días en la primera consulta, en lugar de exigir a los pacientes que regresen múltiples veces por las recetas.

Es fundamental a fin de mejorar la adhesión y aumentar las tasas de finalización de la PEP, la OMS recomienda que los programas ofrezcan asesoramiento con miras a reforzar el cumplimiento.

Si existen dudas iniciales sobre la indicación y sobre la pauta a emplear, es probablemente mejor administrar de inmediato la primera dosis de una pauta básica y decidir posteriormente si se continúa o no.

Profilaxis pre- exposición (PrEP)

Es una herramienta más para prevenir la transmisión del VIH en personas con alto riesgo de contraer la infección. Sin embargo, es importante tener presente que no ha de ser una intervención aislada, sino que debe estar incluida en el concepto de prevención combinada que incluye también la promoción de conductas de menos riesgo para la infección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, como es el uso del preservativo.

No todas las personas con prácticas de riesgo para la infección por VIH pueden incluirse en un programa de PrEP.

Se ha aprobado para los siguientes grupos de población en riesgo elevado de adquirir la infección.

1. **Hombres VIH-negativos que tienen sexo con hombres o personas transexuales**, mayores de 18 años, con al menos 2 de los siguientes criterios:
   - Más de 10 parejas sexuales diferentes en el último año.
   - Práctica de sexo anal sin protección en el último año.

- Uso de drogas relacionado con el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección en el último año.
- Administración de profilaxis post-exposición en varias ocasiones en el último año.
- Al menos una ITS bacteriana en el último año.

2. **Mujeres que practiquen la prostitución VIH negativas** que refieran un uso no habitual del preservativo.

Antes de prescribir la PrEP es importante realizar diferentes actuaciones:
- Identificar qué persona está en situación de riesgo elevado de infección por VIH y forma parte de un grupo de riesgo en el que esté indicada la PrEP.
- Valorar conjuntamente con el paciente si la PrEP puede ser una buena opción de prevención.
- Valorar que pueda realizar el seguimiento adecuado y que va a mantener una adherencia correcta al tratamiento.
- Descartar la infección por VIH antes de comenzar la PrEP. Uno de los principales errores que suceden en la administración de la PrEP es iniciarla en pacientes VIH positivos. En caso de duda sobre una posible infección reciente no se debe recomendar la PrEP hasta haberla descartado.
- Proporcionar información orientada a disminuir el riesgo de infección (consejo asistido). Promover el uso del preservativo porque la PrEP no ofrece protección ante otras ITS.
- Evaluación médica completa.
- Realizar una analítica general de sangre y orina incluyendo hemograma, glucemia, filtrado glomerular estimado (FGe), ionograma, creatinina, fósforo y transaminasas, sedimento de orina y cociente proteínas/creatinina. El TDF puede ocasionar alteraciones de la función renal y no se debe utilizar con FGe<60mL/min o presencia de proteinuria clínicamente significativa.
- Realizar cribado de otras ITS (infección de transmisión sexual) aunque el paciente esté asintomático (sífilis, infección por Chlamydia o gonococo y hepatitis B y C).

Seguimiento de la PrEP

Se debe realizar un seguimiento de la PrEP cada 3 meses que incluya:
- Valoración del grado de adherencia, las dificultades de su cumplimentación y aclarar las dudas que puedan surgir. **Es importante incidir en que la eficacia de la PrEP depende en gran medida de una correcta adherencia**.
- Realizar consejo asistido sobre salud sexual y reducción de daños.
- Valoración de efectos adversos y posibles interacciones con otros fármacos, incluidos los de uso libre y productos de herboristería.
- Descartar la infección por VIH. Es de elección la serología del VIH (preferentemente ELISA de cuarta generación). En el caso de sospecha de infección aguda, síntomas sugestivos o si se diagnostica otra ITS, se recomienda determinar la carga viral plasmática.

¿Cuál es la pauta de tratamiento aprobada?

La combinación autorizada consiste en la administración de 200mg de emtricitabina (FTC) y 300mg de tenofovir disoproxil fumarato (TDF) en un único comprimido, administrado diariamente.
En HSH (hombres que practican sexo con hombres) se puede considerar una pauta alternativa que consiste en administrarla de modo intermitente (2 comprimidos entre 2 y 24 horas previas a la exposición, 1 comprimido a las 24 horas de la primera toma y otras 24 horas después: pauta 2+1+1).
Sin embargo, esta última pauta no está financiada.

¿Dónde puede obtener la PrEP?

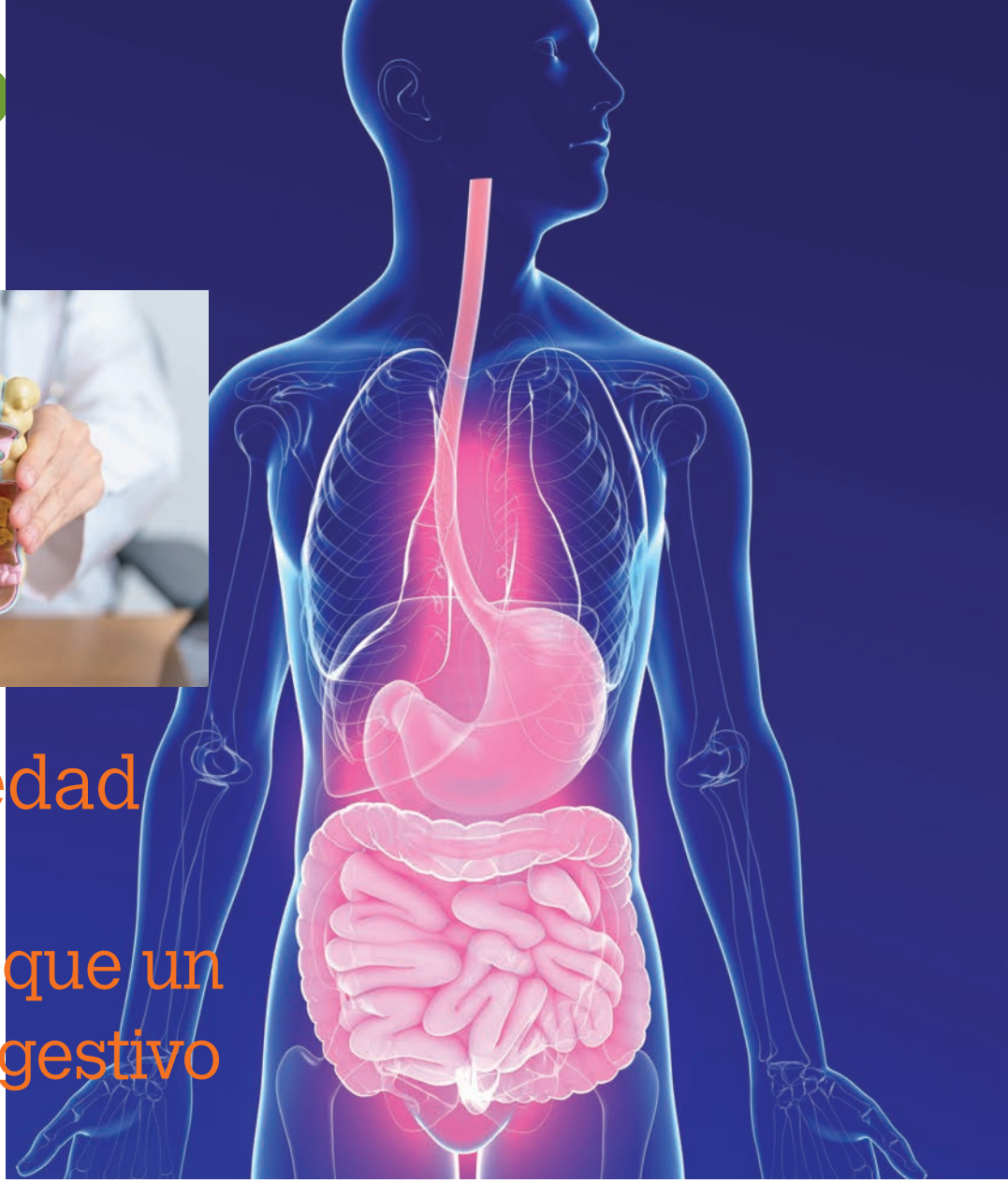
La PrEP es una prestación sanitaria gratuita en todo el territorio español. Los medicamentos antiretrovirales indicados para la PrEP están clasificados como de uso hospitalario y, por lo tanto, solo pueden dispensarse en servicios de farmacia hospitalaria o en centros asistenciales autorizados por las Comunidades Autónomas (CCAA).
Cada Comunidad Autónoma tiene un circuito de dispensación de la PrEP distinto por lo que es recomendable ponerse en contacto con una entidad local para recibir indicaciones sobre el proceso a seguir para solicitar el tratamiento preventivo.

Médicos y Profesional Sanitario

Zona Hospitalaria necesita de tu colaboración, -altruista y desinteresada-, para que escribas artículos y nos ayudes a formarnos para mejorar nuestra calidad de vida.

Nº caracteres: 3.000 ó 6.000, incluidos espacios entre palabras

Enviar artículos a: redaccion@zonahospitalaria.com



La enfermedad de Crohn: mucho más que un problema digestivo

Ainara Baines García. *Médico Adjunto de Aparato Digestivo en el Hospital Reina Sofía de Tudela.*
Miriam Bragado Pascual. *Médico Residente de Aparato Digestivo en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid.*
Paula Saralegui González. *Médico Residente de Aparato Digestivo en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid.*
Arantxa Díaz Gómez. *Médico Adjunto de Aparato Digestivo en el Hospital Reina Sofía de Tudela*

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria crónica que puede afectar cualquier parte del aparato digestivo, desde la boca hasta el ano.

La causa exacta de la enfermedad no se comprende del todo a día de hoy, pero se cree que es el resultado de una interacción compleja entre factores genéticos, ambientales e inmunológicos. El resultado final es una reacción en la que el propio sistema inmune de la persona ataca a su tracto gastrointestinal, junto con otros órganos.

Aunque puede afectar a personas de cualquier edad, el rango más común de diagnóstico es entre los 15 y los 35 años, y tiene una prevalencia similar entre hombres y mujeres. Respecto a los factores de riesgo, se conoce que los antecedentes familiares de esta enfermedad, el tabaquismo, la dieta y el estrés pueden aumentar el riesgo de desarrollar la enfermedad o empeorar los síntomas en quienes ya la padecen.

Síntomas

Los síntomas de la enfermedad de Crohn pueden variar mucho de una persona a otra. Generalmente incluyen la fatiga, el dolor abdominal, la diarrea crónica y la urgencia defecatoria (sensación repentina de necesitar evacuar el intestino, acompañada muchas veces por una sensación de incapacidad para contener las heces). Si la enfermedad es moderada o grave, puede añadirse pérdida de peso o fiebre.

Además del tracto gastrointestinal esta enfermedad puede afectar a otros órganos del cuerpo, como la piel, los ojos y las articulaciones, incluyendo llagas dolorosas en la boca, lesiones de psoriasis, hinchazón y dolor en las articulaciones, u ojos rojos y dolorosos.

Es importante conocer que los síntomas suelen aparecer y desaparecer en brotes, lo que puede dificultar el diagnóstico y el manejo de la enfermedad.

Diagnóstico

La presencia de los síntomas anteriormente mencionados debe hacernos buscar atención médica, la cual se iniciará en el ámbito de la Atención Primaria si los síntomas son leves, o en un servicio de Urgencias si la situación se agrava.

Los estudios iniciales incluyen un análisis de sangre y un análisis de heces. En ellos se intentará buscar signos compatibles con la enfermedad, a la vez que descartar otras afecciones con un cuadro clínico similar como las infecciones gastrointestinales.

Si existen sospechas fundadas de esta patología el paciente será remitido a un especialista en Gastroenterología, que completará el estudio con pruebas endoscópicas y de imagen. Es importante saber que no existen resultados específicos que nos aseguren el diagnóstico de esta enfermedad, sino que éste se basará en la combinación de los síntomas, los análisis de laboratorio, las pruebas de imagen y los hallazgos endoscópicos.

Tratamiento

El tratamiento de la enfermedad de Crohn debe ser individualizado y puede variar según la extensión de la enfermedad, los síntomas del paciente o su edad, entre otros factores.

Dentro de las medidas más utilizadas encontramos:

- **Corticosteroides:** se utilizan para reducir de forma rápida la inflamación en el intestino y aliviar los síntomas durante los brotes agudos de la enfermedad. Sin embargo, su uso a largo plazo puede tener efectos secundarios, por lo que generalmente se utilizan sólo a corto plazo.

- **Fármacos inmunomoduladores o terapias biológicas:** se introducen en caso de mala respuesta a los corticoides o necesidad de un tratamiento a largo plazo. Ayudan a suprimir el sistema inmune para reducir la inflamación en el intestino y prevenir brotes de la enfermedad. Existen varios tipos, que se escogen según las características individuales del paciente.

- **Cirugía:** en algunos casos, cuando otros tratamientos no son efectivos o cuando hay complicaciones graves, puede ser necesario recurrir a la cirugía para resecar la parte afectada del intestino o para reparar las complicaciones.

- **Modificaciones en la dieta:** aunque no existen recomendaciones generales, algunas personas con enfermedad de Crohn pueden beneficiarse de realizar cambios en su dieta, como evitar ciertos alimentos que desencadenan síntomas (generalmente grasos, picantes o ricos en fibra) o adaptar su alimentación durante los brotes agudos de la enfermedad.

- **Suplementos nutricionales:** en casos de desnutrición por esta enfermedad, se pueden recomendar suplementos nutricionales para garantizar una ingesta adecuada de nutrientes.

Desafíos sociales y laborales

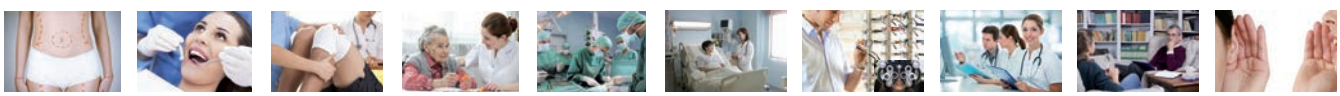
Además de los síntomas físicos, que intentamos paliar con los tratamientos descritos, es vital tener en cuenta las implicaciones que esta enfermedad conlleva en todas las esferas de la vida de los pacientes.

Para empezar, los síntomas de la enfermedad pueden interferir con la participación de la persona en actividades sociales, así como en la vida en pareja y familiar, y son a menudo causa de ansiedad, depresión, baja autoestima y aislamiento social debido a vergüenza o incomodidad que producen. A este respecto, es muy importante que los pacientes conozcan que estos problemas son comunes, y busquen el apoyo emocional y psicológico adecuado. Comunicarse abiertamente con su médico, familiares, amigos y parejas sobre las dificultades que enfrentan puede ayudar mucho a gestionar el impacto de la enfermedad.

Además, el padecer esta enfermedad también afecta radicalmente al ámbito laboral, pudiendo dificultar el mantener un empleo estable. Los síntomas como la fatiga, el dolor abdominal y la necesidad frecuente de usar el baño pueden interferir con el trabajo, sin olvidar el ausentismo laboral debido a síntomas o citas médicas. En este sentido, es necesario un enfoque que aborde las necesidades específicas de cada individuo y fomente un entorno de trabajo solidario, implementando medidas individualizadas como la flexibilización de horarios o la adecuación del puesto de trabajo.

Conclusión

Para comprender la enfermedad de Crohn, no sólo basta con la visión médica. Es fundamental comprender los desafíos que presenta a todos los niveles para quienes la padecen, de cara a brindarles el apoyo necesario, mejorar su calidad de vida y así poder ayudarles de una manera global.



Para anunciarte en *zona* **hospitalaria** *navarra* revista y web

Revista: 1 página interior (600 €), 1/2 página (400 €), 1 faldón (300 €) [Precios/Nº +IVA]

Web: Banner 230 píxeles ancho x 170 alto, en pág. Home (100 €) y en pág. Navarra (50 €) [Precios/Mes +IVA]

Publicar un artículo solo en la web (página Home), durante 2 meses, son 200 €+IVA

+ información: redaccion@zonahospitalaria.com

Prevención de la retinopatía diabética

María del Puy Ortiz Lana. Enfermera de Medicina Interna del Hospital García Orcoyen
María Sáenz Urra. Enfermera del Centro de Salud de Estella
Lorea García Aznárez. Enfermera del Centro de Salud de Barañain
Nahikari García Suescun. Enfermera de la Mutua Navarra

La diabetes es una enfermedad que afecta la capacidad del organismo para usar y almacenar azúcar. Se caracteriza por concentraciones elevadas de azúcar en sangre, sed excesiva, aumento de la excreción de orina y alteraciones en los vasos sanguíneos del cuerpo. Una de las consecuencias más importantes es la retinopatía diabética.

La retinopatía diabética ocurre cuando la diabetes daña a los pequeños vasos sanguíneos de la retina. Es una de las causas principales de la ceguera. Debido a su gran relevancia es muy importante la prevención de ésta ya que afecta a un gran número de personas y sus repercusiones pueden ser muy grandes.

Objetivo

Identificar maneras de prevenir la retinopatía diabética en personas con Diabetes Mellitus.

Metodología

Con el fin de dar respuesta a los objetivos de este trabajo se ha realizado una revisión crítica de la literatura.

Teniendo en cuenta dichos criterios se realizó un proceso de búsqueda exhaustiva en las bases de datos nacionales como CUIDEN e IME e internacionales como CINHAL, COCHRANE, PSYCHOINFO y MEDLINE.

Resultados y discusión

La principal acción para prevenir la aparición de retinopatía diabética es el control de la glucosa, presión arterial y perfil de lípidos.

Según las recomendaciones de la ADA (Asociación Americana de Diabetes), se debe optimizar el control de glucemia y de PA para reducir el riesgo o enlentecer la progresión de la retinopatía.

También dicen que el cribado de la retinopatía en personas con Diabetes Mellitus se debe realizar de la siguiente manera:

- En los pacientes con DM2, debe realizarse una exploración oftalmológica completa con dilatación pupilar en el momento del diagnóstico. En los pacientes con DM1, el examen debe hacerse dentro de los cinco primeros años tras el diagnóstico
- Si no hay evidencia de retinopatía en una o más exploraciones, es suficiente realizar el seguimiento cada dos años. Si se objetiva algún grado de retinopatía, debe repetirse anualmente, y si la alteración es progresiva, pueden requerirse revisiones más frecuentes.
- Las retinografías de alta calidad pueden detectar la mayoría de las alteraciones con relevancia clínica. La interpretación de las imágenes debe hacerlas una persona entrenada. Si bien la retinografía es útil para el cribado, no puede sustituir al oftalmólogo, quien ha de realizar, al menos al inicio y con la frecuencia recomendada, la exploración ocular.
- A pacientes con DM que planifiquen un embarazo o embarazadas recientemente se les debe advertir del riego del desarrollo/progresión de retinopatía diabética (RD). Debe realizarse un examen oftalmológico en el primer trimestre de embarazo con seguimiento estrecho durante todo el embarazo y al año tras el parto.

Conclusión

La acción principal para prevenir la retinopatía diabética es un buen control de la glucosa, presión arterial y perfil de lípidos.

El cribado de esta enfermedad se deberá realizar por un oftalmólogo en el momento del diagnóstico en los pacientes con DM2 y dentro de los primero cinco años en la DM1. Según el resultado seguir acudiendo al oftalmólogo en un plazo establecido, 1 o 2 años si todo va bien o revisiones más periódicas si se presencia alguna anomalía.

También hemos visto que la tasa de pacientes que acude al oftalmólogo es baja por lo que sería muy importante la concienciación tanto del enfermo como del profesional sobre la importancia que tiene acudir al oftalmólogo y las consecuencias que puede acarrear no hacerlo.

¿Qué es el asma?

Lorea García Aznárez. Enfermera del Centro de Salud de Barañain
Nahikari García Suescun. Enfermera de la Mutua Navarra
María del Puy Ortiz Lana. Enfermera de Medicina Interna del Hospital García Orcoyen
María Sáenz Urra. Enfermera del Centro de Salud de Estella

El asma es una enfermedad muy frecuente en la población, afecta tanto a adultos como a niños, siendo la enfermedad crónica más habitual en la población infantil. Se trata de una enfermedad respiratoria crónica, en la que los bronquios reaccionan ante determinados estímulos mediante inflamación/obstrucción, produciendo dificultad para la entrada y salida de aire.

Síntomas del asma

Los síntomas pueden variar de una persona a otra. Estos síntomas suelen ser más intensos durante la noche o al hacer ejercicio y pueden aparecer al entrar en contacto con sustancias que producen alergia en la persona, con la exposición a irritantes como el humo u olores fuertes. Cuando estos síntomas se agravan mucho, se produce una crisis asmática. Los principales son:

- Dificultad respiratoria o disnea.
- Tos persistente, de predominio nocturno.
- Ruidos al respirar, denominados sibilancias.
- Opresión en el pecho.

Causas

Resulta difícil encontrar una única causa directa que produzca asma, ya que hay diversos factores que pueden aumentar el riesgo de padecer esta enfermedad, éstos son:

- Familiares asmáticos o con otras enfermedades alérgicas en la familia. La mitad de las personas con asma tienen familiares asmáticos.
- Las alergias a ácaros, pólenes, animales...
- Exposición a alérgenos y sustancias irritantes del entorno, así como productos nocivos (tabaco).
- La obesidad aumenta el riesgo de padecer asma tanto en adultos como en niños.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico de asma se realiza teniendo en cuenta los síntomas que presenta la persona y se confirma con el resultado de la espirometría. Esta prueba, mide como pasa el aire por los bronquios y muestra si hay una obstrucción reversible después de utilizar un broncodilatador.

Tratamiento del asma

La prevención y el control de esta enfermedad a largo plazo son clave para disminuir las crisis asmáticas. El tratamiento consta de reconocer cuales son los factores que desencadenan los síntomas y tomar medidas para evitarlos. En caso de un ataque de asma, es posible que tengas que utilizar un inhalador de alivio rápido.

(Ver Bibliografía:https://zonahospitalaria.com/que-es-el-asma/

El psicólogo y los riesgos psicosociales en las organizaciones

Iñigo Ezquer Tiberio. *Orientador laboral del SNE-NL, psicólogo colegiado nº 1861 y miembro del Grupo de Bienestar Psicológico de las Organizaciones en el Colegio de la Psicología de Navarra*

Recientemente la Federación Iberoamericana de Agrupaciones y Colegios de Psicología ha publicado un documento titulado, Política sobre Riesgos Psicosociales y voy a resumir los aspectos más destacados del mismo.

La organización Mundial de la Salud (OMS) define un lugar de trabajo saludable como un entorno donde todos los miembros de la organización colaboran para promover la salud, la seguridad y el bienestar común, así como la sostenibilidad del lugar de trabajo.

Por lo general, el trabajo tiene un impacto positivo en la salud física y psicológica, sin embargo, también puede tener efectos adversos. Los riesgos psicosociales (RP) y sus impactos en la salud psicológica no solo tienen un coste humano enorme, sino también un impacto inmenso en la sociedad y la economía.

¿Qué son los riesgos psicosociales?

Los riesgos psicosociales surgen de una mala concepción, organización y gestión del trabajo, así como de un contexto social deficiente del trabajo, y pueden entrañar resultados psicológicos, físicos y sociales negativos.

Algunos ejemplos de condiciones de trabajo que conllevan riesgos psicosociales son:

- cargas de trabajo excesivas;
- exigencias contradictorias y falta de claridad de las funciones;
- falta de participación en la toma de decisiones que afectan al trabajador;
- falta de influencia en la manera de realizar el trabajo;
- cambios organizativos mal gestionados;
- precariedad laboral;
- comunicación ineficaz;
- falta de apoyo por parte de la dirección o de los compañeros;
- acoso psicológico y sexual; y
- clientes, pacientes, alumnos, etc. difíciles.

Los trabajadores pueden experimentar estrés y problemas de salud mental asociados, como el agotamiento, la ansiedad, la depresión e incluso las intenciones suicidas. Los trabajadores que sufren estrés prolongado pueden llegar a desarrollar graves problemas de salud física, como enfermedades cardiovasculares o trastornos musculoesqueléticos.
Todo esto tiene, además, efectos negativos para la organización. Los efectos negativos incluyen un bajo rendimiento general de la empresa, un aumento del absentismo y el presentismo (trabajadores que acuden al trabajo cuando están enfermos y no pueden funcionar eficazmente), una mayor rotación, así como un aumento de los índices de accidentes y lesiones. Las ausencias relacionadas con la salud mental tienden a ser más largas que las derivadas de otras causas, y los factores de riesgo relacionados con el trabajo son un elemento importante que contribuye al aumento de las tasas de jubilación anticipada.
Una vez aclarado que son los riesgos psicosociales, quiero exponer lo que viene a decir el informe.

El informe resume lo siguiente:
Aproximadamente el 40 por ciento de los trabajadores experimenta sobrecarga laboral y el 25% experimenta estrés ocupacional. El 11,5 por ciento de los trabajadores en Europa y el 19,5 por ciento de los trabajadores en América Latina y el Caribe trabajan más de 48 horas semanales.

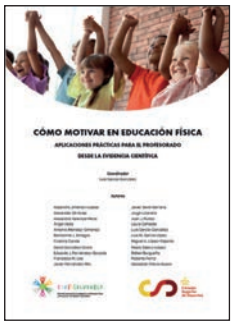
Una proporción significativa de trabajadores trabaja más de 50 horas semanales El coste total de los problemas de Salud Mental en el trabajo representa al menos el 4 por ciento del PIB en los países industrializados, lo que equivale a aproximadamente 600 mil millones de euros. Solamente 2 de cada 10 empresas informan sobre cómo prevenir los riesgos psicosociales. Promover la Salud Psicológica en el lugar de trabajo puede resultar en ahorros del 30% en los costes asociados con respecto al absentismo laboral y el presentismo.

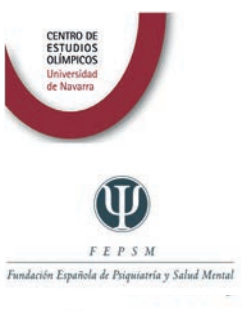
Las conclusiones que yo saco de estos datos, son las siguientes:
Que no se presta la debida atención a los riesgos psicosociales de las organizaciones. Hay una falta de atención y tratamiento adecuado de estos temas, tanto en Europa como en América Latina.
Creo que somos cortoplacistas en nuestra forma de ver el mundo y solo nos fijamos en las consecuencias y los resultados directos de todo lo que hacemos. Pero a la vista de lo que muestran los datos y si nos fijamos también en lo económico, parece que a la larga las organizaciones y la sociedad en general se ahorrarían bastante si se hicieran las cosas bien.
El informe también hace algunas recomendaciones, **recomendaciones para la acción**, que serían las siguientes:

- Abogar por el marco legal: Asegurando que la salud laboral abarque la salud en su totalidad, tanto física como psicológica. Y que la legislación haga obligatoria la evaluación y la realización de planes de prevención de los Riesgos Psicosociales.
- Aumentar la presencia de psicólogos en las organizaciones. Promoviendo la ampliación del número de psicólogos que desarrollan su práctica profesional en las organizaciones, contribuyendo a la creación de entornos laborales que prevengan el estrés laboral y otros riesgos psicosociales y promuevan el bienestar y la salud psicológica. Incluyendo también a los psicólogos en los procesos de elaboración de informes de sostenibilidad empresarial y certificaciones
- Desarrollar el liderazgo.
- Aumentar la alfabetización en salud mental en el lugar de trabajo.
- Reducir el estigma y la discriminación, promoviendo, por ejemplo, una cultura de tolerancia cero frente a situaciones de violencia laboral.
- Valorar el Factor Humano.

Considero que las recomendaciones que se hacen en este informe son una clara llamada a la acción de todos y todas las personas que estamos implicadas en esto.
También viene a remarcar, (en el segundo punto), la importancia que tiene la figura y el papel del psicólogo en todas las organizaciones, y su necesaria presencia, para ayudar a éstas en la creación y fomento de unas organizaciones saludables.
El psicólogo como profesional, puede contribuir con su trabajo y sus conocimientos científicos a la promoción y creación de entornos laborales saludables.
Aunque los riesgos psicosociales y sus consecuencias pueden ser difíciles de atajar en el ámbito de la seguridad y salud en el trabajo creo que disponemos actualmente de las herramientas y los conocimientos necesarios para ponernos en acción y prevenir todo esto. Teniendo en cuenta los efectos perjudiciales que tienen tanto en la salud individual como en la propia eficiencia de las organizaciones.
Un buen entorno psicosocial propicia el buen rendimiento y el desarrollo personal, así como el bienestar mental y físico de los trabajadores.

PubliSic COMUNICACIÓN
M 618 463 122 | mercheferrer@publisic.com
| libros | revistas | folletos | calendarios | agendas | diseño gráfico |





Porteo ergonómico

Sara Bermejo Sandín. *Fisioterapeuta. Hospital Universitario de Navarra.*
Alba Lecumberri Lara. *Fisioterapeuta*

El porteo es un sistema de transporte infantil en el que se mantiene un contacto constante y directo entre el bebé y el adulto porteador.

El porteo tiene grandes beneficios tanto para el porteador como para el bebé siempre y cuando se respeten una serie de normas. Debe ser un porteo ergonómico, que respete la postura del bebé y se adapte a su crecimiento manteniendo además una correcta higiene postural en el adulto, y seguro.

Beneficios del porteo para el bebé

- Fortalece los procesos de apego.
- Favorece la lactancia materna.
- Aporta seguridad al bebé, reporta tranquilidad, mayor bienestar físico y mejora la calidad del sueño.
- Favorece la prevención de la aparición de las plagiocefalias posturales.
- Protege el desarrollo de la espalda y de la cadera.

Beneficios de portear

- Potencia el vínculo afectivo.
- Favorece la lactancia.
- Aumento de la autonomía en las actividades de la vida diaria y de la movilidad.
- Disminuye la prevalencia de depresión postparto.

A la hora de portear hay una serie de normas a cumplir:

- La postura ideal es vertical a la altura del pecho del porteador.
- El bebé debe quedar alto, de manera que pueda ser besado fácilmente.
- El portabebés ha de estar correctamente tensado dando apoyo a todos los puntos de la espalda del bebé. El bebé no debe desplazarse aunque el adulto se agache.
- El abdomen del bebé debe ir en contacto con el cuerpo del adulto. Su espalda debe estar flexionada en forma de C, su periné parcialmente apoyado sin quedar el pubis completamente apoyado, y los miembros inferiores abiertos con las rodillas ligeramente más elevadas que las caderas.
- La cabeza del bebé debe estar firme y su cara debe quedar siempre visible con la barbilla separada del esternón y las vías respiratorias despejadas.
- Nunca debe colocarse al bebé mirando hacia adelante. Para bebés y niños mayores existen posiciones a la espalda y a la cadera que permiten satisfacer su visibilidad.

El porteo se puede iniciar desde recién nacido y no hay límite de tiempo que desaconseje su uso siempre y cuando porteador y bebé quieran y resulte una práctica cómoda y reconfortante.

Existen multitud de dispositivos en el mercado pero es importante usar únicamente aquellos que respeten la fisiología y fisionomía tanto del bebé como del porteador.

Está demostrado que el porteo ergonómico presenta beneficios para ambos y que es seguro siempre y cuando se realice de manera adecuada.

Biopsia hepática
guiada por ecografía

Itsaso Larramendi Samanes. *Enfermera y T. S. Imagen para el Diagnostico y Medicina Nuclear.*
Aintzane Pérez Martín, Diego Cortés Erice y Julia Viscarret Recalde. *T. S. Imagen para el Diagnostico y Medicina Nuclear. Hospital Universitario de Navarra*

La biopsia hepática consiste en la obtención de una muestra de tejido hepático para su posterior estudio al microscopio. Se realiza una punción en el hígado con una aguja que obtiene un pequeño fragmento de hígado.En esta técnica, la punción se realiza bajo control continuo radiológico mediante la ecografía que guía la aguja en el momento de la punción.

Indicaciones

- Alteración en las pruebas de función hepática.
- Determinar si una lesión es benigna o maligna.
- Evaluación y diagnóstico de enfermedades hepáticas.
- Diagnóstico de enfermedades metabólicas.
- Determinar la naturaleza y el grado de afectación de lesiones parenquimatosas.
- Evaluación del injerto tras trasplante hepático.

Contraindicaciones

- Muestra insuficiente para valorar el tratamiento del paciente.
- Imposibilidad de identificar el sitio apropiado para la biopsia.
- Falta de colaboración del paciente.
- Obstrucción biliar extrahepática.
- Alteraciones en las pruebas de coagulación.
- Inestabilidad hemodinámica.
- Ascitis
- Obesidad mórbida.
- Quiste hidatídico.

¿Cómo es el procedimiento?

Antes de la realización de una biopsia hepática, se realiza un control analítico que debe incluir un hemograma y un estudio de coagulación para disminuir el riesgo de hemorragia. Si el paciente está en tratamiento con antiagregantes, anticoagulantes o antiinflamatorios, debe suspenderlos unos días antes de la realización de la biopsia. El día de la prueba el paciente debe permanecer en ayunas.

Además, antes del procedimiento, el paciente tiene que firmar el consentimiento. El médico responsable ha debido informarle de forma clara y compresible de lo que se le va a realizar, cual es el objetivo de la técnica, en qué consiste el procedimiento, así como las posibles complicaciones.

Habitualmente, la biopsia hepática se realiza bajo régimen de ingreso.

Previo a la prueba, se limpia la piel con una solución yodada antiséptica y se administra un anestésico local. Cuando se ha conseguido el efecto anestésico, y mientras el paciente aguanta la respiración para evitar lesiones en el hígado, se realiza la punción con una aguja que obtiene, por aspiración o por corte, un pequeño fragmento de hígado.

Cuidados posteriores a la prueba

Tras la realización de la biopsia hepática, el paciente deberá permanecer tumbado, en reposo y apoyado sobre la zona de la biopsia para hacer compresión local durante las 4 o 6 primeras horas, que son las de mayor riesgo de sangrado.

Durante ese tiempo, debe controlarse periódicamente la tensión arterial y la frecuencia cardíaca.

Se estará en dieta absoluta durante las tres primeras horas y a continuación se comenzará con dieta líquida y si es bien tolerada se pasará a una dieta blanda.

Pasadas estas primeras horas, el paciente debe permanecer en cama hasta completar 24 horas. Entonces puede ser dado de alta y realizar vida normal.

Posibles complicaciones

La biopsia hepática puede presentar complicaciones. Las mas frecuentes y fácilmente controlables son:

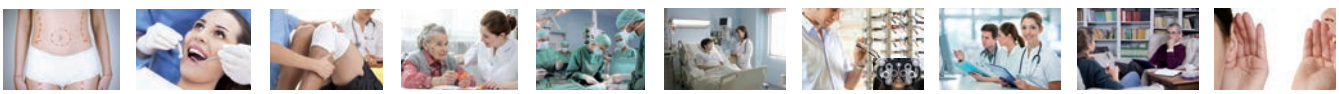
- Dolor en la zona de la biopsia.
- Síncope vasovagal.

Las complicaciones mayores son menos frecuentes e incluyen: Hemorragia, Punción de otros órganos, Peritonitis biliar, Fístulas arteriovenosas, Infección y Diseminación tumoral.

Conclusiones

La biopsia hepática es considerada uno de los procedimientos más importante para el estudio de enfermedades hepáticas, debido a que se obtiene una adecuada información y la posibilidad de complicaciones son menores que en otras técnicas.

Además, el avance de la ecografía ha conseguido que la biopsia hepática guiada por ultrasonidos sea el método más utilizado para la obtención de muestras, ya que al estar viendo la aguja en todo momento disminuye la probabilidad de complicaciones.



Para anunciarte en *zona* ***hospitalaria*** *navarra* revista y web

Revista: 1 página interior (600 €), 1/2 página (400 €), 1 faldón (300 €) [Precios/Nº +IVA]
Web: Banner 230 píxeles ancho x 170 alto, en pág. Home (100 €) y en pág. Navarra (50 €) [Precios/Mes +IVA]
Publicar un artículo solo en la web (página Home), durante 2 meses, son 200 €+IVA
+ información: redaccion@zonahospitalaria.com

Marta Erroz Ferrer

606 652 361

Entrenadora de Doma Clásica

CLUB HÍPICO ZOLINA
Ctra. Aranguren, Km 6
31192 Zolina - Navarra

- Preparación de caballo y jinete para competiciones de Doma Clásica
- Clases particulares de iniciación y tecnificación de Doma Clásica con caballo particular o en cesión
- Entrenamiento de caballos
- Doma de caballos jóvenes
- Asesoramiento para la compra y venta de caballos