

nisa informa

publicación de HOSPITALES NISA



RADIOCIRUGÍA

Los tratamientos de radiocirugía que se dispensan en el Hospital Virgen del Consuelo pueden duplicar la supervivencia en metástasis cerebrales

CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Intervenida con éxito en el Hospital Pardo de Aravaca una niña de cuatro años con disfunción del tracto de salida del ventrículo derecho

DAÑO CEREBRAL

Investigación, tecnología de vanguardia y formación multidisciplinar, los grandes logros del Servicio de Daño Cerebral que celebra su X aniversario

45

Segundo aniversario de Hospitales NISA en Madrid y Sevilla

La aceptación del modelo hospitalario de NISA fuera de la Comunidad Valenciana avala los proyectos de expansión del grupo.



ENVEJECIMIENTO COGNITIVO: CUIDAR LA MENTE A PARTIR DE LOS CINCUENTA



> 9 de Octubre

Dr. Rafael Belenguer · Reumatólogo

Utilidad de la clasificación de la fibromialgia



La fibromialgia (FM) es un problema de salud grave, dada su elevada prevalencia y morbilidad, que produce un consumo elevado de recursos sanitarios. En 1992 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció la FM como enfermedad, y la tipificó en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con el código M79.0. Se caracteriza por un estado doloroso crónico, generalizado, no articular, con afectación predominante de los músculos y raquis, y que presenta un hipersensibilidad exagerada en múltiples puntos predefinidos (*tender points*), sin alteraciones orgánicas demostrables. Afecta principalmente a mujeres (80-90%), y se considera que es el diagnóstico más frecuente en las mujeres de 20-55 años que refieren dolor musculoesquelético.

La ausencia de enfermedad orgánica demostrable, la carencia de una prueba diagnóstica confirmatoria objetiva, la asociación frecuente de problemas psicopatológicos y el gran impacto en los recursos sanitarios provocan que la FM se considere como un proceso de tratamiento complejo y en ocasiones conflictivo. Y es que la gran heterogeneidad en la expresión clínica de la FM, junto con la falta de instrumentos estandarizados para ordenar y clasificar los distintos síntomas y las presentaciones clínicas, contribuye aún más al desasosiego y, en ocasiones impotencia, que surge al atender a los pacientes. Disponer de una clasificación de la FM puede permitir identificar a los subgrupos de pacientes de características más homogéneas, candidatos por tanto a recibir unas pautas diagnósticas y terapéuticas más individualizadas.

Cómo se diagnostica la fibromialgia

Para diferenciar la FM de otros sín-

dromes con sintomatología parecida, el American College of Rheumatology (ACR) auspició en 1990 un estudio multicéntrico para lograr unificar y homogeneizar unos criterios clasificatorios, que en la práctica clínica se han aceptado internacionalmente como criterios diagnósticos. Con estos criterios, el diagnóstico de FM es válido con independencia de otros diagnósticos asociados. Los criterios permiten identificar la FM con una sensibilidad del 88% y una especificidad del 81%.

La gran heterogeneidad en la expresión clínica de la FM suele provocar, en la práctica diaria, una importante sensación de impotencia debido a la falta de indicaciones clínicas y terapéuticas claras a seguir ante cada paciente. Cada vez son más los autores que consideran la FM como un síndrome somático funcional junto a otros procesos similares, como el síndrome de fatiga crónica o el del intestino irritable (con los que, por cierto, comparten una gran cantidad de manifestaciones y alteraciones psicopatológicas). Los estudios respecto a la definición de subgrupos de pacientes con FM con un determinado perfil son muy limitados y no suelen estar acompañados de pautas distintas de actuación en función del subgrupo.

Clasificación de la fibromialgia

Una clasificación somera de la enfermedad propone cuatro tipos de FM.

La fibromialgia tipo I es aquella con sensibilidad extrema al dolor no asociada a procesos psiquiátricos.

La principal hipótesis etiopatogénica de la FM tipo II sería la aparición de la fibromialgia como consecuencia de una enfermedad de base de carácter crónico que curse con disfunción y, sobre todo, con dolor diario. La mayoría de estas enferme-

dades pueden encuadrarse dentro de los ámbitos reumatológico y autoinmunitario.

La FM tipo III se considera una manifestación somática de un proceso psicopatológico subyacente, tanto de tipo afectivo, como de personalidad, en la que el dolor sería el medio a través del cual los pacientes canalizarían todo su malestar psicológico subyacente.

Por último, la fibromialgia tipo IV englobaría a aquellos pacientes que acuden al especialista, perfectamente informados de los síntomas de la enfermedad y que se descubren como simuladores de la misma (suelen representar alrededor del 10% de los pacientes). No hay ninguna pauta protocolarizada para identificar a estos pacientes, si bien el protocolo de estudio que aplicamos en nuestra Unidad de FM en ámbitos periciales incluye cuatro pruebas objetivas de evaluación, de las que se disponen mediciones objetivas esperables, tanto en la población general como en pacientes de FM. La obtención de valores extremos en cada una de estas pruebas identifica con facilidad al paciente "simulador".

Tratamiento individualizado

Una aproximación diagnóstica y terapéutica óptima en el paciente con FM debe incluir el máximo grado de individualización, de acuerdo a las características específicas de cada paciente. En la práctica diaria, suele aplicarse todo lo contrario, y se indican los mismos tratamientos o abordajes a todo paciente con FM. La clasificación de los pacientes en subgrupos más homogéneos permite una individualización mayor del tratamiento, lo que augura un éxito terapéutico mayor.

Sumario

- 4**
Segundo aniversario de Hospitales NISA en Sevilla y Madrid
- 6**
Intervenida con éxito una niña de cuatro años que padecía una disfunción del tracto de salida del ventrículo derecho
- 8**
Nueva prótesis de cadera especialmente indicada para pacientes jóvenes
- 9**
Los últimos avances en ecografía fetal permiten el control exhaustivo de posibles complicaciones en el desarrollo del feto
- 10**
Intralase: mayores garantías en corrección de miopía, hipermetropía y astigmatismo
- 11**
Nuevo ecocardiógrafo infantil para un diagnóstico más preciso del funcionamiento cardíaco en niños
- 12**
Dentascan: máxima información en implantología y cirugía oral
- 14**
La cápsula de colon diagnostica el segundo tumor más letal en hombres y mujeres
- 16**
Endoprótesis: menos riesgo en el tratamiento de aneurismas
- 18**
Duplicar la supervivencia en metástasis cerebrales gracias a la radiocirugía
- 20**
Dermatoscopia digital: permite el seguimiento periódico de lunares y otras lesiones cutáneas sospechosas
- 21**
X Aniversario del Servicio de Daño Cerebral. Centro de Excelencia en rehabilitación e investigación del daño cerebral adquirido
- 24**
Rehabilitación cardíaca: vivir sin miedo tras un infarto de miocardio
- 26**
Breves
- 29**
Leer después de los cincuenta
- 30**
No me gusta mi nariz

Edita: NISA Nuevas Inversiones en Servicios S.A.
Avda. Valle de la Ballestera 59, 46015 - Valencia
Redacción, edición y maquetación:
RiE, redactors i editors, S.L. (96 344 86 57)
Fotografía: Guillermo Lucas
Diseño: L. Ortún
Depósito Legal: V-1734-1999

Cantos de sirena

Las dos sirenas de la Odisea hechizaban a los marineros con sus cánticos, pero quien acercaba su nave a la isla "ya nunca se verá rodeado de su esposa y tiernos hijos, llenos de alegría porque ha vuelto a casa". Por eso Ulises, siguiendo los consejos de la diosa Circe, manda tapar con cera los oídos de toda su tripulación y da órdenes precisas para que le aten al mástil mayor y que a nadie se le ocurra soltarle, por más que él se lo implore. Y así fue como Ulises consiguió mantener firme el rumbo de la nave, superando la tentación de entregarse a las sirenas.

Hace dos mil ochocientos años que Homero escribió La Odisea, y desde entonces, este canto suele recordarse para corroborar que es pernicioso, y a largo plazo desastroso, entregarse a las tentaciones mundanas que prometen éxito fácil e inmediato, a cambio de abandonar el camino del esfuerzo y del trabajo bien hecho. Las sirenas siguen cantando y tratan de hipnotizar a los incautos. Lo hacen evocando a quienes han conseguido de la noche a la mañana el éxito que la mayoría persigue durante años, entregando su esfuerzo diario y su trabajo bien hecho.

Las empresas, sobre todo en épocas de bonanza económica, escuchan muchos cantos de sirena que les prometen grandes beneficios obtenidos con cierta facilidad y a muy corto plazo. Y es fácil dejarse hipnotizar, variar el rumbo para acercarse a la isla. Las que lo hacen pronto se ven desestructuradas, desmotivadas y debilitadas. Las que por

el contrario mantienen su rumbo, es decir la fidelidad a su misión, a sus valores y a un proyecto duradero, se refuerzan y se consolidan.

Ya van para cuarenta, los años que lleva Hospitales NISA manteniendo firme el rumbo, apostando por el esfuerzo inversor de sus accionistas y por el trabajo bien hecho de sus profesionales. Incorporando la tecnología más avanzada y formando continuamente equipos humanos capaces de sacarle el máximo rendimiento; poniendo todo eso al servicio del cliente, del paciente y de sus acompañantes, para superar las expectativas que tienen en el servicio que van a recibir. Cuarenta años, en definitiva, confiando en el esfuerzo como único camino para alcanzar el éxito.

Hace dos años, Hospitales NISA inauguró dos nuevos hospitales, el de Sevilla-Aljarafe y el de Pardo de Aravaca en Madrid, que habían empezado a fraguarse tres años antes. Y una vez más se empezó a trabajar día a día, hora a hora; con la complicidad de decenas de profesionales que veían el futuro con ilusión y que confiaban en que el trabajo bien hecho era el único rumbo posible. Una vez más, como en las anteriores, la fórmula de Hospitales NISA funcionó, y el tiempo ha ido haciendo lo demás.

Hoy ambos hospitales son sendos proyectos consolidados que refuerzan a NISA como un grupo de referencia en la sanidad española. El esfuerzo de los accionistas, el trabajo bien hecho de los profesionales y la confianza en nuestro proyecto siguen siendo nuestra guía... Si las sirenas cantan, allá ellas.

"LAS EMPRESAS, SOBRE TODO EN ÉPOCAS DE BONANZA ECONÓMICA, ESCUCHAN MUCHOS CANTOS DE SIRENA QUE LES PROMETEN GRANDES BENEFICIOS OBTENIDOS CON CIERTA FACILIDAD Y A MUY CORTO PLAZO"



ANIVERSARIO El Hospital Sevilla-Aljarafe (izquierda) abrió sus puertas en enero de 2007; en marzo lo hacía en Madrid el Hospital Pardo de Aravaca (derecha)

> Pardo de Aravaca/Sevilla-Aljarafe

Segundo aniversario de Hospitales NISA en Madrid y Sevilla

> En enero de 2007 abrió sus puertas el Hospital Sevilla-Aljarafe; dos meses después, lo hacía en Madrid el Hospital Pardo de Aravaca. Después de dos años, el objetivo de trasladar fuera de la Comunidad

Valenciana el trato exquisito al paciente y el esfuerzo inversor que requiere la decidida apuesta de Hospitales NISA por la tecnología de vanguardia, se han saldado con éxito.

Tras el marcado crecimiento de Hospitales NISA en la década de los noventa, los ojos del grupo empresarial se fijaron en Madrid y Sevilla para iniciar su proceso de expansión fuera de la Comunidad Valenciana. Con una ubicación privilegiada a menos de diez kms. de sus respectivas capitales y una dotación tecnológica puntera, los hospitales Pardo de Aravaca y Sevilla-Aljarafe han logrado,

en tan sólo dos años, exportar con éxito el modelo hospitalario creado en Valencia hace casi cuarenta años.

NISA en Madrid

Los comienzos, como en todo, no fueron fáciles. En este sentido, la apertura en Madrid se planteaba como un reto especialmente ambicioso, dada la múltiple oferta sanitaria en esta Comunidad. Sin

embargo, y como dice el dicho, "el comienzo es más de la mitad del todo" y hoy, dos años después de su apertura, y gracias al buen entendimiento con las más importantes compañías aseguradoras de ámbito nacional, "es muy gratificante ver como cada día atendemos más pacientes que el día anterior, y la cifra sigue aumentando, poco a poco, pero de manera constante", comenta Salvador Cano, director del



a).

HOSPITALES DE PUERTAS ABIERTAS
El modelo hospitalario de NISA apuesta por la facilidad del paciente de elegir libremente su médico.

Hospital Pardo de Aravaca. El trato personalizado, seña de identidad de NISA, e inmediato están siendo determinantes en la consolidación entre los madrileños del Hospital Pardo de Aravaca.

NISA en Sevilla

El proyecto de NISA en Sevilla partía de una situación diferente, pues si bien la capital hispalense también contaba con una nutrida oferta de centros hospitalarios independientes, la dotación del Hospital Sevilla-Aljarafe tanto en tecnología, como en variedad de servicios y capacidad de ingresos hospitalarios lograba desmarcarse del resto. No en vano, su director, Manuel Rodríguez, se plantea como objetivo a medio plazo "consolidar el Hospital Sevilla-Aljarafe como centro de referencia en Andalucía occidental y sur de Extremadura".

Hospitales NISA en cifras

En la actualidad, los siete centros hospitalarios NISA (Virgen del Consuelo, 9 de Octubre, Valencia al Mar, Aguas Vivas, Rey D. Jaime en Castellón, Sevilla Aljarafe y Pardo de Aravaca en Madrid) suman un total de: 1.200 habitaciones hospitalarias, 130 residenciales, 97 quirófanos y salas de parto y 212 consultas externas; 1.000 médicos ejercen su actividad en centros

DESDE SU APERTURA...



Entre otros logros, desde su apertura hace apenas dos años, en los centros NISA de Madrid y Sevilla se ha conseguido:

En el hospital Pardo de Aravaca:

- La implantación pionera de prótesis valvulares mediante cateterismo realizadas desde el Servicio de Cardiología.
- Se ha puesto en marcha una Unidad Multidisciplinar de Cardiopatías Congénitas.
- Ha sido pionero, conjuntamente con el Hospital Sevilla/Aljarafe, en la utilización de la colonoscopia virtual como exploración complementaria en el diagnóstico precoz de cáncer de colon.
- Desde su Unidad de Cuidados Intensivos pediátrica se han tratado con éxito grandes prematuros, algunos tan sólo pesaron 500 grs. al nacer.

En el hospital Sevilla/Aljarafe:

- Se ha intervenido con éxito a un recién nacido aquejado de una atresia de esófago con fístula traqueo-esofágica. Su UCI pediátrica es la primera de carácter privado en toda Andalucía.
- Se configura la Unidad de Chequeos Médicos.
- Conjuntamente con el Hospital Pardo de Aravaca, el centro sevillano es uno de los pocos que dispone de un equipo de profesionales experimentado en el uso de la ecoendoscopia para el diagnóstico precoz de cáncer.
- Se ha puesto en marcha una Unidad Multidisciplinar para la Obesidad Severa, única en Andalucía.

NISA, apoyados por un equipo de más de 1.000 profesionales (enfermeros, analistas, técnicos, etc.).

En el último año, se ha realizado más

de 50.000 intervenciones quirúrgicas y partos, más de 220.000 pacientes han sido atendidos de urgencia y más de 325.000 de forma ambulatoria.

**CARDIOPATÍAS**

Los niños que sufren cardiopatías congénitas pueden presentar serias dificultades para desarrollar actividades físicas propias de la niñez; el diagnóstico precoz es fundamental.

> Pardo de Aravaca

Intervenida con éxito una niña de cuatro años que padecía una disfunción del tracto de salida del ventrículo derecho

La disfunción del tracto de salida del ventrículo derecho es secundaria a la corrección completa de la tetralogía de Fallot. Esta situación desencadena un flujo anómalo entre el ventrículo derecho y los pulmones. Recientemente, se ha intervenido

en el Hospital Pardo de Aravaca a una niña de cuatro años aquejada de esta cardiopatía congénita. Es la primera vez que en España se realiza una intervención de estas características en un centro privado.

> La disfunción del tracto de salida del ventrículo derecho (DTSVD) provoca un flujo anómalo entre el ventrículo derecho y los pulmones. Esta situación aparece y se presenta en la evolución a largo plazo en algunos pacientes previamente operados de tetralogía de Fallot y suele ser propia de la adolescencia.

Recientemente, una paciente de tan sólo cuatro años fue intervenida con éxito de una DTSVD en el Hospital Pardo de Aravaca. Su caso resultaba especialmente llamativo dada "la precocidad con la que se había producido la DTSVD", comenta el Dr. Rubén Greco, cirujano cardiovascular pediátrico del Hospital Pardo de

Aravaca y responsable de la intervención. En condiciones normales, el flujo sanguíneo corre separadamente por dos circuitos: el venoso y el arterial. La sangre venosa -comúnmente conocida como "sangre negra"- entra en los pulmones a través del ventrículo derecho para oxigenarse; una vez convertida en "sangre roja", es decir,

oxigenada, entra de nuevo en el corazón por la aurícula izquierda para salir por el ventrículo izquierdo y repartir su oxígeno a todo el organismo.

La sangre de quienes sufren una tetralogía de Fallot, describe, en cambio, un circuito bien distinto que explica la tonalidad azulada que caracteriza a estos pacientes. "En estos niños existe un obstáculo para que la sangre entre en los pulmones y se oxigene debidamente; por otra parte, existe un agujero -formalmente denominado comunicación interventricular- que mezcla la "sangre roja" con la "sangre negra", el resultado final es esa coloración morada de la piel" (cianosis), explica el Dr. Greco. Cuando la evolución del problema se agudiza, esta situación se describe como crisis de hipoxia, que requiere tratamiento con carácter de urgencia. La única manera de restablecer la fisiología normal en la anomalía conocida como tetralogía de Fallot es mediante cirugía a corazón abierto.

El corazón "se agranda"

La corrección completa de la DTSVD pasa por una complicada y sofisticada intervención quirúrgica que se centra en la reconstrucción del ventrículo derecho a través de varios procedimientos.

La intervención se practica en niños previamente operados de tetralogía de Fallot. En ese primer acto quirúrgico (la paciente en cuestión había sido intervenida en otro centro hospitalario), se cierra la comunicación interventricular y se alivia mediante un parche la obstrucción del flujo sanguíneo del ventrículo derecho a los pulmones. En algunas ocasiones, sin embargo, la solución del problema pasará irremediablemente por la aparición de otro mayor si cabe: "al aliviar la obstrucción, la salida del ventrículo derecho queda sin válvula, así que parte de la sangre que sale vuelve a entrar, produciéndose una sobrecarga de volumen de flujo sanguíneo que el ventrículo derecho acusa dilatándose", explica el Dr. Greco. En términos coloquiales, el corazón "se agranda y adelgaza su pared en algunas áreas", rompiendo la relación adecuada entre masa y volumen. "Para entendernos", aclara, "podríamos compararlo con un coche:

"EN UNA DTSVD, EN TÉRMINOS COLOQUIALES, EL CORAZÓN "SE AGRANDA Y ADELGAZA SU PARED EN ALGUNAS ÁREAS", ROMPIENDO LA RELACIÓN ADECUADA ENTRE MASA Y VOLUMEN"

el motor, en nuestro corazón el músculo, permanece constante, pero el volumen es mucho mayor". La intervención quirúrgica consistirá pues en la remodelación del ventrículo derecho con el objetivo de reestablecer la relación masa/volumen perdida.

Remodelar el ventrículo derecho

La remodelación necesaria pasará entre otras actuaciones por la inserción de una válvula y/o conducto pulmonar -que restaure el flujo normal entre el ventrículo derecho y los pulmones- la eliminación de tejido cicatrizal -fruto del deterioro progresivo del corazón- así como de la resección de la pared anterior del ventrículo derecho y la plicatura de la pared anterior del ventrículo derecho adelgazada. En algunos pacientes es necesaria la plastia de la válvula tricúspide (es la válvula que comunica aurícula y ventrículo derecho). El conjunto de todos estos procedimientos es lo que se conoce como "remodelado del ventrículo derecho".

Otra dificultad añadida es la elección del momento más indicado para realizar la intervención. En este sentido, apunta el Dr. Greco, "si se espera demasiado, el corazón puede estar tan deteriorado que el beneficio sea nulo y el riesgo muy alto, puede que sea incluso en situaciones muy especiales más acertado recurrir al trasplante". Con todo, las intervenciones en menores de cinco años quedan reservadas para casos realmente graves, en los que el deterioro del corazón pueda provocar cuadros realmente complicados o muerte súbita como consecuencia de arritmias graves. En este sentido, el caso de la pequeña intervenida



DR. GRECO El Dr. Greco intervino a la pequeña en el Hospital Pardo de Aravaca.

en el Hospital Pardo de Aravaca por el Dr. Greco y su equipo supuso un auténtico reto dada la corta edad de la paciente -cuatro años- y el avanzado estado de deterioro de su corazón. El Dr. Greco insiste, en que "la labor y el desempeño de todo el equipo implicado en las diferentes fases de la intervención ha sido la clave del éxito".

Cabe insistir en que no suele ser habitual la intervención en niños de corta edad, entre otros condicionantes porque "las válvulas que se implantan no tienen la capacidad de seguir el crecimiento del niño, así que cuanto antes se intervenga más probable será tener que volver a hacerlo para cambiar el conducto implantado".

Una manera de prevenir, evitar o retrasar la aparición de esta situación anómala con el impacto negativo sobre la función ventricular derecha que ello conlleva es corregir la tetralogía de Fallot precozmente, con abordaje transauricular-transpulmonar tratando de preservar a toda costa las estructuras anatómicas normales.

Así las cosas, asegura el Dr. Greco, el papel del Grupo de Cardiología Pediátrica del Hospital NISA Pardo de Aravaca en el diagnóstico precoz y preciso es fundamental en el seguimiento y valoración de los niños operados de tetralogía de Fallot y que potencialmente puedan desarrollar DTSVD.

> Aguas Vivas

Nueva prótesis de cadera especialmente indicada para pacientes jóvenes

> **Las nuevas prótesis de superficie eliminan el dolor producido por el deterioro y duplican la durabilidad de las prótesis convencionales, facultad que las hace especialmente idóneas para pacientes jóvenes. Esta novedosa prótesis de cadera están implantándose actualmente en el Hospital Aguas Vivas.**

Artrosis primaria, las artritis de origen infeccioso o reumático, los trastornos de crecimiento y congénitos, (las displasias), los traumatismos y los trastornos del riego sanguíneo en el adulto (osteonecrosis) o del niño (Perthes), deslizamiento epifisario...son las patologías más frecuentes que pueden llevar a la implantación de una prótesis de cadera.

Si bien la aparición de las prótesis de cadera supuso un avance importantísimo en el campo de la traumatología, el paso de los años ha sacado a la luz algunas

carencias. "El deterioro de la superficie articular produce dolor y anquilosis progresivos que finalmente llevan a incapacitar a las personas que los padecen tanto para sus actividades laborales como en sus actividades recreativas y familiares", explica el Dr. Sánchez Mateo.

La mayor parte de pacientes que se someten a un reemplazo protésico de cadera tienen entre 60-70 años, pero un buen número de ellos son más jóvenes, (40-60). Las prótesis totales tradicionales de cadera que se colocan habitualmente sustituyen la cabeza femoral (bola) y la mayor parte del cuello del fémur por un implante con un amplio anclaje en la diáfisis (canal o tubo óseo).

Mayor durabilidad

La durabilidad limitada de las prótesis de cadera se ha revelado como una de sus más importantes limitaciones, que afecta de manera especial a los pacientes más jóvenes. "Cada vez es más frecuente que un paciente joven se vea obligado a

someterse a lo largo de su vida a sucesivos recambios de prótesis; siendo cada uno más difícil, más agresivo y más arriesgado que el anterior", explica el Dr. Sánchez Mateo.

Con la idea de disminuir al mínimo la agresividad de los reemplazos protésicos, sobre todo en pacientes jóvenes, se han desarrollado en los últimos años las prótesis de resuperficialización metal-metal. Estas nuevas prótesis, a diferencia de las tradicionales, no emplean polietileno (un plástico que se desgasta, tiene efectos tóxicos y limita la duración de los implantes). "Esto las hace idóneas para pacientes varones menores de 70 años y mujeres menores de 65 (sin osteoporosis)", afirma el Dr. Sánchez Mateo. Constituyen, por su diseño y mecánica, un gran avance por su mayor duración, menor frecuencia de dislocaciones ya que su diámetro es mayor que las prótesis tradicionales y casi idéntico al de la cabeza del fémur, y fundamentalmente por conservar hueso no corta la cabeza del fémur, sino que la rectifica y reforma en vista a posibles reintervenciones y recambios protésicos.

El Dr. Sánchez Mateo realiza actualmente intervenciones con prótesis de cadera de resuperficialización en el Hospital Aguas Vivas.



REEMPLAZOS Los reemplazos protésicos con esta nueva técnica son menos agresivos. En la imagen, el Dr. Sánchez Mateo.

> Virgen del Consuelo

Los últimos avances en ecografía fetal permiten el control exhaustivo de posibles complicaciones en el desarrollo del feto

> La aparición de la ecografía fetal supuso una auténtica revolución en el control del desarrollo del futuro bebé. Los avances en este campo diagnóstico se han precipitado en los últimos años. El Servicio de Medicina Materno Fetal del Hospital Virgen del Consuelo dispone hoy de la tecnología más avanzada para garantizar a sus pacientes la información más exhaustiva posible.

La instauración de las exploraciones ecográficas a lo largo del embarazo ha permitido un desarrollo inusitado en el diagnóstico precoz de malformaciones en el feto. Así, lo que en un principio aparece a los ojos de los futuros padres como las primeras imágenes de vida de su bebé, tienen un alcance mucho mayor: constituyen la mejor herramienta de seguimiento en el desarrollo del feto y resultan determinantes para la detección de malformaciones fetales.

La Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) aconseja la realización de tres exploraciones ecográficas a lo largo del embarazo. A la hora de elegir el centro para someterse a la exploración, además

de cerciorarse de que los equipos cuentan con los últimos avances tecnológicos, es importante tener en cuenta la experiencia de los profesionales, pues muchas veces, la correcta interpretación de la exploración es casi más importante que la información que la imagen, por sí misma, puede revelar. En este sentido, cabe destacar que el equipo coordinado por la Dra. Madrid en el Hospital Virgen del Consuelo cuenta con doce años de experiencia y con una formación continuada avalada por la asistencia a cursos y congresos donde se exponen las novedades en el campo del diagnóstico prenatal.

Tres exploraciones aconsejadas

La primera exploración indicada por la SEGO deberá realizarse durante la semana 12 de gestación. Es en esta primera ecografía en la que se realiza la medición de la translucencia nuchal (TN) para el cálculo del riesgo del Síndrome de Down. Además, desvela: la evolución normal de la gestación, la edad gestacional; una gestación múltiple; una patología ovular asintomática; una patología ginecológica asociada o malformaciones estructurales fetales.

La segunda exploración ecográfica es aconsejable realizarla lo más cerca posible de las 20 semanas, pues, según la SEGO, hay estructuras fetales que de las 12 a las 20 semanas se ven mucho más nítidas y claras, lo que disminuye las exploraciones ecográficas de repetición por dudas en la exploración o por la realización de exploraciones incompletas. El objetivo fundamental de esta exploración es confirmar una correcta evolución de la gestación y descartar una patología malformativa fetal, por lo que se presta especial atención al descarte de marcadores ecográficos propios de las cromosomopatías. En esta época de la gestación ya son visibles la mayor parte de las estructuras fetales y es posible realizar el diagnóstico del 70% de las malformaciones graves.

A lo largo de la semana 32 se realiza la tercera ecografía, siempre según las indicaciones de la SEGO, y que cuentan con el apoyo de la práctica totalidad de especialistas en ginecología. En este tiempo ya es posible el estudio detallado de toda la anatomía fetal, lo que permite descartar anomalías estructurales de aparición más tardía, como determinadas anomalías digestivas, renales, etc. Un objetivo importante de la tercera exploración es el despistaje del crecimiento intrauterino retardado.

Otro objetivo de esta tercera exploración es la valoración del bienestar fetal a través de signos indirectos, como son: cantidad de líquido amniótico, estructura y patología placentaria, presentación anormal, arteria umbilical única y alteraciones del ritmo cardíaco fetal.

El Servicio de Medicina Materno Fetal del Hospital Virgen del Consuelo cuenta con la última tecnología para la realización de exploraciones ecográficas, incluida la exploración en 4D, lo que sin duda permite optimizar las posibilidades de diagnóstico precoz de este tipo de pruebas.



ECOGRAFÍAS

La SEGO recomienda a las embarazadas realizarse ecografías en las semanas 12, 20 y 32 de gestación.

> Virgen del Consuelo

Intralase: mayores garantías en corrección de miopía, hipermetropía y astigmatismo

> En 2003 el equipo de oftalmólogos del Hospital Virgen del Consuelo dio un importante paso adelante en las intervenciones de miopía, hipermetropía y astigmatismo. Cinco años después la técnica Intralase sigue considerándose la más avanzada en cirugía refractiva.

El Hospital Virgen del Consuelo fue pionero en Valencia en su utilización. Intralase se presentó como la técnica para la corrección de miopía, hipermetropía y astigmatismo 100% láser, es decir, además de utilizar la tecnología láser para la remodelación interna de la córnea -algo que ya hacía el Lásik, tecnología anterior a Intralase- el láser se utilizaba también para el paso anterior en la intervención: crear una lámina corneal que permite el acceso posterior al interior de la córnea, algo que hasta entonces sólo se lograba mediante cuchillas cortantes.

Cinco años de experiencia han confirmado el abismo que separa Intralase de tecnologías anteriores, fácil de entender al comparar la precisión de un sistema automatizado por láser y la acción de instrumentos manuales de corte.

Intralase: sólo ventajas

Los Dres. Muñoz y Rodríguez fueron los pioneros en la utilización de Intralase en Valencia. La principal ventaja de Intralase, destaca el Dr. Muñoz, es que permite la total personalización del flap según las características particulares de cada ojo. "Intralase permite elegir todos los parámetros del flap (lámina) corneal antes de iniciar la cirugía; el láser va a dibujar precisamente lo que el cirujano quiere y ha programado al principio de la intervención: tamaño o diámetro del flap, espesor o anchura del flap, centrado del flap sobre la pupila, la posición de bisagra o zona de flap que queda unida a la córnea y otros parámetros como el ángulo de la bisagra o



EN LA IMAGEN se aprecia grosor uniforme del flap de 90 micras. El flap creado mediante INTRALASE tiene caras paralelas en toda su extensión (mismo grosor en parte central que en parte periférica), lo que le proporciona mayor resistencia mecánica respecto a un flap creado mediante cuchilla.

CÓRNEA Intralase puede trabajar con grosores de córnea menores.

el ángulo del borde lateral del flap".

"Es raro el día de consulta", apunta el Dr. Muñoz, "que no recibimos la visita de un paciente que ha sido desestimado para cirugía de la miopía por tener una córnea "demasiado delgada". La razón de rechazar este tipo de ojos en los centros que carecen de Intralase no es otra que la baja capacidad del corte con cuchilla para predecir la profundidad del corte, de manera que ante una córnea delgada, el cirujano no se arriesga a realizar un corte que pueda ser demasiado profundo. Incluso en ojos con córneas de grosor normal, el flap hecho mediante cuchilla puede ser demasiado grueso, lo que limita la cantidad de dioptrías que pueden ser corregidas con seguridad, o puede ser demasiado fino, lo que puede dar lugar a arrugas del flap ante mínimos traumatismos. "Con Intralase", explica el Dr. Muñoz, "se consiguen flaps de 100 micras y diámetros de 9 mm. que proporcionan: mayor estabilidad y resistencia corneal, mejor respuesta cicatricial con menor riesgo de cicatrización anómala

y mínimas molestias en el postoperatorio y recuperación visual rápida". Esta capacidad de crear flaps de entre 100 y 110 micras permite, por otra parte, optimizar la colocación del flap, reducir microestrías, dar mayor estabilidad del flap y asegurar la integridad estructural de la córnea.

En cuanto a la posición de la bisagra o parte de la fina lámina corneal que permanece unida al estroma, Intralase permite ajustarla a las características de cada ojo.

La tendencia más actual es posicionar la bisagra en la parte externa del ojo. Esta posición tiene notables ventajas: crear una bisagra más amplia, dando estabilidad al flap sin sacrificar la zona de ablación, dejar una mayor superficie de lecho estromal para ablacionar, lo que provoca menos halos nocturnos postoperatorios, menor afectación del plexo nervioso corneal que se traduce en menor sequedad ocular en el postoperatorio, menor posibilidad de dislocación traumática o por frotado y mayor zona para la ablación en astigmatismos en contra de la regla e hipermetropías.

> 9 de Octubre

Nuevo ecocardiógrafo infantil

para un diagnóstico más preciso del funcionamiento cardíaco en niños

> Los soplos cardiacos son un hecho frecuente en la exploración clínica en niños y adolescentes. La mayor parte de ellos son normales, funcionales o inocentes, es decir, aparecen en ausencia de cardiopatía estructural. Sin embargo, la presencia de un soplo cardíaco puede ser signo de la existencia de una cardiopatía congénita, cuyo diagnóstico precoz es muy importante. El nuevo ecocardiógrafo del Servicio de Cardiología Pediátrica del Hospital 9 de Octubre que dirige el Dr. José Ignacio Carrasco facilita el diagnóstico preciso de este tipo de problemas al aportar una información precisa acerca de la anatomía y funcionamiento del corazón en niños.

Los soplos, motivo de consulta frecuente en Cardiología Infantil, son ruidos producidos por turbulencias de la sangre en el interior de las cavidades cardiacas o en los vasos sanguíneos, y son relativamente frecuentes estimándose su frecuencia en alrededor del 50% de la población infantil, pudiendo llegar hasta el 80% en determinadas circunstancias. El Dr. Carrasco, car-

EXPLORACIÓN El ecocardiograma es indoloro y dura alrededor de veinte minutos.



DR.
CARRASCO
del Hospital
9 de
Octubre.

diólogo pediatra del Hospital 9 de Octubre señala la importancia de la ecocardiografía en el estudio de los niños con sospecha de cardiopatía ya que, aunque es verdad que la incidencia de estas cardiopatías en la población infantil es baja (alrededor del 1% de los recién nacidos), es muy importante de cara a tranquilizar a los padres el poder descartar la existencia de un problema cardíaco.

La ecocardiografía es una exploración que no produce dolor al niño, permite que

los padres pueden estar con él para tranquilizarlo mientras se realiza y habitualmente la exploración ocupa entre diez y veinte minutos, aporta información acerca de la anatomía de las cavidades cardiacas y vasos sanguíneos y también del funcionamiento del músculo cardíaco y de los flujos sanguíneos.

La extraordinaria calidad de imagen del nuevo ecocardiógrafo con sistema doppler adquirido por el Hospital 9 de Octubre facilita la precisión en el diagnóstico de patologías relacionadas con la anatomía y funcionamiento del corazón. Con todo, su estudio es decisivo para diagnosticar una cardiopatía congénita que precise ser resuelta, bien mediante cirugía, bien mediante intervención por cateterismo.

Vivid 7

Vivid i

Vivid S6

GE Healthcare

La tecnología VIVID a su alcance

GE imagination at work

> Pardo de Aravaca / Sevilla-Aljarafe

Dentascan: máxima información en implantología y cirugía oral

La valoración del maxilar superior y mandibular que aporte información precisa sobre la altura, anchura y densidad del hueso es determinante para garantizar el buen resultado en cirugía oral o colocación de implantes. Los hospitales Pardo de Aravaca y Sevilla-Aljarafe ofrecen a odontólogos y estomatólogos esta información a través del TAC dental y la herramienta Dentascan.



MÁS FIABILIDAD La implantología y la cirugía oral son más fiables con la información de Dentascan.

> El implante dental se considera la mejor opción para la reposición de la pérdida dentaria. Los métodos diagnósticos radiológicos resultan imprescindibles para la valoración prequirúrgica de los implantes, pues es necesario conocer con exactitud, la cantidad y calidad de hueso disponible, así como identificar diferentes estructuras anatómicas del maxilar y mandíbula, que se deben preservar durante la cirugía. La aparición del TAC dental ha supuesto un avance importante en el diagnóstico previo a una intervención de

cirugía oral o de implantes, en tanto en cuanto facilita información muy detallada para realizar una correcta valoración prequirúrgica.

Estudio anatómico prequirúrgico

"En el Hospital Pardo de Aravaca el estudio lo realizamos con un TAC G.E. multicorte de 64 detectores, con el cual se obtienen imágenes de altísima calidad, con muy baja radiación, que posteriormente se reconstruyen en la consola de trabajo

mediante el programa de software Denta Scan Plus", explica el Dr. Campollo, del Servicio de Diagnóstico por Imagen del Hospital Pardo de Aravaca.

El Dr. Campollo explica como el TAC Dental proporciona una imagen tridimensional de los huesos maxilar superior y mandíbula, previo a la colocación de los implantes. "La exploración sirve para valorar el reborde alveolar donde se colocará el implante en aras a conseguir una buena integración ósea del mismo.



DOCTORES Los doctores Gemelli y Campollo realizan las exploraciones con Dentascan en los hospitales Sevilla/Aljarafe y Pardo de Aravaca respectivamente.

Si la atrofia ósea es importante puede resultar imposible anclar un implante en el proceso alveolar, requiriendo técnicas de aumento del hueso disponible (expansión cortical, elevación del suelo del seno maxilar o injerto óseo) o anclajes fuera del proceso alveolar".

Por otra parte, el TAC dental permite medir la densidad ósea del reborde alveolar, lo cual garantiza que el implante se integre en el hueso de forma adecuada.

La calidad ósea condicionará la técnica quirúrgica: el hueso de baja densidad requiere un mayor tiempo de cicatrización y presenta un mayor índice de fracasos.

Asimismo, prosigue el Dr Gimelli, del Servicio de Diagnóstico por Imagen del Hospital Sevilla/Aljarafe, "nos permite conocer las relaciones del implante con las estructuras adyacentes como son: reborde alveolar de los maxilares, canal mentoniano, agujero mentoniano, fosa

nasal, seno maxilar o ducto nasopalatino. Es muy importante conocer la relación del implante con el canal mentoniano, pues en su interior se aloja el nervio alveolar, para evitar dolorosas lesiones del nervio". En este sentido, cabe destacar que el TAC dental identifica el canal mentoniano en un 98% de los casos y el agujero mentoniano en un 100%.

En resumen, esta técnica de diagnóstico por imagen proporciona un perfecto estudio anatómico prequirúrgico, eliminando procedimientos innecesarios y maximiza el éxito de los procedimientos con mínimos riesgos.



DR. AVIÑÓ, odontólogo Hospital NISA Pardo de Aravaca.

i

IMPRESINDIBLE PARA UN DIAGNÓSTICO EXHAUSTIVO

Su validez está tan acreditada que hay cirujanos orales, cirujanos maxilofaciales y odontólogos que rechazan otras fórmulas diagnósticas. El Dr. Carlos Aviñó, odontólogo del Instituto de Cirugía Oral y Maxilofacial en el Hospital Pardo de Aravaca especializado en tratamientos de cirugía oral, maxilofacial, estética facial e implantología, es uno de ellos: "gracias al TAC dental nuestras intervenciones tanto en cirugía oral, como en implantología dental, son mucho más fiables".

La información más exacta

Una completa valoración prequirúrgica en intervenciones de cirugía oral e implantología dental pasa por conocer con exactitud la zona a tratar. Es fundamental la identificación de determinadas estructuras anatómicas del maxilar y mandíbula, como el nervio dentario o el seno maxilar, para evitar complicaciones asociadas que puedan afectar el resultado del tratamiento.

"Antes, en la colocación de implantes dentales, para saber la anchura del hueso debíamos recurrir a sistemas de

medición realmente complejos e inexactos, y podíamos llegar a casos, por ejemplo, en los que existiera una milimétrica desviación entre la anchura ósea estimada y la real, que podía llevar al fracaso del implante", explica el Dr. Aviñó.

Aparición del TAC dental

Según el Dr. Aviñó, la aparición del TAC dental ha supuesto, tanto en el campo de los implantes dentales como en el de la cirugía oral, un acceso a valoraciones en los tres campos del espacio. "Aporta de forma detallada, la altura, anchura, densidad y dirección del hueso, de manera que conocemos con exactitud y en un tiempo record nuestra área de trabajo".

"Gracias a la información proporcionada por el TAC dental", añade el Dr. Aviñó, "tanto para la colocación de implantes dentales y exodoncia de cordales incluidos, como para la eliminación de quistes o la realización de procesos quirúrgicos de mayor complejidad en el área maxilofacial, podemos ofrecer al paciente las máximas garantías en el tratamiento de su patología".

> Virgen del Consuelo

La cápsula de colon diagnostica el segundo tumor más letal en hombres y mujeres

Sofisticación, tecnología y vanguardia en estado puro. La cápsula de colon acaba con las reticencias a las pruebas diagnósticas que luchan por detectar lesiones cancerosas o precancerosas del colon en estadios precoces. El Hospital Virgen del Consuelo es el único hospital de la Comunidad Valenciana que dispone de esta novedosa tecnología.



CÁPSULA La cápsula de colon toma fotografías a su paso por el tubo digestivo.

> La importancia del screening del cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal supone la segunda causa de muerte por cáncer, tanto en el hombre como en la mujer, en nuestro país. Uno de cada tres casos que sufren cáncer colorrectal no sobrevive. Habitualmente este cáncer se desarrolla a partir de pólipos de colon (adenomas), y éstos están presentes en el 10-40% de la población de riesgo. Afortunadamente es una patología prevenible y curable si se aplican los métodos apropiados de

screening. De este modo, todas aquellas personas que tengan algún familiar afecto de cáncer de colon, y en los mayores de 50 años aunque no tengan antecedentes familiares, serían candidatas a la realización de un método de cribado para el despistaje de esta enfermedad.

Incomprensiblemente, a pesar de la información que existe sobre este tumor, se ha visto que sólo el 37% de la población de riesgo acude a realizarse una colonoscopia.

Por ello actualmente se hace necesaria la implantación de un método de

"UNO DE CADAS TRES CASOS DE CÁNCER DE COLON NO SOBREVIVE, SIN EMBARGO, SE TRATA DE UNA PATOLOGÍA PREVENIBLE Y CURABLE SI SE APLICAN LOS MÉTODOS APROPIADOS DE SCREENING"

detección precoz del cáncer de colon que a los pacientes les resulte fácil, cómodo e indoloro. Al tratarse de un método no invasivo de diagnóstico, la cápsula endoscópica de colon supone una herramienta ideal como alternativa a la colonoscopia para el cribado del cáncer colorrectal.

Tecnología indolora y no invasiva

La cápsula de colon se realiza en la Unidad de pruebas Digestivas del Hospital Virgen del Consuelo, dirigido por los Drs. Medina y Alapont, como centro pionero y único en la Comunidad Valenciana en la aplicación de esta técnica. La doctora Lujan, miembro del equipo, explica que "para realizar una prueba diagnóstica con la cápsula de colon el paciente se prepara el día previo con laxantes y simplemente tiene que ingerir una cápsula de tamaño

minúsculo (3x1cm) con forma de píldora que avanza con el movimiento peristáltico natural del intestino. Esta cápsula va tomando fotografías a su paso por el tubo digestivo (cuatro por segundo). Estas imágenes se envían a una grabadora que lleva el paciente en un cinturón y posteriormente las imágenes son transferidas a un ordenador y son estudiadas por el especialista. La cápsula se expulsa de forma natural por las heces".

La técnica se aplica de forma ambulatoria, lo cual supone una ventaja importante ya que el paciente puede salir del hospital durante el tiempo que dura la prueba, no requiere ser sedado, ni insuflado, ni irradiado (como en otras técnicas diagnósticas del colon), y no se han demostrado efectos secundarios relevantes.

Indicaciones

Además de en el screening de colon, la cápsula de colon está especialmente indicada en aquellos casos en los que la sedación o la colonoscopia está contraindicada, en pacientes que se niegan a someterse a una colonoscopia, o en aquellos casos en los que la colonoscopia es incompleta. También es útil para el control de los pacientes operados por cáncer de colon o el control de pólipos de colon.

Diagnóstico de otras patologías

A pesar de que esta técnica se utiliza exclusivamente para el diagnóstico de la patología del colon, puede aportar información adicional. A su paso por otras zonas del tubo digestivo como el esófago, estómago e intestino delgado puede también diagnosticar patologías propias de estos órganos.

i

CÁNCER DE COLON: LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ A PARTIR DE LOS CINCUENTA AÑOS



Ataca por igual a hombres y mujeres: más de 12.000 personas mueren cada año en España víctimas de cáncer de colon. Es la segunda causa de muerte por esta enfermedad, sólo superada por el cáncer de pulmón en los hombres y el de mama en las mujeres.

Según la Asociación Española contra el Cáncer (AECC), sólo entre un 5 y un 10% de los casos tienen una base genética, mientras que entre un 70 y un 80% pueden tener su origen en la dieta y el estilo de vida, y por lo tanto, siempre según la AECC, "podrían evitarse". En este sentido, se consideran factores de riesgo las dietas ricas en grasas y carnes rojas, así como la obesidad y el sedentarismo, el consumo de alcohol y el de tabaco. El consumo de frutas y verduras pueden tener, por contra, un efecto protector frente a la enfermedad.

Otros factores de riesgo son las enfermedades intestinales. Así, los mecanismos de control son especialmente recomendables en personas que han padecido pólipos, patologías inflamatorias intestinales como la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn y, por supuesto, en aquellos con antecedentes personales

o familiares de cáncer colorrectal.

Las hemorragias repetitivas, los cambios en el ritmo de las deposiciones -que pasan sin motivo aparente de diarrea a estreñimiento- la sensación de evacuación incompleta, el dolor abdominal acompañado de estreñimiento, el cansancio extremo o la pérdida de peso sin causa aparente pueden ser síntomas que hagan sospechar un cáncer de colon.

El hecho de que el cáncer de colon comparta algunos de sus síntomas con otras enfermedades como las hemorroides, diarreas y otros trastornos digestivos, lleva en algunos casos a banalizar su relevancia. En este sentido, conviene incidir en la importancia de obtener un diagnóstico precoz, que pasa irremediablemente por la consulta al especialista ante el menor síntoma, dado que el diagnóstico precoz aumenta la supervivencia de este cáncer.

La colonoscopia, y actualmente la cápsula de colon, son pruebas diagnósticas de incalculable valor informativo para establecer un diagnóstico precoz que maximice las posibilidades de éxito del tratamiento que combata el cáncer de colon.

> Sevilla-Aljarafe

Endoprótesis: menos riesgo en el tratamiento de aneurismas

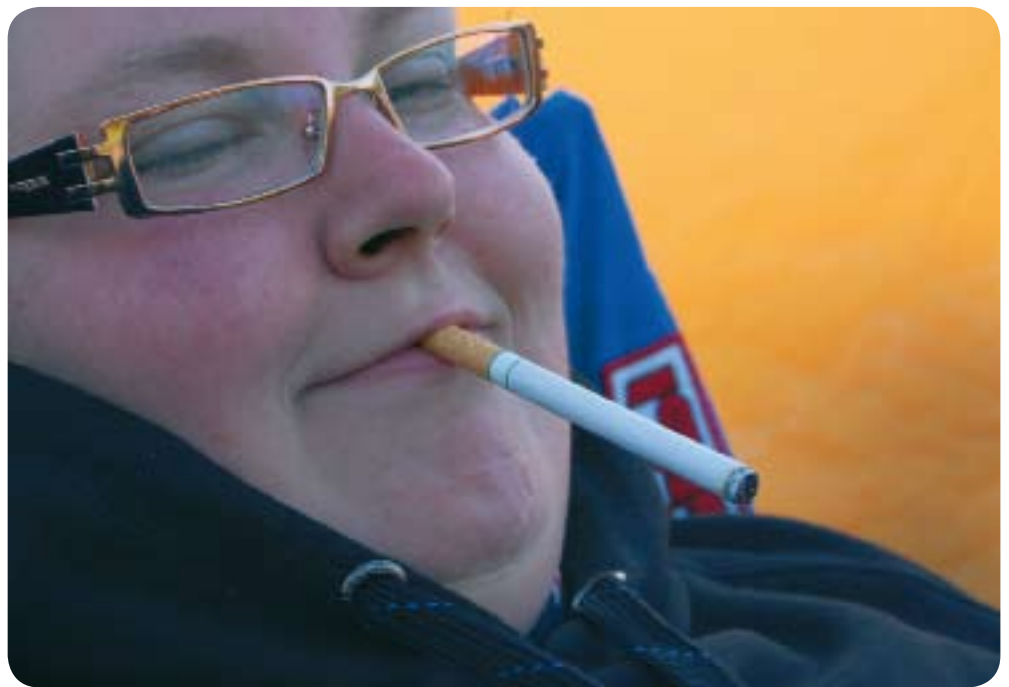
La cirugía es el único tratamiento eficaz contra los aneurismas aórticos. Se trata de una intervención complicada que, hoy, gracias a la colocación de endoprótesis a través de accesos periféricos, ha logrado reducir notablemente el nivel de riesgo para el paciente.

> Un aneurisma es una dilatación permanente y localizada de una arteria; la arteria que más frecuentemente se dilata es la aorta. La evolución natural de un aneurisma aórtico es aumentar su tamaño y romperse. Nueve de cada diez enfermos no superan la ruptura de un aneurisma; el riesgo de ruptura aumenta a medida que crece el tamaño de la lesión, y es especialmente elevado cuando el diámetro es mayor de 5cms.

Menos riesgo

Actualmente no existe ningún tratamiento médico eficaz contra los aneurismas aórticos y la única solución es la quirúrgica.

Tradicionalmente, la intervención quirúrgica pasa por la resección o extirpación del aneurisma y su sustitución



RIESGO La obesidad y el tabaco son factores que predisponen a padecer un aneurisma.

por un injerto sintético. Pese a que los resultados suelen ser positivos, se trata de una intervención importante y no exenta de riesgos.

En 1990 aparece la colocación de endoprótesis como tratamiento quirúrgico alternativo a la cirugía abierta. "Su principal ventaja", explica el Dr. Sánchez Guzmán, angiólogo y cirujano vascular del Hospital NISA Sevilla-Aljarafe, "es el menor riesgo quirúrgico que presenta el paciente y por otro lado, al realizar toda la cirugía a través de accesos periféricos, pueden estar bajo anestesia local o loco-regional". "Además", añade, "el confort para el paciente es mayor y la estancia postoperatoria considerablemente menor".

"Nueve de cada diez enfermos no superan la ruptura de un aneurisma; el riesgo de ruptura aumenta a medida que crece la lesión"

La endoprótesis

Una endoprótesis es una prótesis vascular especialmente pensada para que, mediante accesos vasculares a distancia y a través de artilugios mecánicos (catéteres, guías, balones de dilatación, etc.) se pueda

implantar en la luz arterial para excluir el aneurisma del torrente circulatorio y, con ello, evitar su progresión.

El procedimiento se realiza bajo anestesia local o loco-regional en un quirófano dotado de arco radiológico digital. Mediante la disección, generalmente de arterias femoral a nivel inguinal o en ocasiones a nivel de las iliacas, se accede de forma intraluminal, mediante el uso de catéteres, guías, y demás instrumentos endovasculares, al lugar de la lesión y después de exhaustivas medidas se expande y coloca la endoprótesis en el lugar correcto. Una vez comprobada la colocación efectiva

de la prótesis se procede a retirar todo los catéteres y se cierran las vías de acceso.

Indicaciones

A nivel de aorta abdominal, la colocación de endoprótesis está indicada principalmente en pacientes con alto riesgo para la cirugía abierta.

A nivel de aorta torácica, las indicaciones de endoprótesis cada vez son más amplias, ya que los riesgos de morbimortalidad y de paraplejía de la cirugía abierta son considerablemente mayores en comparación con las técnicas endovasculares.

En cuanto a las contraindicaciones, se centran principalmente en problemas anatómicos, es decir, la imposibilidad anatómica para introducir la prótesis desde arterias periféricas o la inexistencia de un cuello (arteria libre de enfermedad o no dilatada) donde anclar la prótesis proximal y distalmente al aneurisma. Otras contraindicaciones estarían relacionadas con el uso de contraste, necesario para comprobar la anatomía y realizar las mediciones y en general todo el procedimiento.



DOCTOR
Sánchez Guzmán,
cirujano vascular,
Hospital Sevilla-Aljarafe.

"En pacientes seleccionados, constituye una opción menos invasiva, con una menor morbilidad y menor mortalidad que la cirugía abierta"

"En pacientes seleccionados", afirma el Dr. Sánchez Guzmán, "los resultados de este procedimiento a corto y mediano plazo son excelentes. Constituye una opción menos invasiva, con una menor morbilidad y menor mortalidad que la cirugía abierta". En cuanto a los resultados a largo plazo, aún desconocidos en su totalidad debido a la juventud de dicha técnica, "concretarán el papel real de este procedimiento quirúrgico menos invasivo en el tratamiento de la enfermedad aneurismática de la aorta".

Conviene tener en cuenta, sin embargo, que esta técnica precisa de un seguimiento durante años cada seis meses para valorar mediante Angio TAC que no haya desplazamiento de la prótesis o la aparición de fugas (defectos en el sellado de la prótesis) que si aparecen, generalmente, pueden solucionarse por vía endovascular.

Complejidad técnica

El implante de este tipo de prótesis pasa por una formación exhaustiva en cirugía vascular y endovascular, pues las complicaciones como, entre otros, problemas de acceso al intentar insertar el dispositivo van a depender en gran medida de la destreza del cirujano en esta técnica endovascular.

El equipo mixto de Cirugía Vascular (Dr. Sánchez Guzmán) y Radiología Intervencionista (Dr. Peiró) que opera en el Hospital Sevilla Aljarafe comenzó a realizar esta técnica en 2001. Sólo en los tres últimos años han intervenido con endoprótesis más de 80 casos de aneurismas en aorta abdominal y torácica.



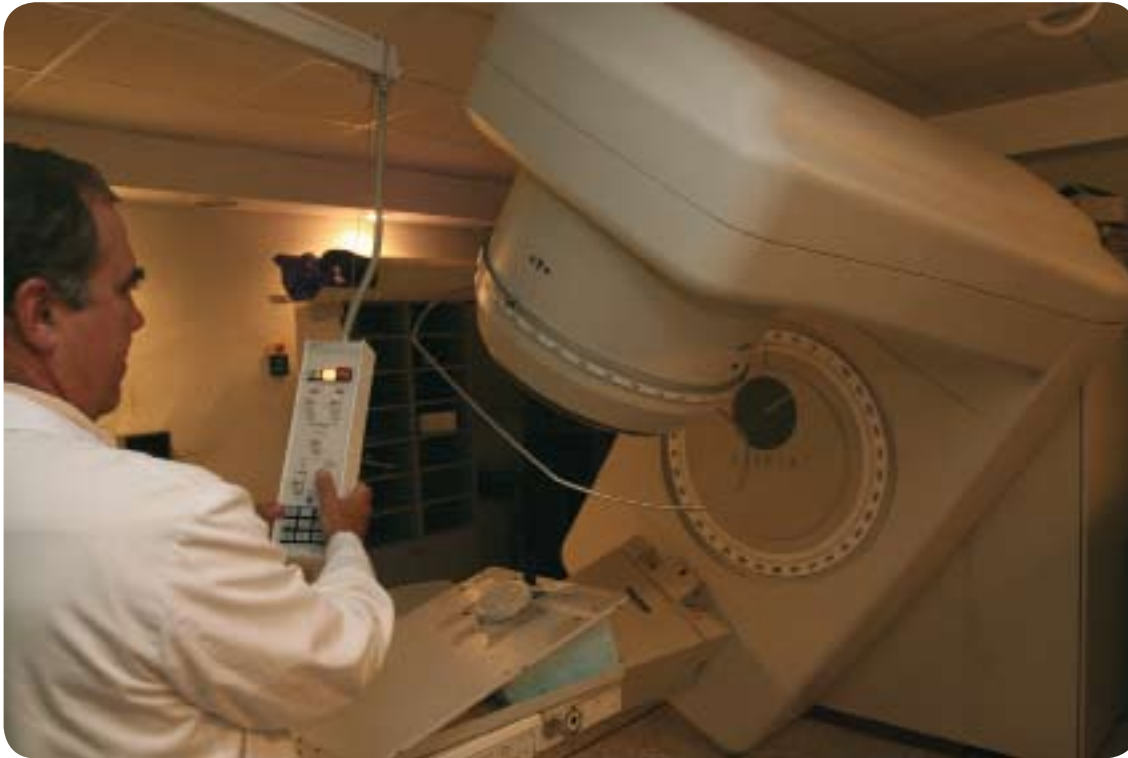
ARTEROSCLEROSIS, EL ALIADO DEL ANEURISMA

Los aneurismas arteriales son dilataciones localizadas y permanentes de los vasos arteriales. Pueden aparecer en cualquier territorio pero su localización más frecuente es la aorta abdominal.

La causa más frecuente de los aneurismas de aorta es la arteriosclerosis. Pueden tener también una causa infecciosa o ser consecuencia de traumatismos previos.

La mayoría de los pacientes son varones mayores de 60 años con factores de riesgo arteriosclerótico entre los que el consumo de tabaco adquiere una relevancia especial. Otros factores que predisponen a padecer un aneurisma son: obesidad, hipertensión arterial, diabetes, vida sedentaria e hipercolesterolemia. Se estima que un 2-4 por ciento de varones mayores de 65 años son portadores de un aneurisma de aorta abdominal. Los pacientes con antecedentes familiares de aneurismas tienen un riesgo más elevado que la población normal de tener un aneurisma de aorta.

El 75 por ciento de los pacientes portadores de un aneurisma de aorta abdominal son asintomáticos. Cuando provocan síntomas suele tratarse de molestias abdominales inespecíficas o dolor lumbar. En un 25 por ciento de los casos la primera manifestación clínica es la ruptura.

**TUMORES NO CRANEALES**

Además de su aplicación en metástasis cerebrales, la radiocirugía viene aplicándose desde 2001 para tratar cánceres de pulmón, metástasis de columna y metástasis hepáticas.

> Virgen del Consuelo

Duplicar la supervivencia en metástasis cerebrales gracias a la radiocirugía

> Los enfermos oncológicos con metástasis cerebrales no son casos terminales. Reunidos en Murcia, expertos en radiocirugía de toda España así lo demostraron, con datos en la mano, en el XI Congreso de la Sociedad Española de Radiocirugía.

El XI Congreso de la Sociedad Española de Radiocirugía -entidad que preside el Dr. Larrea, del Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Virgen del Consuelo- ha servido, una vez más, para que los más prestigiosos expertos en radiocirugía hagan oír su voz. Se puede decir más alto, pero no más claro: más del 20% de los enfermos de cáncer desa-

rolla metástasis cerebrales; la expectativa media de vida para estos pacientes es de seis meses con tratamiento convencional; con radiocirugía, la supervivencia global se duplica y sobrepasa los doce meses; dos de cada diez enfermos seguirá vivo pasados dos años. Y sin embargo, el desconocimiento de la técnica, incluso entre los propios médicos, hace que, inexplicablemente,

"Con radiocirugía, la supervivencia global en pacientes con metástasis cerebral se duplica y sobrepasa los doce meses"

de más de 6.000 enfermos que podrían beneficiarse cada año de esta técnica, tan sólo unos cientos reciben el tratamiento. "Todavía hoy muchos facultativos que consideran que la aparición de dos o más metástasis cerebrales es una situación incurable, de pronóstico irreversible y terminal. Sin embargo los pacientes que sufren una o varias metástasis cerebrales están siendo tratados con gran éxito mediante la radiocirugía en los hospitales más avanzados de casi todas las comunidades autónomas", comenta el Dr. Larrea.

Hasta la aparición de la radiocirugía la opción de tratamiento para las metástasis cerebrales era la radioterapia de todo el cerebro a dosis paliativa asociada en las mejores ocasiones a la cirugía cuando eran lesiones únicas en zonas accesibles y con pacientes con un buen estado general de salud.

El tratamiento con radiocirugía no requiere intervención quirúrgica, como apunta el doctor Larrea: "A pesar de ser una terapéutica compleja de alta tecnología, la radiocirugía es una técnica ambulatoria que no requiere incisiones ni anestesia general. El procedimiento total de tratamiento dura una media jornada y el paciente puede volver a su actividad normal al día siguiente de la intervención, además de efectivo resulta sencillo y cómodo para el paciente, siendo tratado con máxima precisión y garantía de calidad".

El tratamiento suele efectuarse con el paciente despierto y, en general, no dura más de treinta o cuarenta minutos, tras el proceso de localización y simulación. Se realiza siempre una resonancia magnética con contraste, utilizando un sistema de estereotaxia cerebral. Después, en un ordenador se tratan esas imágenes y se simula el paso de las radiaciones hacia la lesión en cuestión, evitando que atraviesen órganos sensibles o de "riesgo", tales como los ojos, las vías ópticas o el llamado tronco cerebral.

Otras lesiones

La radiocirugía se ha desarrollado en el cerebro debido a que es un órgano que no está en movimiento, lo que permite la sujeción del cráneo para el tratamiento. Sin embargo, como explica el Spiegelmann, presidente de la Sociedad Internacional de

Radiocirugía Estereotáctica, su aplicación se está desarrollando fuera de esa sujeción (radiocirugía estereotáctica), y ya se pueden tratar lesiones en la columna, los pulmones, los órganos intraabdominales y, "dentro de poco incluso el corazón". En este sentido, cabe destacar que el Servicio de Oncología Radioterápica del

Hospital Virgen del Consuelo lleva desde 2001 aplicando la radiocirugía en lesiones tumorales no craneales, situándose así a la cabeza de los centros que han apostado por este tratamiento como alternativa eficaz en la lucha contra el cáncer de pulmón, metástasis de columna y metástasis hepáticas.



EL HOSPITAL VIRGEN DEL CONSUELO, REFERENTE NACIONAL

La Junta Directiva de la Sociedad Española de Radiocirugía acreditó recientemente por su nivel de máxima calidad y excelencia a once centros de tratamiento radioquirúrgico en España para el uso de esta técnica. El Hospital NISA Virgen del Consuelo es uno de ellos y el único de Valencia. La acreditación valida que sus profesionales, médicos neurocirujanos, oncólogos radioterapeutas, físicos hospitalarios y neurorradiólogos, tienen una larga experiencia en tratamientos de radiocirugía cerebral con más de 150 casos realizados.

También valida que los equipamientos de estos centros son de muy alta precisión, que están perfectamente mantenidos y que la radiocirugía se realiza habitualmente en más de 30 tratamientos al año, para asegurar el adecuado nivel de entrenamiento del equipo de especialistas al año.

Este plan de acreditaciones ha sido realizado para ofrecer la máxima calidad de tratamiento a los pacientes españoles, ya que la radiocirugía es una técnica para el tratamiento de metástasis cerebrales, meningiomas, neurinoma del acústico, neuralgia del trigémino, etc. y dada las características de alta tecnología y gran dificultad debe estar garantizada su correcta realización a todos los pacientes.

La Sociedad Española de Radiocirugía puso en marcha este laborioso plan de acreditación de facultativos y centros hospitalarios para la aplicación de esta técnica hace un año y medio. El objetivo del mismo es facilitar a los pacientes el acceso a la radiocirugía en las más óptimas condiciones.

El acreditación de la Sociedad Española de Radiocirugía, además de avalar la experiencia y la calidad tecnológica del Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Virgen del Consuelo, supone un reconocimiento a la continua labor de investigación de su equipo en aras a ofrecer en todo momento a sus pacientes los últimos avances, e incluso a desarrollar su propio software aplicado al tratamiento, herramientas informáticas que por su eficacia han sido adquiridas por otros centros hospitalarios.

Recientemente, el Hospital Virgen del Consuelo ha comenzado a aplicar un novedoso tratamiento para el cáncer de mama: la irradiación parcial acelerada para pacientes previamente intervenidas quirúrgicamente. Su principal aportación es el logro de iguales resultados que las sesiones convencionales de radioterapia pero con un tiempo cinco veces menor.

> Pardo de Aravaca

Dermatoscopia digital:

permite el seguimiento periódico de lunares y otras lesiones cutáneas sospechosas

**> Durante los años 70 y 80 acam-
pó a sus anchas. Las campañas
de prevención lograron detener su
marcha imparable en los 90. Hoy, la
detección precoz del melanoma -el
cáncer de piel más agresivo- es decis-
ivo para su curación. La dermatoscopia
digital, tecnología diagnóstica dispo-
nible en el Hospital Pardo de Aravaca,
permite el seguimiento exhaustivo
de lesiones cutáneas sospechosas de
desarrollar un tumor maligno.**

Las continuas campañas de preven-
ción contra el melanoma explican que
cada vez sean más frecuentes las visitas al
dermatólogo para someterse a una valora-
ción de lunares.

Los lunares, o nevus, son un acú-
mulo de las células que dan color a la piel,
llamadas melanocitos. La mayoría de ellos
aparecen antes de los 20 años de edad. No
obstante, no todas las manchas marrones
de la piel son lunares.

LUNARES Los lunares atípicos deben ser revisados
periódicamente por el dermatólogo.



Nuevas lesiones cutáneas

"El melanoma es un tumor maligno originado en los melanocitos, que son las células que producen melanina", explica el Dr. Villalón, del Hospital Pardo de Aravaca. "Se trata de un tumor raro, de hecho, afortunadamente, no es el tumor maligno más frecuente de la piel. No obstante es el tumor maligno cutáneo que más mortalidad origina. Presenta el problema añadido que, si bien puede producirse cualquier edad, afecta de manera importante a pacientes jóvenes".

El problema estriba en que los melanosomas pueden parecerse a simple vista a los lunares. "Se estima que en torno a un 30-40% de los melanosomas asientan sobre un lunar preexistente", matiza el Dr. Villalón. Por ello, la prevención frente a la enfermedad apunta a la visita ineludible al dermatólogo ante la aparición de cualquier mancha en la piel que aparezca en un adulto y se parezca a un lunar o ante cualquier tipo de lesión cutánea que cambie o crezca

en poco tiempo. Cabe destacar, que personas con antecedentes familiares o personales de melanoma, piel clara, hábitos poco saludables (obsesión por el bronceado), antecedentes de quemaduras solares en la infancia, presencia de lunares congénitos y número elevado de lunares atípicos (aquellos que tienen bordes irregulares, alteraciones en su color,...) constituyen un grupo de mayor riesgo de padecer melanomas.

Seguimiento para evitar cirugía

En los últimos años, la dermatoscopia ha permitido avanzar en el diagnóstico precoz del melanoma al visualizar la mancha o el lunar a través de un sistema de ampliación óptica que determina, en los casos necesarios, la cirugía inmediata, mientras que en los casos sospechosos permite un seguimiento periódico de su evolución. Esta técnica, que supuso un aumento considerable de intervenciones para poder analizar los lunares, se ha perfeccionado con la dermatoscopia digital. "Esta técnica", afirma el Dr. Villalón, "consiste en la realización de mapas corporales, es decir, fotografías de distintas áreas del cuerpo donde se distribuyen los lunares, realizando además fotografías de las imágenes dermatoscópicas tomadas a los lunares problemáticos. Estos lunares se someten a un seguimiento periódico, de manera que cuando cambian se realiza cirugía de las mismas para su estudio microscópico. Así podemos ahorrar cirugías, con las consecuentes cicatrices, muchas veces innecesarias".

La dermatoscopia digital, está especialmente indicada en personas con antecedentes de melanoma y en aquellos que presentan muchos lunares atípicos.



DR. VILLALÓN dermatólogo,
Hospital Pardo de Aravaca.

SISTEMAS DE ANESTESIA INTELIGENTES EN LOS QUIRÓFANOS DE Hospitales NISA

Los sistemas de anestesia Temel Supra® de última generación mejoran la seguridad del paciente y la información que recibe el anestesiólogo en tiempo real.

La constante y progresiva instauración de los sistemas de ventilación Temel Supra® en los quirófanos de Hospitales NISA aporta considerables ventajas tanto al paciente como al anestesiólogo.

La empresa TEMEL, con más de 30 años de experiencia en el sector, es pionera a nivel mundial en innovación en ingeniería biomédica aplicada a la ventilación mecánica y equipos de anestesia, siendo la única en España con tecnología 100% propia.

SOLUCIONES

El sistema de anestesia Temel Supra® aporta soluciones a problemas clásicos de la ventilación del paciente durante la anestesia general:

- 1.- Compliancia interna “cero”: la práctica ausencia de distensibilidad interna del circuito evita la pérdida de volumen. Manteniendo inalterada la distribución pulmonar del gas.
- 2.- Mínima constante de tiempo: debido a un volumen interno mínimo, la velocidad con la que los cambios solicitados por el anestesiólogo al sistema se transmiten al paciente, permite aumentar la seguridad y evitar riesgos de sobredosificación o de hipoxemia.
- 3.- Eficacia 100%: por primera vez se ha conseguido que un sistema de anestesia tenga una eficacia del flujo de gas fresco del 100%, por lo que existe un control exacto del volumen reinhalado. Ello nos permite el control de las concentraciones de gases y agentes anestésicos inhalatorios en cada momento, lo cual aporta seguridad para el paciente sobre todo durante la inducción y la educación anestésica, optimiza el consumo y minimiza el impacto medio ambiental de las técnicas inhalatorias.
- 4.- Sin limitaciones: la última generación de dichos sistemas de anestesia permite su uso fácil y seguro en todo tipo de pacientes, sin limitaciones por peso, edad, o patología de base; permite así mismo trabajar con cualquier tipo de circuito (abierto, cerrado, bajos flujos), permitiendo la práctica segura de la anestesia general en ventilación espontánea, gracias a su sistema de asistencia ventilatoria.

La solución a estos problemas, que pueden parecer sólo técnicos, son de vital importancia clínica, ya que son problemas que no se ven, pero el anestesiólogo siente, y el paciente padece, alterándose la calidad y la seguridad del proceso anestésico.

SENCILLEZ

Los sistemas Temel Supra® CM incorporados integran en una sólo pantalla toda la información necesaria, tanto numérica como gráfica, para garantizar la máxima seguridad para el paciente, combinada con un información completa y personalizada para el profesional. Dos mandos permiten controlar toda la información.

A diferencia de otros sistemas, la aplicación de los últimos avances en software aplicado no representa mayor complejidad de manejo, o lentitud en el inicio del sistema con largas y farragosas calibraciones, el manejo es tan sencillo como el de “enchufar y listo”, con lo cual, sacar máximo provecho de sus altas prestaciones no está en función de los conocimientos informáticos del anestesiólogo.

VENTAJAS

- Integración y ergonomía: con unas dimensiones y un peso reducidos permite la fácil movilidad dentro del área quirúrgica, optimizando así su colocación durante el acto anestésico-quirúrgico. El uso de una única pantalla para visualizar todos los parámetros, gráficos, y cálculos, que es además totalmente personalizable, permite una continua atención a los datos del paciente anestesiado.
- Test de funcionamiento: El sistema realiza un test de autocomprobación al ser encendido, de una duración inapreciable. Asimismo, el anestesiólogo puede en cualquier momento y sin interrumpir el acto anestésico realizar calibraciones de gases y medición de posibles fugas tanto del sistema, como del circuito, permitiendo objetivar y solucionar rápidamente el problema.
- Ventilación espontánea: aparte de poder elegir entre ventilación manual, automática y espontánea, en esta última modalidad Supra® aporta una opción de asistencia que permite un perfecto acoplamiento paciente-ventilador para poder prolongar indefinidamente la técnica de anestesia general con ventilación espontánea, tanto con mascarilla laríngea como con tubo endotraqueal.
- Dos “motores”: Supra® dispone de dos generadores de ventilación: un generador de volumen-tiempo óptimo para ventilación de adultos y niños, y un generador de flujo continuo, ideal para la ventilación de recién nacidos y lactantes de cualquier peso.
- Pantallas de información: la pantalla principal

TEMEL



permite ver cuatro gráficos en tiempo real y 8 valores medidos o calculados al instante, las alarmas principales y los parámetros ventilatorios escogidos; todo ello se puede personalizar entre las múltiples posibilidades que Supra ofrece: Valores; bucles; curvas de presión, flujo y volumen; fracciones inspiradas y espiradas de gases y agentes anestésicos; consumos de oxígeno, protóxido y gas anestésico; gasto cardíaco, balances y hasta más de treinta parámetros de gran utilidad, que configuran la plataforma con la información más completa al anestesiólogo del sector.

- Limpieza y esterilización: Supra® permite una rápida y fácil esterilización gracias a la integración de todos sus componentes en un compartimento de fácil acceso, permitiendo un cambio rápido del canister desechable de absorbente de CO₂. Con ello se minimiza el riesgo de contagios o infecciones.

CONCLUSIONES

El sistema TEMEL SUPRA CM® aporta importantes ventajas en cuanto a la cantidad y calidad de la información al profesional; en cuanto a la solución de clásicos problemas de ventilación, muchas veces intangibles; y sobre todo, en cuanto a la seguridad del paciente y la calidad asistencial que el anestesiólogo debe garantizar a sus pacientes.

> Hospitales NISA

X Aniversario del Servicio de Daño Cerebral

Centro de Excelencia en rehabilitación e investigación del daño cerebral adquirido

*Servicio de Daño Cerebral
HOSPITALES NISA*

Este año se cumple el décimo aniversario del Servicio de Daño Cerebral de Hospitales NISA. Durante este tiempo, su equipo multidisciplinar ha tenido la oportunidad de rehabilitar a más de 800 pacientes, sobre todo con daño cerebral de origen traumático y vascular, provenientes de toda España.

Entrevistamos al Dr. Javier Chirivella, director del servicio, para que nos cuente y haga balance de estos años y que, al mismo tiempo, nos hable de los proyectos que tienen preparados para este año, en su décimo aniversario.

El Servicio de Daño Cerebral atiende actualmente a 70 pacientes en régimen de ingreso y a casi 200 que acuden todos los días desde sus domicilios en régimen ambulatorio. Un crecimiento muy rápido desde que empezaron en el Hospital Valencia al Mar en el año 1998.

Desde luego el crecimiento ha sido importante pero también progresivo, lo que nos ha permitido disponer y formar a profesionales con una alta cualificación que de otra manera no se habría podido realizar.

No obstante, seguimos atendiendo a un porcentaje muy pequeño de los pacientes susceptibles de rehabilitación en la Comunidad Valenciana. Se calcula que en España hay 6.000 traumatismos craneoencefálicos susceptibles de rehabilitación (sobre todo por accidentes de tráfico) y

si a esto sumamos los pacientes que han sufrido un ictus hemorrágico -cada vez más jóvenes- y los isquémicos, las cifras se disparan. En España somos muy pocos los servicios que ofrecemos la calidad asistencial necesaria para rehabilitar estas patologías tan complejas, por lo que los pacientes que estamos atendiendo son pocos en relación a la demanda.

La parte positiva de todo esto es que hasta hace muy poco tiempo, cuando una persona sufría un accidente o un ictus se iba a su casa y esperaba que pasaran los meses con la esperanza de una mejoría "milagrosa". Ahora afortunadamente cada vez más gente sabe que si tiene una rehabilitación especializada va a conseguir una mayor autonomía en el futuro. Esa autonomía, lógicamente también va a descargar a la familia y a la sociedad en general.

En estos años han ido incorporando tecnología y medios cada vez más sofisticados para la rehabilitación de sus pacientes. ¿Qué es lo siguiente?

Bueno, la tecnología y los medios que disponemos son importantes pero no hay que engañarse, lo realmente importante es la alta especialización de los profesionales. Por ejemplo, el hecho de disponer de un robot Lokomat como el existente en el Hospital de Aguas Vivas para la rehabilitación de la marcha o de un Laboratorio de Realidad Virtual como el existente en el Hospital Valencia al Mar es realmente efectivo si el fisioterapeuta sabe sacarle todo el partido. Son herramientas muy útiles en

manos expertas y lógicamente la conjunción de ambas cosas es lo óptimo. Por otra parte, también considero interesante el uso de terapias "menos convencionales" pero no por ello menos eficaces, como puede ser la terapia con animales, tanto con caballos, como recientemente con leones marinos que estamos haciendo con niños que han sufrido una lesión cerebral. En definitiva, nuestra idea es emplear cualquier medio que nos ayude a sacar más respuestas de nuestros pacientes y que la rehabilitación sea más óptima. No obstante, sí que es cierto que desde el Servicio de Daño Cerebral se hace un especial esfuerzo para disponer en nuestros hospitales de los últimos avances tecnológicos dirigidos a mejorar la rehabilitación de nuestros pacientes. En este sentido, estamos muy ilusionados con los desarrollos de Rehabilitación Virtual (Proyecto EcoTrain) que estamos llevando a cabo con la Universidad Politécnica de Valencia.

Parece que en febrero de 2009 el Servicio de Daño Cerebral tiene previsto organizar una jornada de formación para acercar a clínicos y forenses.

Una asignatura que tenemos pendiente, y que la Organización Mundial de la Salud nos está insistiendo en los últimos años, es intentar unificar criterios diagnósticos en relación a las consecuencias del daño cerebral.

Debemos intentar que los profesionales que trabajamos en la rehabilitación y los

médicos que tienen que hacer valoraciones o peritaciones hablen un lenguaje común para establecer secuelas e indemnizaciones.

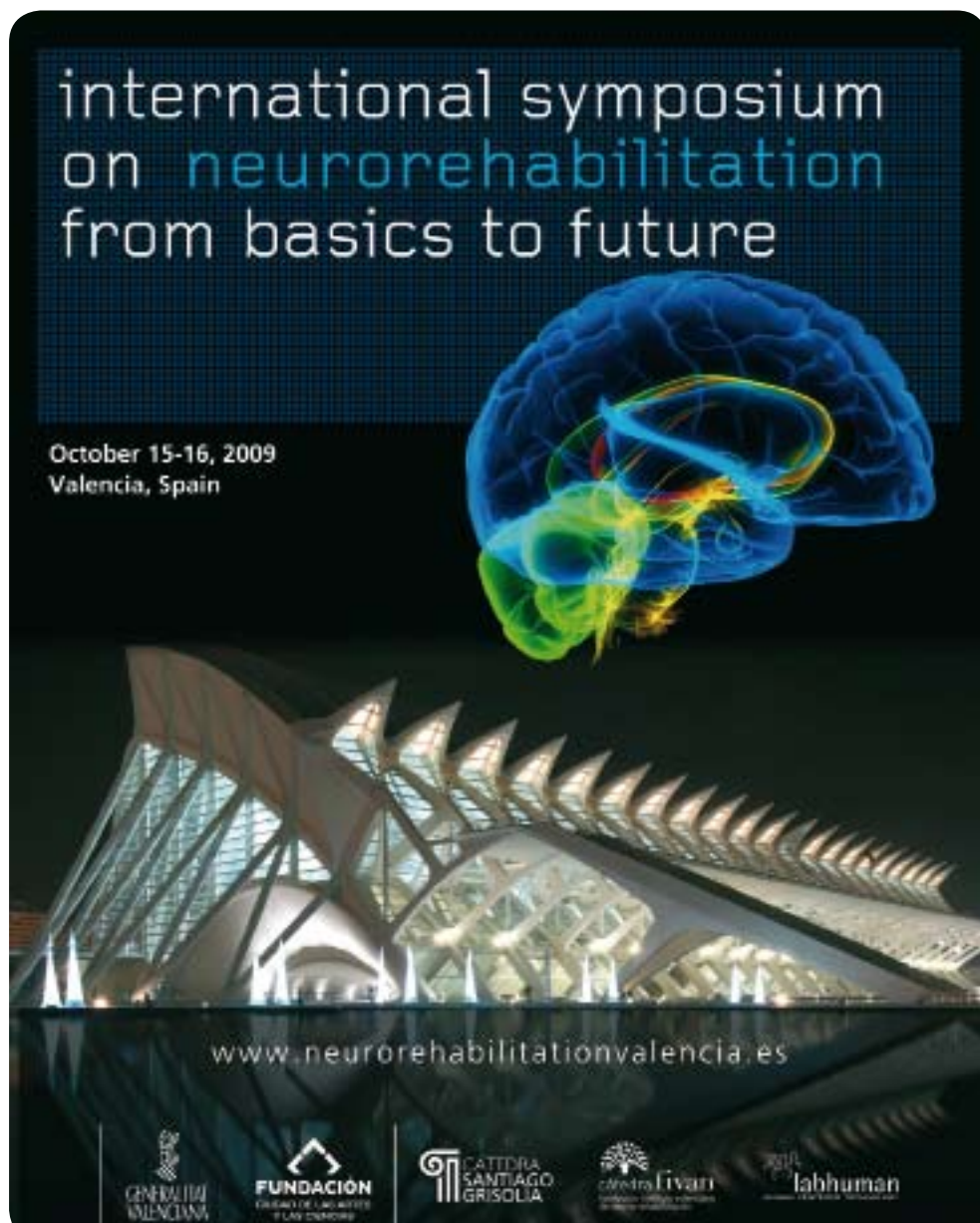
Nosotros este problema lo vemos todos los días cuando hablamos con los médicos forenses. A la complejidad de establecer secuelas según el baremo de tráfico hay que sumar las valoraciones de minusvalías e incluso la nueva valoración de la Ley de Dependencia. El sistema es a menudo demasiado complejo para unos pacientes y familiares que esperan soluciones sencillas en momentos tan complicados. Es imprescindible por lo tanto el unificar criterios y la OMS está trabajando mucho en este sentido.

¿Qué nos puede contar de la Cátedra FIVAN de la Universidad Politécnica de Valencia?

Este año efectivamente hemos renovado la cátedra que tenemos en la UPV (catedrafivan.upv.es). La experiencia ha sido muy positiva con los cursos de formación que organizamos en mayo y los premios que dimos a la investigación tecnológica. La implicación de los estudiantes ha sido gratificante. Para este año hemos pensado como primer objetivo profundizar en el diagnóstico por imagen. Hace ya tiempo que trabajamos con el Área de Informática Médica del Grupo BET de la UPV y necesitamos toda la información que nos puedan aportar las nuevas técnicas de neuroimagen como el PET y la Resonancia Magnética Funcional en el pronóstico de nuestros pacientes. Los resultados preliminares son muy positivos.

Otro objetivo de la cátedra para este año y que va a suponer un gran enriquecimiento para los profesionales que están relacionados con estos temas y los estudiantes en general, es el Simposium Internacional sobre Neurorehabilitación que estamos organizando para octubre de 2009 (www.neurorehabilitationvalencia.es). Tenemos previsto publicar los mejores trabajos en una revista con alto índice de impacto y becar las mejores comunicaciones y pósters que presenten los estudiantes universitarios.

¿Qué más nos puede contar de este Simposium Internacional que están orga-



SIMPOSIUM El encuentro organizado por el Servicio de Daño Cerebral es el primero de ámbito internacional.

nizando con la Cátedra Santiago Grisolia?

Hace unos meses nos reunimos en el Museo Príncipe Felipe representantes del Servicio de Daño Cerebral de Hospitales NISA, la Fundación Instituto Valenciano de Neurorehabilitación, el Instituto LabHuman de la UPV y la Cátedra Santiago Grisolia de la Ciudad de Artes y las Ciencias. Vimos la necesidad de hacer una reunión en la que juntáramos a clínicos de todas las disciplinas, forenses e ingenieros para hablar del estado actual y el futuro de la neurorehabilitación. Uno de los últimos informes de la OMS sobre Salud Pública subrayó el problema que supone el alto índice de daño cerebral adquirido y la conveniencia de una reha-

bilitación multidisciplinar desde las fases más iniciales tras un traumatismo o ictus. El objetivo de este congreso es hacer una puesta al día en el campo de la neurorehabilitación.

Queremos abarcar todos los campos relacionados, desde la ciencia básica hasta los avances tecnológicos más recientes. Para ello, hemos invitado a los expertos internacionales más reconocidos en los distintos campos implicados y han tenido la amabilidad de aceptar en cuanto les propusimos el proyecto. Este congreso va a ser un referente a nivel internacional y ya contamos con el apoyo de la International Neuropsychological Society y la World Federation for NeuroRehabilitation.



CLUB CORONARIO
En el 9 de Octubre, 90 socios acuden al Club Coronario a entrenar; todos comparten haber pasado por un infarto o un bypass coronario.

> 9 de Octubre

Rehabilitación cardíaca:

vivir sin miedo tras un infarto de miocardio

> Un aviso. Así lo viven quienes lo superan. La vida tras un infarto de miocardio puede llenarse de miedo, de preocupación ante la repetición del episodio cardiovascular. La rehabilitación cardíaca logra, no sólo recuperar la capacidad física, sino también el estado anímico que permita recuperar una vida normal.

Dirigida a quienes han padecido un infarto de miocardio y/o han pasado por una cirugía de bypass aorto-coronario, la rehabilitación cardíaca es un conjunto de actividades dirigidas a conseguir la mejor condición física, psicológica y social posible para que los pacientes se reintegren a una vida normal dentro de la comunidad, todo esto se consigue a través de ejercicios aeróbicos dirigidos de cinta y bicicleta, técnicas de relajación, etc. que, conjuntamente con hábitos saludables -dieta exenta

de grasas, abstención del tabaco, el alcohol y las cifras de glucosa, principalmente - se logra mejorar la capacidad funcional, reducir los síntomas y crear una sensación de bienestar en los pacientes.

Minimizar factores de riesgo

El especial seguimiento al que eran sometidos determinados enfermos cardiovasculares en Finlandia empujó en 1974, y tras visitar el país nórdico, al doctor Vicente Tormo a implantar un programa

de rehabilitación cardíaca en Valencia. Era la primera vez que un proyecto de estas características funcionaba en España.

Cerca del 40% de los enfermos que logran llegar al hospital vivos tras un infarto de miocardio fallece durante el primer mes, tres de cada diez lo hará en el transcurso de un año.

La rehabilitación cardíaca pretende minimizar los factores de riesgo que puedan derivar en un segundo infarto. El programa se estructura en tres fases, las dos

primeras se dispensan en el centro hospitalario al que el enfermo acude para ser atendido tras el infarto. La tercera incide en hábitos saludables que conforman un cambio importante en la rutina diaria del enfermo y, por ello, deberán conservarse de por vida.

El Club Coronario del 9 de Octubre

Desde hace veinte años, el Club Coronario del Hospital 9 de Octubre sirve de punto de encuentro de quienes han sufrido un infarto y han vivido para contarla. Dos días por semana acuden al gimnasio especialmente equipado para la rehabilitación cardíaca (RBH) en fase III. La doctora Gracia Tormo y Rosa Torregrosa, fisioterapeuta especializada en RBH, evalúan cada caso antes de diseñar un entrenamiento acorde a la historia clínica y el estado de cada paciente.

El ejercicio físico está indicado en pacientes que necesiten mejorar su capacidad frente al esfuerzo, es decir, en pacientes que han sufrido un infarto de miocardio o se han sometido a un bypass o a una angioplastia. "En realidad", admite Rosa Torregrosa, "podrían entrenar en cualquier gimnasio tras la fase II hospitalaria que es la de aprendizaje, pero aquí cuentan con un valor añadido muy importante para ellos: la seguridad". En este sentido, cabe destacar que, a la tranquilidad indiscutible de encontrarse en un centro hospitalario -con Unidad de Cuidados Intensivos, Urgencias etc.- el gimnasio del Club Coronario cuenta con desfibriladores, además de revisiones protocolizadas para cada paciente antes de comenzar el entrenamiento.

Control cardíaco exhaustivo

La configuración de cada entrenamiento pasa por el estudio detallado de la historia clínica. Cuando se incluye un paciente por primera vez, se realiza una prueba de esfuerzo a cargo del Dr. Blanch. En las sesiones rutinarias de entrenamiento, el control cardiológico es imprescindible en aras a maximizar la seguridad. "Antes de empezar", explica Rosa Torregrosa, "se toman las constantes -pulso y tensión arterial- y, en caso necesario, se hace un electrocardiograma".

Los beneficios de la RHB son, siempre y cuando vayan acompañados de hábitos higiénico saludables, indiscutibles: descenso de lípidos en sangre, mayor capacidad funcional -mejora la capacidad para el esfuerzo del corazón-, descensos notables de peso y tensión arterial, de las cifras de glucosa, mejor tolerancia al stress, y a largo plazo menos reinfartos, logrando una mejor calidad de vida. El resultado se resume en un nada desdeñable control de los factores de riesgo de la patología cardiovascular.

Principal causa de muerte

Según datos de la Federación Mundial del Corazón, las enfermedades cardiovasculares y los infartos causan 17,5 millones de muertes al año, tantas como el resultado de sumar las provocadas por el SIDA, la tuberculosis, la malaria, la diabetes, el cáncer y las patologías respiratorias crónicas.

Las enfermedades cardiovasculares producen en Europa 4,3 millones de falle-

cimientos. Aproximadamente dos millones de esas muertes se producen en los países de la Unión Europea: las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en la Unión Europea.

Los hombres son el grupo de población más afectado en España: los de regiones como Andalucía, Comunidad Valenciana, Extremadura, Baleares y Canarias presentan cifras de fallecimientos equivalentes a las naciones europeas consideradas de mayor riesgo. Tres de cada diez muertes que se producen en la población femenina española están directamente relacionadas con la salud cardiovascular.

Incomprensiblemente, pese a lo alarmante de estas cifras, y teniendo en cuenta que la RHB se ocupa exclusivamente de enfermos que ya han pasado por un infarto o por un cirugía de bypass aorto-coronario, sigue sorprendiendo que en España sólo el cinco por cien de estos pacientes se someta a un programa de rehabilitación cardíaca. La media europea es cinco veces superior.



"EL MIEDO SE VA"



Jesús García era delegado de una archiconocida multinacional automovilística alemana. En 1995 su corazón sufrió un infarto de miocardio. Tras el susto, empezó un programa de rehabilitación cardíaca y entró a formar parte del Club Coronario del Hospital 9 de Octubre, del que hace cinco años es presidente. Desde entonces, acude religiosamente dos días por semana a entrenar. Los días, pocos, en los que la pereza le tienta, "mi mujer me manda enseguida para aquí".

Trece años de esfuerzo y disciplina casi germánica para no fallar a su cita semanal con el Club Coronario sólo pueden traducirse en una cosa: la experiencia es altamente positiva. "Aquí te sientes muy arropado, el miedo que vives después del infarto se va", afirma convencido Jesús. Y es que, a los evidentes progresos físicos -muchos de los socios del club superan con creces la capacidad de esfuerzo de quienes no han sufrido un infarto- se une la mejora anímica. "La progresión que te proporciona el entrenamiento supone un importante espaldarazo psicológico". El ambiente de camaradería que se respira en el gimnasio también pone, sin duda, su granito de arena.

Prevenir y tratar la demencia desde la evidencia

El Hospital NISA Sevilla Aljarafe acogió recientemente el primer curso sobre envejecimiento cognitivo en el que destacados expertos nacionales e internacionales debatieron sobre los nuevos métodos de prevención y tratamiento basados en la evidencia.

Los expertos apuntaron que actualmente un 6,4% de españoles padecen demencia, lo que les inhabilita para poder llevar una vida independiente. La única forma de prevención activa científicamente probada es la estimulación cognitiva realizada sistemáticamente con rigor clínico bajo la supervisión de neurólogos.

En este momento, se estima que la prevalencia del Alzheimer crece exponencialmente entre los 65 y 85 años, duplicándose cada 5 años. La edad se constituye, por tanto, en el factor de riesgo más importante.



De izquierda a derecha:
Dr. Félix Viñuela y
Dr. Javier Viguera.

Asimismo, los expertos apuntan que la detección precoz es vital en cuanto a la evolución de dichas patologías, así como a la prevención activa de las mismas. De cara optimizar dicha intervención, resulta necesario combinar el tratamiento farmacológico con el tratamiento o terapia no farmacológica, siempre y cuando esta última demuestre ser eficaz desde la perspectiva de la medicina basada en la evidencia.

El curso, que estuvo coordinado por el Dr. Félix Viñuela, del Servicio de Neurología del

Hospital NISA Sevilla- Aljarafe, contó también con la participación del Dr. Javier Viguera, del servicio de neurología Hospital NISA Sevilla-Aljarafe, el Dr. Cristóbal Carnero, del Servicio de Neurología de Hospital Virgen de las Nieves de Granada y el Dr. Fco. Javier Olazarán, del Servicio de Neurología del Centro "María Wolf" de Madrid. Entre los ponentes extranjeros destacó la presencia de la Dra. Barbara Wilson, de la Universidad de Cambridge y los Dres. Jacqueline Satard y Heinz Karl Stara.

El Dr. Larrea, profesor de postgrado

El Dr. Larrea, del Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Virgen del Consuelo ha sido seleccionado por la Fundación Grupo IMO (Instituto Madrileño de Oncología) para participar como docente en el Master Internacional en Aplicaciones Avanzadas en Oncología Radioterápica. Este programa de postgrado está dirigido a especialistas en oncología radioterápica. Además de la Fundación Grupo IMO, también actúan como organizadores de este máster de postgrado la Universidad de Murcia y la Fundación para la Formación y la Investigación Sanitarias de la Región de Murcia.

Desde el Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Virgen del Consuelo el Dr. Larrea coordina distintas labores de investigación. Es, además, presidente de la Sociedad Española de Radiocirugía.

> Claves para modular el envejecimiento

El Dr. José Viña ha publicado el libro "Cuidese hoy para que no le cuidemos mañana". En él, el Dr. Viña ofrece las claves fundamentales de cómo vivir para envejecer mejor.

La alimentación, el estrés, el trabajo, el ejercicio físico, la gestión del tiempo, las relaciones interpersonales... son algunos de los puntos que aborda el Dr. Viña en su libro y que resultan determinantes para envejecer mejor y disfrutar, por tanto, de la madurez.

Desde su Cátedra de Fisiología de la Universidad de Valencia, el Dr. José Viña dirige un grupo de investigación sobre envejecimiento. Sus investigaciones se han difundido en las más prestigiosas publicaciones médico-científicas.



PRESENTACIÓN El Dr. Viña durante la presentación del libro.

Últimos avances en rinoplastia

Más de cien cirujanos plásticos se dieron cita en el Hospital NISA Sevilla-Aljarafe para asistir al I Curso Internacional de Rinoplastia. Francia, México, Turquía, Bélgica y España son algunos de los países de procedencia de los profesores invitados.

Según el doctor Miguel Luanco, cirujano plástico organizador del curso, "un curso de esta magnitud supone un gran reto, es un acontecimiento importante desde el punto de vista científico que reúne tanto a médicos residentes en formación, como a especialistas (cirujanos plásticos, otorrinolaringólogos y cirujanos maxilofaciales)".

La rinoplastia es la intervención que corrige las alteraciones estéticas y en ocasiones funcionales (respiratorias) de la nariz. Es una intervención cada vez más demandada por pacientes de ambos sexos y



Encuentro internacional El I Curso internacional de Rinoplastia reunió a expertos de todo el mundo. En la imagen, al fondo, el Dr. Luanco, cirujano plástico del Hospital Sevilla/Aljarafe y organizador del curso.

de todas las edades aunque es más frecuente entre los 18 y 30 años. Aparte de los estéticos, otros problemas como la nariz desviada o hundida y los problemas de tabique nasal, o secundarios a traumatismos,

fueron tratados durante el curso.

Además de las charlas a cargo de cirujanos plásticos de reconocido prestigio internacional, el curso contó con casos prácticos, que fueron

presentados y analizados por los profesores, para luego ser intervenidos en quirófano; las intervenciones fueron seguidas en directo por los asistentes mediante un sistema de retransmisión en circuito cerrado.

Como otras intervenciones quirúrgicas del campo de la cirugía plástica, la rinoplastia estética no se practica en el Sistema Nacional de Salud, circunstancia que complica su aprendizaje por lo que este curso ha despertado un altísimo interés por parte de los especialistas.

La nariz es el centro estético de la cara por lo cual la exigencia de un resultado satisfactorio es muy alta. Los rasgos faciales de los que forma parte la hacen peculiar y es por ello necesario individualizar el tratamiento. Conseguir la máxima excelencia en los resultados de esta intervención quirúrgica es el objetivo de este curso.

> VI Jornadas de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas y Reumatológicas

> 9 de Octubre

El Dr. Belenguer, de la Unidad de Fibromialgia del Hospital 9 de Octubre participó recientemente, como organizador y como ponente, en las VI Jornadas de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas y Reumatológicas celebradas en el Colegio de Médicos de Valencia.

Durante su ponencia, el Dr. Belenguer presentó y destacó la importancia de la clasificación de la fibromialgia en

distintos tipos. En los últimos años, el estudio de la fibromialgia, reconocida como enfermedad por la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1992, ha llevado al Dr. Belenguer a participar en infinidad de foros tanto nacionales como internacionales. Recientemente, fue premiado por uno de sus posters en el Congreso sobre Artritis y Reumatismo celebrado en San Francisco.



DOCTOR Belenguer

La seguridad en quirófano pasa por la tecnología de vanguardia

La Fundación de Perfusionistas de la Zona Sur junto a la Asociación Española de Perfusionistas (AEP) celebró recientemente en el Hospital Sevilla-Aljarafe su "1º Reunión de MIR de Cirugía Cardiovascular, MIR de anestesiología, perfusionistas y enfermeras instrumentistas", que supuso la primera reunión de formación interdisciplinaria organizada en España. El evento contó con la asistencia de distintos grupos profesionales que participan en las operaciones de cirugía cardíaca.

Durante dos días, los profesionales sanitarios de estos ámbitos debatieron en el Hospital NISA sobre el uso de las nuevas tecnologías, y con-



MANUEL RODRÍGUEZ director del hospital, intervino en la apertura de la reunión.

cluyeron que éstas tendrán un papel fundamental para ofrecer una atención de calidad y una garantía de seguridad para el paciente cardiovascular. Las charlas del primer día versaron sobre la cirugía de la

aorta abdominal, intervenciones éstas en las que el tratamiento quirúrgico, la función del perfusionista, y la cirugía urgente son los protagonistas. El segundo día estuvo dedicado a un monográfico sobre los

minicircuitos CEC y la función de cada experto sanitario.

Los perfusionistas son profesionales diplomados en Enfermería cuyo trabajo específico consiste en mantener y controlar una adecuada circulación de la sangre en aquellos pacientes intervenidos quirúrgicamente de lesiones cardiocirculatorias. En este caso, se necesita sustituir la función cardíaca y/o pulmonar, así como la puesta en marcha, el mantenimiento y el control de las Técnicas de Circulación Artificial, derivadas de un procedimiento médico-quirúrgico que requiera Circulación Extracorpórea (CEC). En dicho procedimiento toda la sangre del enfermo es derivada a un aparato que le suministra oxígeno y elimina carbónico. Una vez oxigenada la sangre, vuelve a introducirse en el paciente mediante una máquina que hace las veces de corazón.

Congreso de angiología y cirugía vascular

> Sevilla / Aljarafe

Expertos de los cinco continentes expusieron, los días 27, 28 y 29 de noviembre en el Hospital Sevilla / Aljarafe, los últimos avances y progresos en Cirugía Endovascular. Este área quirúrgica despierta especial interés dada su capacidad para reducir el riesgo quirúrgico y anestésico, al tiempo que acorta considerablemente la estancia hospitalaria

Actualmente, comenta el Dr. Sánchez Guzmán del Hospital Sevilla / Aljarafe, "gracias a los últimos avances tecnológicos, como son: la utilización de aparatos radio-



PUNTO DE REUNIÓN El Hospital Sevilla-Aljarafe reunió a reconocidos profesionales de la cirugía endovascular.

lógicos digitalizados, la ayuda de guías y catéteres cada vez más manejables, así como, la aparición de balones de dilatación, stent y endoprótesis cada vez más sofisticadas, es posible resolver importantes problemas vasculares recanalizando y dilatando lesiones obstructivas o implantando endoprótesis para aislar los aneurismas del sistema circulatorio. Todo ello, sin tener que abordar directamente la lesión, sino llegando a ella a través de punciones o realizando mínimas incisiones en vasos sanguíneos periféricos y con anestesia local o loco regional".



Leer después de los cincuenta

Entre los 20 y los 50 años, una vida saludable pasa por huir del sedentarismo y dedicar tiempo al ejercicio físico. A partir de los 55, sin embargo, a la actividad física hay que añadir, inexcusablemente, la mental; es más, ésta última cobra prioridad. Así resume el Dr. Viñuela, neurólogo del Hospital Sevilla-Aljarafe, la mejor fórmula preventiva frente a la patología degenerativa que, dada la longevidad en alza de las sociedades desarrolladas, apunta a convertirse en una auténtica plaga entre los mayores: el Alzheimer.

El Dr. Viñuela durante el I Curso Internacional de Envejecimiento Cognitivo, que él mismo presidió y se celebró en el Hospital Sevilla-Aljarafe.



NO A LA JUBILACIÓN ANTICIPADA

Tienen todo el tiempo del mundo. En una sociedad que corre demasiado y donde el tiempo ha pasado a ser un bien escaso, los jubilados son la envidia de los eternamente estresados. Para los expertos en envejecimiento cognitivo, sin embargo, la realidad es bien distinta. El parón forzoso en la actividad de alguien que, a los 65 años "está en el apogeo de su vida intelectual", afirma el Dr. Viñuela, produce una auténtica debacle cognitiva. Por eso, desde los foros de envejecimiento cognitivo, no sólo se rechaza la jubilación anticipada, sino que se incide en la necesidad de prolongar la edad laboral, sobre todo en trabajos intelectuales, en aras a preservar la calidad de vida de los mayores.

Por envejecimiento cognitivo se entiende ciertas alteraciones en las funciones cerebrales superiores, funciones que afectan a la memoria, el lenguaje, la capacidad de designar a cada cosa por su nombre, etc. Una de sus manifestaciones más crueles es el Alzheimer.

Según el Dr. Viñuelas, "no se sabe con certeza cuándo empieza uno a envejecer, lo que sí sabemos es que las demencias degenerativas, y muy especialmente el Alzheimer, guarda una relación directa con la edad". Y así, el riesgo a sufrirlas crece casi exponencialmente: entre los mayores de 65, el riesgo a padecer Alzheimer es del 6%, hasta el 25% sube entre los mayores de 85, y pasados los 90 años una de cada dos personas lo padecerá.

HÁBITOS INTELECTUALES DESDE YA

Es ley de vida, uno se hace viejo, no se puede evitar: ni el envejecimiento ni sus consecuencias se pueden parar. Es un razonamiento tan razonable como reduccionista. No se puede luchar contra el paso del tiempo, pero sí se puede volcar esfuerzos por preservar la autonomía y, por tanto, la calidad de vida, hasta edades realmente avanzadas. La explicación es bien sencilla: "toda actividad que estimule positivamente al cerebro es buena en aras a prevenir el Alzheimer u otras demencias degenerativas", afirma el Dr. Viñuelas. Distintos estudios han demostrado que la mejor forma de prevención es el desarrollo a lo largo de la madurez de hábitos intelectuales como la lectura, jugar al ajedrez, o incluso actividades más lúdicas como acudir a

conciertos de música clásica, el cine o el teatro. En este sentido, entre los entendidos cobra especial fuerza la Teoría de la Reserva Cognitiva, según la cual, aquellas personas que a lo largo de su vida han desarrollado hábitos intelectuales "con una mejor escolarización, más preparados académicamente, con más recursos cognitivos en definitiva" matiza el Dr. Viñuelas, padecerían un menor riesgo de sufrir Alzheimer.

TERAPIAS COGNITIVAS INDIVIDUALIZADAS

Es importante tener en cuenta que la estimulación intelectual no puede acabar siendo una fuente de frustraciones; es decir, la actividad por la que se apueste debe ser placentera, si no, no será útil, defiende el Dr. Viñuelas. Y así, para quien no ha leído un libro en su vida, o ha encontrado siempre soporífero el teatro, lo mejor es que, pasados los 60, "siga haciendo aquello que siempre ha sabido hacer", defiende el Dr. Viñuelas.

También se recomienda cautela en el uso de juegos electrónicos centrados en la estimulación intelectual. "No suelen estar individualizados y personalizados según las necesidades de cada persona, y eso puede acabar generando frustración". En este sentido, en los casos en los que, además de seguir desarrollando las actividades que uno ha practicado durante años, se apueste por terapias cognitivas que ayuden a estimular la capacidad intelectual, los expertos recomiendan que sea un médico neurólogo quien diseñe una terapia que responda a las necesidades de cada paciente.

NO ME GUSTA MI NARIZ

La importancia de la imagen en las sociedades desarrolladas es, para bien o para mal, incuestionable. En los últimos años, el perfeccionamiento de distintas técnicas quirúrgicas ofrece soluciones seguras y buenos resultados para quienes quieran recurrir a la cirugía plástica para mejorar su imagen. La rinoplastia, o remodelación de la nariz, es una de las intervenciones más demandadas. El doctor Luanco cirujano plástico del Hospital Sevilla Aljarafe, aclara algunos aspectos básicos sobre la intervención.



Dr. Luanco, Hospital Sevilla-Aljarafe

¿Existen narices "de moda"?

Sin duda. Últimamente, por ejemplo, nos piden mucho la nariz de dos conocidas actrices. Sin embargo, hay que dejar claro al paciente que las "narices de catálogo" no existen. Nosotros tratamos de explicar al paciente que el resultado de la intervención tiene que aportar armonía a su cara, y la verdad es que la mayoría acaban entendiéndolo.

Al hilo de su contestación, ¿es frecuente tener que intervenir otras partes de la cara para lograr ese efecto armónico que apunta?

Sí, de entrada el paciente se somete a un estudio fotográfico en el que se informa al paciente hasta dónde puede llegar la cirugía. Hay veces que tenemos que recurrir a una perfiloplastia, que consiste en acompañar la rinoplastia con un retoque del mentón, o de pómulos bien con grasa del mismo paciente, bien con implantes; hay distintas soluciones.

¿Cuál es el perfil del paciente que se somete a una rinoplastia?

Predominan las mujeres entre los 18 y los 30 años, si bien operamos todas las edades. En este sentido, son interesantes las operaciones que se engloban en la cirugía de rejuvenecimiento; con la edad, la nariz crece y se descuelga, en estos casos, lo que hacemos es subir ligeramente la punta de la nariz.

La preocupación por la imagen preocupa cada vez a más hombres...y éstos tienen fama de ser "malos" pacientes.

Sí, es cierto que también operamos muchos hombres. Y también es cierto que son los más exigentes. De cualquier forma, cuando las expectativas del paciente son tan altas que se convierten en inviables, nosotros recomendamos no intervenir.

Imagino que la recuperación, que inevitablemente es visible para todo el mundo, preocupará a muchos pacientes...

De entrada hay que decir que la intervención no duele en absoluto. El taponamiento nasal se retira al día siguiente y la escayola al 6º día, también para entonces suelen haber desaparecido los hematomas. En general a partir de los ocho o diez días no hay evidencia externa de la intervención,

El Hospital Sevilla-Aljarafe acogió recientemente el I Curso Internacional de Rinoplastia. El doctor Luanco fue el organizador de esta jornada formativa que contó con la asistencia de prestigiosos cirujanos plásticos de todo el mundo.

aunque existe una inflamación residual que no desaparece del todo hasta los seis meses, momento en que debe hacerse la valoración definitiva del resultado.

El intrusismo viene siendo una pesadilla en algunos campos de la cirugía plástica...en este sentido, ¿qué precauciones debería tener una persona a la hora de elegir el lugar en el que someterse a una rinoplastia?

Afortunadamente, este tipo de intervenciones no están afectadas de intrusismo, ya que sólo los cirujanos plásticos y algunos otorrinolaringólogos las suelen realizar. En cualquier caso, conviene cerciorarse de que el profesional es realmente un experto en este tipo de cirugía.

"ÚLTIMAMENTE, NOS PIDEN MUCHO LA NARIZ DE DOS CONOCIDAS ACTRICES. SIN EMBARGO, HAY QUE DEJAR CLARO AL PACIENTE QUE LAS "NARICES DE CATÁLOGO" NO EXISTEN...TRATAMOS DE EXPLICAR AL PACIENTE QUE EL RESULTADO DE LA INTERVENCIÓN TIENE QUE APORTAR ARMONÍA A SU CARA "



ADEQUIP: SOLUCIONES INTEGRALES HOSTELERÍA Y COLECTIVIDADES.

Hace un año nos acercábamos a estas páginas para celebrar con nuestros clientes y amigos los treinta años de la empresa ADEQUIP. Todo el equipo de personas expresaba el deseo de seguir creciendo en solvencia y profesionalidad, para ofrecer las respuestas más adecuadas a los requerimientos del mercado.

Esto significa que hoy, podemos dar una mayor oferta de servicios:

- *Departamento de proyectos: Consultoría a arquitecturas, ingenierías y usuarios. Nuevos proyectos de cocinas. Reformas integrales. Adaptación a normativas sanitarias etc.*
- *Departamento de ventas: Demostraciones de productos. Novedades en maquinaria para elaboración y cocción. Acompañamiento de las instalaciones. Asesoramiento de equipos.*
- *Departamento técnico y montajes. Dirección de obras. Acompañamiento y asesoramiento en planos e instalaciones. Esquemas de montaje de los equipos. Adaptación de muebles y fabricados especiales. Fabricación de campanas. Cálculo y montaje de equipos de extracción de humos. Conexión y puesta en marcha. Cálculo e instalación de cámaras frigoríficas. Instalación de equipos de frío de mantenimiento y conservación. Salas de manipulación y obradores. Distribución, autoservicios, etc. Maquinaria para lavado de vajillas. Etc.*
- *Departamento post-venta: Gestión de garantía de los equipos instalados con personal propio de alta cualificación técnica. Programas de mantenimiento preventivo y mantenimiento correctivo.*



Cocina industrial. Trabajo realizado por Adequip.

¿Qué ha significado para ADEQUIP, la instalación de esta cafetería?

En primer lugar una gran satisfacción. Este hospital es emblemático para Valencia, y cualquier actuación en el tiene una gran repercusión. En segundo lugar, un acicate y un ejercicio de responsabilidad. Sabíamos que el nivel de exigencia iba a ser elevado. Por ello se ha estudiado cada detalle y hemos intentado dar una solución específica a la propuesta inicial.

Creemos que el resultado ha sido satisfactorio. Hemos trabajado con un equipo de profesionales (técnicos del hospital, jefes de obra y operarios de la empresa constructora) que nos han hecho el trabajo muy fácil. Detrás de la barra, hay mucho trabajo que no se ve, pero se nota en la eficacia del servicio de hostelería y creemos que esto se ha logrado. Por ello queremos dar las gracias a todos ellos.

¿Qué soluciones aporta ADEQUIP en este tipo de instalaciones?

Pretendemos dar la máxima cobertura de servicios, sin merma de profesionalidad. En realidad nuestro trabajo comienza en el momento



Cafetería Hospital Virgen del Consuelo. Trabajo realizado por Adequip.

que el cliente decide hacer una reforma, como en este caso, o realizar un nuevo proyecto. Desde este momento le asesoramos, teniendo en cuenta los criterios técnicos de los equipos, estudiamos la trazabilidad de la línea de la cocina y a partir de aquí, elaboramos un proyecto que ofrecemos al cliente.

Nuestra oferta de servicio es amplia ya que si el proyecto se acepta, tenemos desde los sistemas de almacenaje; montaje de cámaras de frío y equipos frigoríficos; cocinas industriales, hornos, marmitas, freidoras, etc. También instalamos todo el equipamiento para la elaboración del producto; mesas frías y neutras, mesas de fabricación a medida, campanas y equipos de extracción, salas de manipulación de alimentos, cubas de friegue etc.

El alimento elaborado hay que mantenerlo y servirlo en óptimas condiciones. Por eso hacen instalar carros de mantenimiento de calor, de frío, mesas calientes, líneas de autoservicios con cubas de mantenimiento, carros de distribución y recogida de alimentos etc.

Terminado el servicio, es preciso la limpieza e higienización de vajilla, por ello suministramos e instalamos lavavajillas industriales, desde un pequeño lava-vasos hasta túneles de lavado de gran capacidad.

Los residuos también merecen un capítulo especial, ya que hay que mantenerlos aislados y a una temperatura adecuada para evitar contaminaciones.

Además instalamos equipos para el lavado de textil, ropa laboral, mantelerías y ropa en general.

Después de la instalación es necesario mantenerla en estado óptimo. Por ello cada vez más, estamos potenciando nuestro departamento de servicio técnico, ofreciendo programas de mantenimiento preventivo y correctivo. Estamos convencidos que un buen mantenimiento supone un ahorro considerable en averías y además es una garantía para la duración de las máquinas.

Como ves hacer un buen menú es algo más que poner condimentos en el fuego.

Hospital Virgen del Consuelo
Callosa de Ensarriá, 12
46007 Valencia (España)
Tel. (34) 96 317 78 00 / Fax. (34) 96 317 78 70
Consultas externas: 96 317 40 00
cvconsuelo@hospitales.nisa.es

Hospital 9 de Octubre
Valle de la Ballestera, 59
46015 Valencia (España)
Tel. (34) 96 317 91 00 / Fax. (34) 96 346 00 33
Consultas externas: 96 317 92 00
9octubre@hospitales.nisa.es

Hospital Valencia al Mar
Río Tajo, 1
46007 Valencia (España)
Tel. (34) 96 335 25 00 / Fax. (34) 96 335 25 01
Consultas externas: 96 335 25 15
mar@hospitales.nisa.es

Hospital Aguas Vivas
Urb. Aguas Vivas, s/n
Ctera. Alzira-Tabernes de V.
CV-50, Km.11
La Barraca de Aguas Vivas
46740 Carcaixent (Valencia, España)
Tel. (34) 96 258 88 00 / Fax. (34) 96 297 50 16
Consultas externas: 96 258 88 00
hav@hospitales.nisa.es

Hospital Rey Don Jaime
Santa María Rosa Molas, 25
12004 Castellón (España)
Tel. (34) 964 72 60 00 / Fax. (34) 964 22 80 00
Consultas externas: 96 472 60 21
reydjaime@hospitales.nisa.es

Hospital Pardo de Aravaca
La Salle, 12
28023 Madrid (España)
Tel. (34) 91 512 90 00 / Fax. (34) 91 307 95 10
Consultas externas: 91 512 90 26
aravaca@hospitales.nisa.es

Hospital Sevilla-Aljarafe
Centro Residencial Hispalis
Plácido Fernández Viagas, s/n
41950 Castilleja de la Cuesta
Sevilla (España)
Tel. (34) 954 46 40 00 / Fax. (34) 954 16 15 03
Consultas externas: 95 446 40 60
sevillaaljarafe@hospitales.nisa.es

Fundación Grupo Hospitales NISA
Valle de la Ballestera 59
46015 Valencia (España)
Tel.(+34) 963 179 100 / Fax (+34) 963 166 615
Extensión 15422
Info@Fundacion-Nisa.Org



HOSPITALES NISA

www.hospitales.nisa.es