

CARTERA DE SERVICIOS

Consultas Externas

Alergología
A.T.M.
Cardiología
Cirugía Cardiovascular
Cirugía General y Digestivo
Cirugía Oral y Maxilofacial
Cirugía Plástica y Reparadora
Cirugía Vascul ar / Angiología
Dermatología
Digestivo
Endocrino
Fotodepilación
Ginecología y Obstetricia
Hematología Clínica
Lab. Vascul ar
Logopedia y Foniatría
Medicina Interna
Medicina familiar (Unidad Lípidos)

Neumología
Neurocirugía
Neurofisiología
Neurología
Oftalmología
Optometría y Rehab. Visual
Otorrinolaringología
Pediatría
Psicoterapia Estratégica
Psiquiatría
Rehabilitación
Reumatología
Traumatología
Unidad de la Mano
Unidad del Dolor
Urología

Unidades especiales

Cirugía Cardíaca (Urgencias 24h)
Hemodinámica Diag. y Terapéutica (Urgencias 24h)
Neurorradiología Intervencionista
TAC
Unidad de Estética
Unidad de la Mama
Unidad de Lípidos
Unidad de Medicina deportiva
Unidad de Resonancia Magnética Nuclear
Unidad del Corazón
Unidad del Dolor
Unidad Oral y Máxilofacial
Vitrectom o / Facioemulsión

Hospitalización

Laboratorio de Análisis Clínicos
Medicina Nuclear
Radiodiagnóstico
Urgencias 24 h.
Urgencias Pediátricas

Aseguradoras y Mutuas

ACTIVA MUTUA 2008 - AEGON ESPAÑA S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS - AGF UNIÓN - FENIX SEGUROS RA SEGUROS, S. A. - AGRUP. SANITARIA SEGUROS S. A. - ALLIANZ RAS SEGUROS Y REASEG. S. A. - AMERICAN ASSIST TRAVEL SERVICES INC. ANTARES - ARESA SEGUROS GENERALES S. A. - ASEFA, S.A. SEGUROS Y REASEGUROS - ASESORAMIENTO MEDICO SIGLO XXI, S. L. - ASSA SEGUROS - AXA WINTERTHUR SALUD - CASER SALUD - CATALANA OCCIDENTE SEGUROS, S. A. - CATALANA OCCIDENTE, S. A - CIGNA, S. A. - CLINICA CISNE SEGUROS, S. A. - DKV SEGUROS - EGARSAT FREMAP M.A.T. - GENERALI SEGUROS - GROUPAMA SEGUROS - GRUPO VITALICIO HERMANDAD NACIONAL DE ARQUITECTOS - HNA SERVICIOS CORPORATIVOS - IBERMUTUAMUR MATEP SS Nº 274 - INTERNACIONAL SOS ASSISTANCE UK - LA CATALANA OCCIDENTE, S. A. - MAPFRE FAMILIAR COMPAÑÍA DE SEG. Y REASEGUROS S. A. - MAZ MADRID - MC MUTUAL MIDAT CYCLOPS - MEDIFIATC - MONDIAL ASSISTANCE MUTUA GALLEGA DE A. T. - MUTUA GENERAL DE SEGUROS - MUTUA INTERCOMARCAL - MUTUA MAZ - MUTUA UNIVERSAL MUGENAT M.A.T.E.P.S.S. Nº 10 - MUTUALIDAD GEN. FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO - NECSO ENTRECANALES CUBIERTAS,S.A. - OCASO S.A. CIA DE SEGUROS Y REAS. - REALE AUTOS Y SEG. GRALES, S.A. - REALIANCE NATIONAL INSURANCE - RENFE OPERADORA - SANITAS, S.A. - SEGUROS GES - SERSANET RED DE SERVICIOS SANITARIOS - SOLIMAT - SOS ASSISTANCE ESPAÑA S.A. -SOS INTERNACIONAL - UMIVALE UNION DE MUTUAS M.AT.EP.SS. Nº267 - UVAME - VIDACAIXA ADESLAS, S.A. DE SEGUROS GEN. Y REASEGUROS - VITALICIO SALUD - ZURICH ESPAÑA CIA. SEG. Y REASE., S. A. - ZURICH CIA. DE SEGUROS

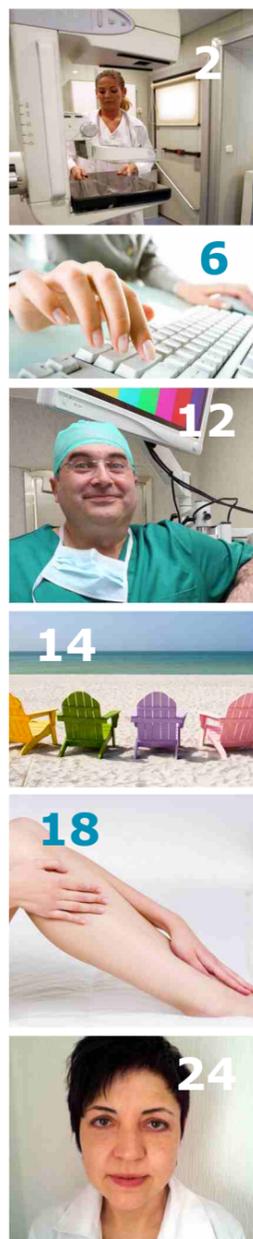


Pide cita médica online en
www.idcsalud.es

 **902 02 03 22** información y citaciones

IDCsalud Hospital Albacete
consigue resultados
de récord en el
programa de
detección precoz de
Cáncer de mama

RESULTADOS DE EXTRAORDINARIO CALADO Y NUEVAS DOTACIONES TECNOLÓGICAS PARA ESTE AÑO



impulsA

La Revista del Hospital de Albacete

Sumario

- 1. Editorial
- 2 - 5. Programa **DETECCIÓN CÁNCER DE MAMA**
- 6 - 9. Satisfacción de la **ATENCIÓN A LOS PACIENTES**
- 10 - 11. Agradecimientos
- 12 - 13. Rotura de **LIGAMENTOS CRUZADOS** de rodilla
- 14 - 17. La **PSORIASIS**, grandes novedades en una vieja conocida
- 18 - 23. La **ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA**: un problema circulatorio
- 24 - 25. Servicio de **DOCUMENTACIÓN**

IMPULSA, la Revista del Hospital de Albacete

Coordinación y Realización: DTR Comunicaciones

Comité editorial: Luis Villazón, Jesús Martínez Cañavate, Luisa Navarro, Eva Gómez García, Julio Fernández Llamazares, José Sánchez Robles.

Diseño y Maquetación: Departamento Corporativo de Comunicación, Susana Vila, Javier Abellán

Fotografía: José Miguel Esparcia

Impresión: Fundación Asla

Depósito legal AB-151-2013

Hemos cumplido un año de desarrollo del programa de detección precoz de cáncer de mama en la provincia de Albacete, que promueve y pone en marcha la consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Comunidades. Con rigor y esfuerzo, con la tecnología más avanzada, hemos querido cumplir al detalle cada uno de los parámetros que se plantearon en el desarrollo de este programa. Nuestra dinámica de trabajo no ha sido otra que llevar a cabo un plan de prevención y diagnóstico previsto en el protocolo de actuación diseñado por el gobierno regional tan esencial para las mujeres ante una patología que les afecta directamente y que supone la causa de muerte más frecuente en los países desarrollados.

Con satisfacción, podemos destacar la excelente participación que hemos tenido en la capital y en la provincia, pues se ha logrado un porcentaje de asistencia de las mujeres de casi un 85% de la población diana, hasta ahora históricamente el mejor resultado logrado. Un total de 22.627 mujeres han pasado por nuestro centro hospitalario o en la unidad móvil, por lo que debemos valorar muy positivamente la respuesta de la población a los cambios que este año hemos introducido. Los datos nos animan, no obstante, a seguir mejorando en el desarrollo de este programa a lo largo de este año.

También queremos subrayar que en el mes de marzo se realizará en IDC salud Hospital Albacete la cirugía cardíaca número cinco mil, hecho que pone de manifiesto la consolidación de una unidad vital y exclusiva en la sanidad albaceteña y regional. El camino no ha sido fácil, no lo está siendo, pero es de justicia valorar los resultados de los profesionales de esta unidad que pusimos en marcha hace dieciséis años.

No queremos quedarnos sólo en estos números, la valoración que destacamos es la potencialidad de este servicio y las miles de vidas que ha salvado a los ciudadanos de Albacete, ya sea con intervenciones de forma programada o las que se han hecho de carácter urgente que fue, es y será nuestro compromiso adquirido. Vamos a conmemorar esta cifra con una jornada científica en la Facultad de Medicina el próximo mes de mayo en la que junto a destacados profesionales a nivel mundial de esta especialidad compartiremos ciencia e información con otros de nuestros principales aliados los cardiólogos de los hospitales públicos de Castilla-La Mancha con los que nos sentimos honrados de colaborar en su tarea cotidiana sanitaria.

Incorporamos más profesionales a nuestro amplio equipo de prestigiosos especialistas, ampliaremos nuestra dotación tecnológica con nuevos y más avanzados equipos de diagnóstico de última generación y sobre todo nos interesa conocer el grado de satisfacción de nuestros pacientes cuando han necesitado de nuestros servicios, poniendo en marcha una novedosa metodología para ello. Seguimos de esta forma potenciando nuestro compromiso con la sanidad castellano-manchega tanto pública como privada, con la salud de los albaceteños que es a los que nos debemos en forma y fondo todos los días.



Luis Villazón.
Gerente de idcsalud Hospital Albacete

P D P C M

IDCsalud desarrolla el Programa de detección precoz de Cáncer de mama en Albacete



IDCsalud Hospital Albacete consigue resultados de récord en el desarrollo del programa de Detección precoz del cáncer de mama promovido por la Junta de Comunidades.

El Gobierno de Castilla-La Mancha a través de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales desarrolla el "Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama" (PDPCM) en nuestra región. Se ha cumplido un año desde que IDCsalud Hospital Albacete se encarga de realizar en la provincia este programa de la Junta de Comunidades al resultar adjudicataria en el proceso de licitación convocado. Y tras este año, ya se tienen los primeros resultados del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en la provincia de Albacete que son muy satisfactorios, habiéndose obtenido importantes logros.

"El año 2013 fue de cambios, pues IDCsalud Hospital Albacete se hizo cargo del programa para el que se le presentaba el gran reto de mantener las coberturas obtenidas por la AECC en los veinte años que estuvo realizando esta campaña, así como por las importantes mejoras técnicas que se adoptaron por la dirección de IDCsalud, especialmente centradas en el uso de tecnologías digitalizadas.



El 82% de las mujeres de la capital asistió a este programa de detección, lo que supone un incremento del 6,5% respecto a otros años y 11.062 en la provincia a través de la Unidad Móvil un 2% de aumento respecto a otros años

Destacamos sobre todo la excelente participación que hemos obtenido en Albacete capital, donde se ha alcanzado un porcentaje de asistencia del 81,82%, lo que supone un incremento del 6,5% respecto a años anteriores, cifra que es récord desde que comenzó esta campaña allá por el año 1992.

También destacamos un incremento muy significativo en el resto de la provincia en un 2%, que lo sitúa en un 83% de asistencia, siendo históricamente el mejor resultado obtenido.

La compleja digitalización y actualización que ha tenido nuestra Unidad Móvil ha sido especialmente destacada y muy bien recibida por las usuarias del programa.

Estas coberturas son realmente excepcionales, por lo que debemos valorar muy positivamente la respuesta de la población a los cambios introducidos este año por IDCsalud Hospital Albacete", aseguró César Gualda, coordinador del Programa de Detección Precoz del Cáncer de mama de IDCsalud Hospital Albacete.

Este aumento importantísimo del número de mujeres que han utilizado el programa establecido por la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha se ha debido a múltiples factores, pues además de las citaciones por correo, en IDCsalud Hospital Albacete también se ha utilizado la vía telefónica y mensajes SMS para confirmar la asistencia, aclarar dudas, cambiar citas, etc., intentando mejorar los porcentajes de cobertura que ya había logrado la Asociación Española Contra el Cáncer.



Según los datos existentes en la zona urbana de la provincia desde el mes de enero a diciembre del pasado año se citaron a 14.789 mujeres asistiendo a realizarse las pruebas 11.205, (81,82%), mientras que en la zona rural de la provincia el número de citas fue de 14.104 y la asistencia 11.062 mujeres (83,01%). De esta manera, el número total de citas fue 28.893, la asistencia 22.267, lo que supone el porcentaje récord comentado del 82,41%.

La mejora y compleja digitalización y la optimización en la forma de citación han sido claves para este aumento espectacular en 2013

El cáncer de mama es una enfermedad que se puede prevenir y tratar adecuadamente si se diagnostica de forma precoz. Para ello, desde IDCsalud Hospital Albacete se realiza el PDPCM a todas las mujeres con edades comprendidas entre 45 y 70 años que residen en la provincia la posibilidad de hacerse una mamografía periódicamente y de forma gratuita. Las mamografías de este programa se realizan mediante técnicas avanzadas con la supervisión profesional de expertos radiólogos. IDCsalud Hospital Albacete cuenta con una amplia experiencia en el desarrollo de este programa en otras provincias y poblaciones de la región como son Ciudad Real, Talavera y Guadalajara con una aceptación sobresaliente por las mujeres que se someten a este cribado.

De esta manera, las pruebas diagnósticas comprendidas en este programa de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales se realizaron por IDCsalud Hospital Albacete, situado en Plaza del Madroño, 11 -02006-Albacete y también mediante la visita de una Unidad Móvil que recorre todos los municipios de la provincia, como se había establecido en etapas anteriores de desarrollo de este programa.

Siguiendo con el planteamiento de actuación, cada mujer fue citada en la forma y tiempo habitual que venía desarrollándose anteriormente, ampliándose el horario. La mamografía es una técnica que consiste en la realización de una radiografía de cada mama. Es un método sencillo que apenas produce molestias. Siguiendo el protocolo del PDPCM de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, si una mujer ha notado la aparición de algún signo mamario (bultos, secreciones, retracción o engrosamiento de pezón o la areola mamaria, aumento de tamaño o dolor no relacionado con la menstruación, etc.) deberá anular esta cita, llamando al teléfono 967 190 410 y acudir a su médico de cabecera lo antes posible para realizar pruebas diagnósticas más específicas.

La detección precoz del cáncer de mama constituye el medio más eficaz y seguro para disminuir la mortalidad por esta causa tal y como está aceptado por la comunidad científica. Esta patología es la primera causa de cáncer en la mujer, representando el 30% de todos los tumores malignos que afectan a este sexo. Supone la causa de muerte más frecuente entre las mujeres de países desarrollados.



César Gualda, coordinador del programa de Detección Precoz de Cáncer de mama de IDCsalud Hospital Albacete.

PDPCM

Durante el pasado año, un total de 22.267 mujeres de la provincia de Albacete pasaron por este Programa de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.

Se tiene evidencia científica de que su detección precoz mediante mamografía permite encontrar lesiones cancerosas precoces, menos agresivas que las que se encuentran cuando ya hay síntomas y se ha demostrado que estas lesiones precoces permiten su tratamiento con mayor porcentaje de éxitos, con lo que se logra disminuir la mortalidad por esta enfermedad.

El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Castilla-La Mancha es una actividad compleja que requiere de la disposición y coordinación de recursos humanos especializados, recursos materiales más avanzada y aceptada científicamente para llevar a cabo la detección precoz. IDCsalud Hospital Albacete dispone de ellos ofertando todos los requisitos de calidad que garantizan el cumplimiento de los objetivos de este Programa de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales con el mínimo de riesgo para la población participante. Los protocolos de actuación consensuados por la comunidad científica establecen criterios de clasificación clínica en función de la lectura radiológica que hacen compleja la ejecución del programa de cribado establecido. Esta circunstancia motiva la necesidad de implementar diferentes pautas de citación, exploración y técnicas a utilizar en virtud de cada protocolo que IDCsalud Hospital Albacete ofrece una vez que la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales a través de la Dirección General de Salud Pública, Drogodependencias y Consumo dio el visto bueno para que el citado hospital albaceteño (antiguo Recoletas y Capiro) tras ganar el concurso público asumiera el compro-

miso de gestionar y prestar el servicio de cribado a todas las mujeres residentes en la provincia con edades comprendidas entre 45 y 70 años, garantizando la adecuación a los criterios y protocolos de actuación consensuados. Las posibilidades de curación de los cánceres de mama que se detectan en su etapa inicial (in situ) son prácticamente del 100%. Se ha podido demostrar que, gracias a la realización de campañas de diagnóstico precoz de cáncer de mama, la mortalidad por esta enfermedad ha disminuido de una forma significativa, al menos cuando se realiza en la edad de mayor incidencia (por encima de los 50 años).

La técnica utilizada y mundialmente aceptada es la mamografía, que consiste en una radiografía de las mamas capaz de detectar lesiones en estadios muy incipientes de la enfermedad. La mamografía permite detectar lesiones en la mama hasta dos años antes de que sean palpables y cuando aún no han invadido en profundidad ni se han diseminado a los ganglios ni a otros órganos.

Cuando el tumor se detecta en estas etapas precoces es posible aplicar tratamientos menos agresivos, que dejan menos secuelas físicas y psicológicas en la mujer. La dosis de radiación empleada en la mamografía es mínima, por lo que resulta inofensiva. Otros métodos complementarios a la mamografía es la exploración física, realizada periódicamente por el médico o por la propia mujer. Sin embargo, este método no permite diagnosticar tumores pequeños, que sí serían diagnosticados con una mamografía. Se estima que la mamografía permite detectar el 90% de los tumores y el examen físico solamente un 50%.

Atención al Paciente

Se facilitará a nuestros pacientes la posibilidad de hacernos llegar su opinión mediante distintas formas: llamada telefónica, por mail, en puntos ipad del centro y mediante códigos QR

IDCsalud Hospital Albacete pone en marcha una novedosa metodología para conocer la Satisfacción de la Atención de sus Pacientes

En IDCsalud Hospital Albacete nos importa mucho la opinión de nuestros pacientes, es por esto que agradecemos cualquier tipo de aportación, porque nos ayuda a conocer nuestras deficiencias y sus necesidades y emprender así acciones de mejora de manera adecuada.

Para conocer la satisfacción de nuestros usuarios venimos realizando desde el inicio de nuestra actividad, encuestas de satisfacción a nuestros pacientes.

Con el paso del tiempo, hemos utilizado varias modalidades; mediante cuestionarios anónimos en las distintas zonas de la clínica, mediante llamada telefónica, con buzón de sugerencias... En 2006 implantamos un nuevo formato de medición de satisfacción. La empresa encargada fue FBA Consulting y se realizaba mediante envío a domicilio de carta franqueada para que el usuario des-

de su casa pudiera cumplimentar y hacernos llegar de manera anónima y voluntaria, un detallado cuestionario referente al servicio y a la asistencia recibida.

FBA Consulting tabulaba y analizaba la información, elaborando informes para todos los Centros del entonces denominado Grupo Capiro, permitiendo una comparativa entre Centros del Grupo y con otros Hospitales, facilitando el camino hacia la excelencia y ofreciéndonos la información necesaria para poder emprender grandes cambios y corregir pequeños detalles que sin la ayuda y sinceridad de nuestros pacientes quizás no habríamos sido capaces de percibir.

Las acciones emprendidas han ido mejorando el bienestar de nuestros pacientes y de sus familiares y la calidad de la asistencia que reciben en IDCsalud Hospital Albacete.

Este año, hemos querido mejorar la información recibida, facilitar el acceso a los usuarios para que puedan hacer sus aportaciones, y poder contactar con ellos para agradecer su colaboración, pedirles su opinión, facilitarles información o poder pedirles disculpas si en algún caso no hemos sabido atender sus necesidades de la manera más adecuada.

Queremos agradecer su confianza y ser el Centro que elijan para ser atendidos, para ello necesitamos que nos digan qué valoran como positivo y qué aspectos podemos mejorar.

Hemos implantado a nivel corporativo el método NPS (Net Promotor Score).

En IDCsalud Hospital Albacete comenzamos la puesta en marcha a finales de 2013, para comenzar 2014 trabajando a disposición de nuestros usuarios con esta nueva aplicación.



Los resultados obtenidos en Albacete son muy satisfactorios pues un porcentaje muy alto de Pacientes han dado a la atención recibida una puntuación de 9 o 10

Atención al Paciente

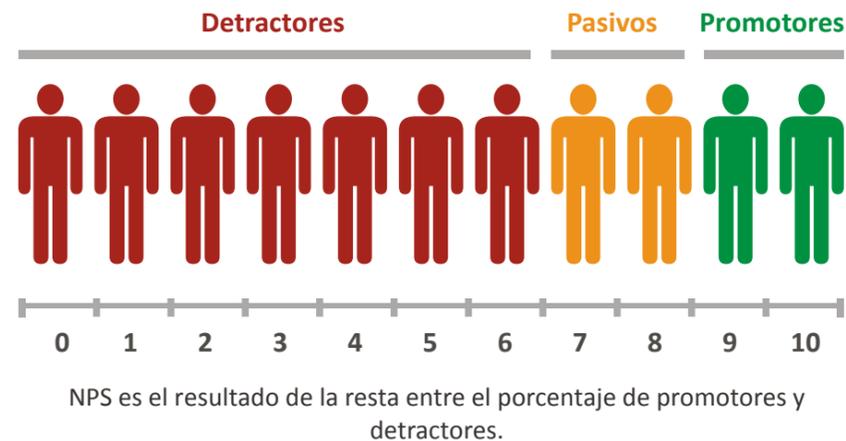
Se trata de una nueva metodología, utilizada a nivel internacional en varios sectores empresariales preocupados por las necesidades de sus clientes (banca, turismo, distribución, seguros, hostelería...) y que IDCsalud, líder en asistencia sanitaria pone en marcha en España en el área de la sanidad.

Se hará una sola pregunta ¿En caso de necesidad, recomendaría usted IDCsalud Hospital Albacete? (Puntuación de 0 no lo recomendaría nunca a 10 lo recomendaría siempre). Clasificaremos: de 0 a 6 DETRACTORES, 7 Y 8 PASIVOS, 9 y 10 PROMOTORES. A detractores, pasivos y a promotores se les preguntara ¿Por qué causa? Para conocer su opinión.

NPS Net Promotor Score

El NPS no es una encuesta de satisfacción.

Es una métrica para medir hasta que punto el grupo hospitalario genera confianza a sus pacientes y, por lo tanto, nos recomendarán. Es un modelo de Gestión.



A 31 de enero de 2014 el valor NPS de IDCsalud Hospital Albacete es 61,2%, un excelente resultado, ya que el 65,4% de las personas que responden han puntuado con 9 o 10 la asistencia recibida en nuestro hospital.



Isabel Bañol e Isabel Martínez, responsables de la Unidad de Atención al paciente de IDCsalud Hospital Albacete

A 31 de Enero de 2014, el valor NPS de IDCsalud Hospital Albacete es 61.2%, entendemos que se trata de un excelente resultado, ya que el 65.42% de las personas que responden ha puntuado 9 o 10, por lo cual están muy satisfechos con la asistencia, les consideramos promotores. Solamente el 4.21% de encuestados manifiesta una satisfacción menor o igual a 6, son detractores.

El 30.37% de respuestas dan una valoración de 7 - 8, considerándoles pasivos.

Saber estos porcentajes es importante, pero lo que realmente nos resulta útil es que este sistema nos da la posibilidad de contactar con los usuarios para poder comentar con ellos de manera personalizada el porqué de su valoración, conocer sus necesidades, que les gustaría mejorar, como lo tenemos que hacer para que se sientan bien atendidos. Es una gran fuente de información y una vía para estrechar vínculos entre nuestros pacientes y los profesionales que en IDCsalud desempeñan sus funciones.

Hace tiempo que emprendimos el proyecto corporativo Trato & Tratamiento, que pone el foco de atención en el paciente. Siempre tenemos presente que las personas a las que nos dirigimos son pacientes, familiares o acompañantes que buscan mejorar su salud y están en un entorno desconocido y viviendo un momento complicado, lo que requiere toda nuestra atención y el mejor trato. Contamos con los mejores profesionales, la última tecnología y buen trato, nos ponemos a disposición de nuestros usuarios para que IDCsalud Hospital Albacete sea el Centro Sanitario que elijan para su atención, para que puedan acudir cuando sea necesario con seguridad y confianza.



Agradecimiento a IDCsalud Hospital Albacete porque me salvaron la vida

Soy un jubilado de 73 años de edad que vivo en Villarrobledo que tras muchos años al volante de un camión, que fue mi profesión, he pasado por un trance en mi vida muy complicado. El motivo de rogarle que publique esta carta es para mostrar el agradecimiento personal y el de mi familia, mi esposa, Remedios Rosa y mis hijas Encarnación, Mariana y Remedios por el trato que me han dispensando durante mi estancia en IDCsalud Hospital Albacete durante ocho días, en los que gracias a la capacidad profesional del cirujano cardíaco, el doctor Sergio Beltrame y el equipo al completo de quirófano me salvaron la vida.

Mi caso se debió a un cúmulo de circunstancias que comenzaron por un problema cardíaco que me diagnosticaron en el hospital de Villarrobledo, donde estuve ingresado en el mes de noviembre. Me debieron trasladar al Hospital General de Albacete para hacerme un cateterismo el día veinte de noviembre. Esta operación se complicó por contratiempos de la intervención, lo que me produjo una parada cardíaca. Tuve que ser inmediatamente trasladado a IDCsalud Hospital Albacete en estado muy crítico por el problema surgido, que necesitaba de una intervención quirúrgica urgentísima, hecho que se produjo a la media hora desde que me surgiera el problema. Fui trasladado al Hospital donde me operaron (Recoletas-Capio) en una UVI móvil y rápidamente intervenido quirúrgicamente con un resultado satisfactorio y magnífico, pues a los ocho días fui dado de alta.

El doctor Beltrame junto a todo el equipo realizó una operación de gran envergadura y excelente, según el estado que estoy y desde el primer momento hasta las revisiones que he pasado con él, su trato al igual que el de todos los profesionales de este centro sanitario, (enfermeras de UVI y planta, auxiliares, personal administrativo como Cari realmente magnífico y con una humanidad y cercanía que quiero destacar. No quiero olvidar tampoco nuestro agradecimiento al director/gerente, don Luis Villazón por el trato y la amabilidad que ha tenido conmigo y mi familia durante mi estancia. Es algo que en justicia quiero destacar para que lo conozca la sociedad de Albacete y su provincia y sobre todo valorar que en IDCsalud Hospital Albacete haya un servicio de estas características del más alto nivel profesional y humano que salva vidas en momentos muy desesperados.

Por todo ello, mi agradecimiento más sincero, porque realmente si estoy vivo es por ellos, por este centro sanitario de máximo nivel y por la profesionalidad de sus médicos y enfermeros. De no haber estado el servicio de Cirugía Cardíaca de IDCsalud Hospital Albacete casos tan graves como el mío no se hubieran podido resolver. Mi emocionada gratitud y mi reconocimiento y la de mi familia al equipo de cirujanos, al doctor Beltramé y enfermeros y a IDCsalud Hospital Albacete.

Villarrobledo, 2 de Diciembre de 2013.

Firmado. Juan José Notario López.

Calle Cerro, 29 -02600- Villarrobledo (Albacete). Teléfono: 609 83 24 50



Actualmente, la Organización Cisneros tiene intereses en más de 30 compañías que brindan servicios a millones de clientes en más de 90 países.

Las operaciones incluyen desde transmisión y producción de televisión y telecomunicaciones hasta desarrollos turísticos.



A través de sus diversos negocios y sociedades de categoría mundial, la Organización Cisneros ofrece unas de las marcas más reconocidas y servicios de la más alta calidad a los 550 millones de consumidores de habla hispana y portuguesa en las Américas y Europa. Algunas de sus principales empresas son: Venevisión, la principal cadena privada de televisión de Venezuela, Venevisión Internacional, una empresa global de entretenimiento en español, y Venevisión Productions, una empresa proveedora de telenovelas premium para audiencias de Norteamérica y del resto del mundo.

LAS GRACIAS DE LA FAMILIA CISNEROS

Patricia Phelps, esposa del empresario Gustavo Cisneros fue atendida en nuestro centro de las lesiones producidas en un accidente fortuito durante su estancia en una conocida finca de la Sierra de Albacete

IDCsalud Hospital Albacete ha recibido la felicitación del empresario venezolano, Gustavo Cisneros y su familia tras la atención que se le ofreció en nuestro centro sanitario a Patricia Phelps la esposa de este reconocido empresario como consecuencia de un accidente fortuito que sufrió durante su estancia en una conocida finca de la sierra albaceteña, hasta donde se habían desplazado para participar en varias jornadas cinegéticas.

Patricia Phelps sufrió una herida en una mano que fue atendida por el doctor Flores y la doctora Consuelo Serna

La doctora Serna y el doctor Flores realizaron una intervención quirúrgica de máxima precisión en la mano izquierda de la paciente, solucionándose el problema de forma satisfactoria como se comprobó en la evolución de la paciente que visitó en varias ocasiones las consultas de estos especialistas hasta que fue dada de alta y pudo regresar a su ciudad de residencia en EEUU.

Gustavo Cisneros firmó en el libro de honor de IDCsalud Hospital Albacete en presencia del director/gerente Luis Villazón y dejó el siguiente texto de reconocimiento hacia el trato recibido y la capacidad profesional de los doctores: *"A los grandes profesionales médicos de IDCsalud Hospital Albacete, un hospital de primerísima categoría mundial. Paty (la paciente) y yo el marido estamos muy felices por su atención"*.

Firmado Gustavo Cisneros.

Agradecemos estas palabras de un empresario con mayor presencia en el mundo en las áreas de medios de comunicación, entretenimiento, telecomunicaciones y productos de consumo.

Rotura de **Ligamentos Cruzados** de la rodilla



IDCsalud Hospital Albacete utiliza las técnicas quirúrgicas más novedosas para resolver esta lesión que se produce sobre todo en actividades deportivas de fútbol, baloncesto, esquí y últimamente pádel

Una de las lesiones más frecuentes en el mundo del deporte, y de las más graves, es la rotura de los ligamentos cruzados de la rodilla, más común el ligamento cruzado anterior (LCA). Los deportes más frecuentes en los que se lesiona este ligamento son el fútbol, baloncesto, esquí y últimamente un deporte muy de moda como el pádel. Es muy normal oír que algún deportista se ha roto 'los cruzados', pero realmente sabemos qué es.

El doctor Jesús Castroverde que realiza frecuentes intervenciones quirúrgicas en IDCsalud Hospital Albacete expone las circunstancias de esta lesión y su resolución, sobre todo quirúrgica utilizando las técnicas más novedosas en los quirófanos de IDCsalud Hospital Albacete.

Doctor Castroverde:

"Una de las lesiones más frecuentes del deportista es la rotura de ligamentos cruzados de la rodilla"

¿Qué es el ligamento cruzado anterior?

El ligamento cruzado anterior se sitúa en el interior entre el fémur y la tibia en sentido oblicuo formando una X con el ligamento cruzado posterior. Es el freno principal (90%) al desplazamiento anterior de la tibia,

limita la rotación tibial y la angulación externa e interna de la rodilla cuando está completamente estirada. De los cuatro ligamentos más importantes de la rodilla, el ligamento cruzado anterior es el que se lesiona con mayor frecuencia.

¿Cuál es el mecanismo lesional?

Las lesiones de LCA se producen generalmente tras un salto con mal apoyo durante la caída o frenos bruscos con giro de rodilla.

¿Qué síntomas produce su rotura?

La rotura del ligamento ocasiona dolor, crujido que puede oír el paciente y una hinchazón muy rápida de la rodilla por la sangre asociada a la rotura del ligamento que llamamos hemartros.

¿Cicatriz por sí sólo el LCA?

El LCA es un ligamento cordonal que no cicatriza espontáneamente, por lo que tiene que ser sustituido por tendones (plastias) que suplirán su función.

¿Cómo se diagnostica la rotura?

Generalmente es suficiente la exploración clínica de la rodilla comprobando un desplazamiento anterior anormal de la tibia sobre el fémur, pero se suele solicitar una Resonancia Magnética (RMN) para valorar lesiones asociadas (meniscos, cartílagos....) y confirmar la rotura.



El Doctor Castroverde con integrantes de su equipo y personal de enfermería en el quirófano de IDCsalud Hospital Albacete.

¿Se opera o no se opera un LCA roto?

Operar o no operar un LCA roto depende de muchas variantes. Los principales factores que se tienen en cuenta para operar son la edad del paciente, la actividad física que va a practicar y si hay lesiones asociadas. Un paciente joven probablemente acabará pasando por quirófano para poder volver a la vida normal, pero una persona con cierta edad sedentaria, seguramente se lo va a pensar dos veces, puesto que su vida diaria no comportará excesivo sufrimiento de este ligamento. Por otro lado será vital operar o no dependiendo de la actividad física del lesionado, ya que si tiene una actividad física frecuente tendrá que pasar por quirófano casi sin remedio, porque si no tendrá una inestabilidad de rodilla constante con riesgo de agravar la lesión. Otro factor importante son las lesiones asociadas. Aunque es verdad que en ocasiones sólo se rompe el LCA, también es frecuente tener asociada una rotura de menisco o de algún otro ligamento interno o externo. En ese caso también acabará en quirófano para po-

der estabilizar de nuevo la rodilla lesionada.

¿Qué ocurre si no se repara el ligamento?

Ocurrirán sobre todo en personas activas y asociados generalmente al deporte episodios de inestabilidad recurrente que ocasionarán lesiones asociadas (meniscales, cartilagosas...) y el desarrollo más precoz de una artrosis.

¿En que consiste la operación?

La operación de rotura de LCA se hace a través de una artroscopia, mediante dos o tres incisiones. La operación consiste en realizar un injerto, normalmente del tendón rotuliano (hueso tendón hueso o H-T-H) o del tendón del músculo semitendinoso-recto interno (pata de ganso)-, que pasados unos meses va adoptar la función de un nuevo ligamento cruzado. La cirugía artroscópica es menos invasiva. Los beneficios de las técnicas menos invasivas incluyen menos dolor de la cirugía, menos estancia en el hospital, y tiempos de recuperación más rápidos. Existen nuevas técnicas más anatómicas para simular con más

fiabilidad la función de ligamento, siendo los resultados en control de la estabilidad rotacional (giros) superior a las técnicas no anatómicas. Los resultados de la operación empeoran cuando se encuentra durante la artroscopia lesiones de los meniscos o del cartílago que recubre la articulación.

¿Cómo es y cuánto dura la rehabilitación postquirúrgica?

La Fisioterapia juega un papel fundamental para retomar sus actividades diarias. Un programa de terapia física ayudará a recuperar la fuerza y el movimiento de la rodilla. Si usted tiene cirugía, la terapia física se concentra primero en restablecer el movimiento de la articulación y los músculos que la rodean. Esto es seguido de un programa de fortalecimiento diseñado para proteger al nuevo ligamento. Este fortalecimiento gradualmente aumenta la tensión a través del ligamento. La fase final de la rehabilitación apunta a un retorno funcional que se adapte al deporte del atleta. El tiempo para la reincorporación deportiva oscila entre 5 y 6 meses.

La Psoriasis, grandes novedades en una vieja conocida

José Manuel Azaña de Fez, Dermatólogo IDCSalud Hospital Albacete

La psoriasis es un trastorno inflamatorio crónico producido por una predisposición genética en combinación con factores desencadenantes, como infecciones, traumatismos o medicaciones.

Se trata de un proceso frecuente. En la mayoría de revisiones su prevalencia es de alrededor del 2 % de la población, con diferencias en distintas razas. En nuestro país, según un estudio epidemiológico realizado hace unos años (Epiderma), se estima que entre un 1 y un 2 % de la población la presentan. Puede iniciarse a cualquier edad, incluso desde la lactancia, aunque existen dos picos dominantes entre los 20 y 30 años y a los 50-60. En el 75 % se inicia antes de los 40, de forma más precoz en las mujeres. Los factores genéticos, como antes se dijo, son importantes y se identifican antecedentes familiares de psoriasis en familiares de primer o segundo grado en el 30-50 % de los pacientes; sin embargo, el papel de la herencia es complejo, aunque una herencia de tipo poligénico (varios genes implicados) proporciona el mejor modelo.

Se han identificado varios genes, siendo el más claramente implicado en la patogenia de la psoriasis el conocido como PSORS1, localizado en el brazo corto del cromosoma 6 (6p21.3). Algunos autores, basados en la herencia, distinguen dos tipos de psoriasis: la tipo I, de presentación más temprana e historia familiar, y otra tipo II sin historia familiar e inicio más tardío, en la que los factores genéticos tendrían un papel menor.

En la actualidad, y sin extendernos en la etiopatogenia del proceso, se considera una enfermedad inmunológica. La fisiopatología subyacente implica una alteración del sistema inmunitario, en concreto del sistema inmune innato, que determina proliferación y diferenciación epidérmicas y aumento de la angiogénesis.

Cuando hablamos de psoriasis, son muchas las personas que la conocen o han oído algo sobre esta enfermedad, y muchas veces como un proceso estigmatizante y sin curación.

Sin duda se bebe al carácter "visible" de la enfermedad, pero si revisamos la historia podemos añadir otros motivos. Hipócrates y sus escuela (siglo V a.C.) proporcionaron una descripción meticulosa de muchas alteraciones dermatológicas y en su clasificación agruparon las erupciones descamativas y secas bajo el epónimo de *lopoi*, cajón de sastre que incluía probablemente trastornos diversos como la psoriasis y la lepra. Estos procesos no se distinguían en la antigüedad lo que provocaba el rechazo por parte de la comunidad de los pacientes psoriásicos, que serían muchos (¡¡¡hemos hablado del 2 % de la población!!!), de ahí que aparezcan en muchas ocasiones en el antiguo testamento pacientes con "lepra": probablemente lo que tenían era psoriasis. Quizás el tratamiento más antiguo de la psoriasis haya sido la exposición solar, y ya en esos tiempos bíblicos se decía que la "lepra" mejoraba con la exposición al sol: era psoriasis.



Galeno en el II D.C. utilizó por primera vez la palabra *psora* para describir un trastorno cutáneo con descamación en párpados y genitales, pruriginosa y que probablemente era un tipo de eccema. De hecho *psora* significa trastorno descamativo.

La confusión lepra-psoriasis continuó muchos siglos hasta que el siglo XIX, Willan aportó una descripción precisa de la psoriasis y 30 años después Hebra separó de manera definitiva ambas enfermedades. Por tanto, durante cientos de años se consideró un proceso contagioso, estigmatizante, con rechazo a quien la padecía.

Hoy sabemos que no es así, es un proceso inflamatorio crónico no contagioso, como otras enfermedades, pero con una diferencia: es una enfermedad visible, lo que afecta sin duda la vida social de quien la padece.

Existen distintas formas clínicas dependiendo de la morfología de las lesiones y su extensión.



La más frecuente la conocida como psoriasis vulgar, con lesiones tipo placa, descamativas, eritematosas, bien delimitadas, distribuidas de forma simétrica en superficie de extensión de extremidades (codos, rodillas), cuero cabelludo, zona umbilical y lumbar, aunque pueden ocupar grandes áreas.



placas eritematodescamativas, con descamación blanca y adherente ("micácea") en rodillas

En más de la mitad de los pacientes se afectan las uñas con mayor o menor severidad, con lesiones tipo "mancha de aceite" cuando se afecta el lecho, o piqueteados redondos (pits) cuando es la matriz proximal como manifestaciones más características.



Onicopatía psoriásica: piqueteado ungueal, manchas amarillentas ("mancha de aceite") y hemorragias en astillas

Por lo general son asintomáticas aunque algunos pacientes refieren prurito.

Otras formas clínicas serían la psoriasis en gotas, en forma de brotes eruptivos de pequeñas lesiones generalizadas, especialmente en jóvenes, precedidas con frecuencia de una infección estreptocócica de vías respiratorias altas, la psoriasis invertida con lesiones localizadas en grandes pliegues, formas palmo-plantares localizadas, y variantes severas como la psoriasis pustulosa o la eritrodérmica, esta última una variedad generalizada.

Desde hace tiempo se conoce la asociación de psoriasis a patología inflamatoria articular: la artritis psoriásica. Puede presentarse en el 5-30 % de pacientes con psoriasis, con diferentes formas clínicas: mono u oligoarticular asimétrica, poliartitis simétrica y espondilosis.

La Psoriasis, grandes novedades en una vieja conocida

En un 10-15 % de casos la clínica articular precede a la cutánea lo que dificulta el diagnóstico. Hasta hace poco la psoriasis se consideraba una enfermedad cutánea con esa posible asociación o complicación. Pero esa consideración ha cambiado a partir del mejor conocimiento de su etiopatogenia inmunológica, de forma que hoy se entiende la psoriasis como un proceso inflamatorio sistémico con posible asociación (comorbilidades) a otras enfermedades circulatorias, articulares, metabólicas, etc. Definimos comorbilidad como diversas manifestaciones patológicas secundarias de la enfermedad primaria, en nuestro caso la psoriasis, que se expresan en uno o varios órganos y cuyo tiempo de aparición es variable, pero cuya repercusión desde el punto de vista socio-sanitario puede incluso ser superior a la de la enfermedad "índice".

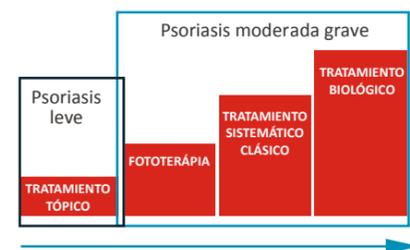
La cronología de la aparición de estas enfermedades, así como su frecuencia, la diferenciaría del llamado "síndrome". Así hay asociaciones de base patogénica común como la artritis o la enfermedad de Crohn, otras relacionadas con la inflamación crónica como el síndrome metabólico, que consiste en la asociación de obesidad, sobre todo abdominal, resistencia a la insulina, alteración de la tolerancia a la glucosa, hipertensión y dislipemia. Además, el hígado graso no alcohólico, causa más frecuente de elevación de transaminasas en nuestro medio y que puede afectar a un tercio de la población general, se considera la manifestación del síndrome metabólico en el hígado.

Se ha asociado también con aumento del cáncer cutáneo no melanoma y el linfoma de Hodgkin, lo que podría estar relacionado con los tratamientos empleados (fototerapia e inmunosupresores). Por último, existe una afectación de la calidad de vida, condicionada tanto por la percepción de la enfermedad por el paciente y su entorno como por los cuidados que puede requerir y el gasto que supone, tanto económico como en tiempo invertido.

Los avances en el conocimiento de los mecanismos implicados en la patogenia de la psoriasis han determinado grandes avances terapéuticos en los últimos años. Todavía no existe un tratamiento curativo definitivo, es cierto, pero las terapias actuales nos permiten tratamientos individualizados, adaptados a cada paciente. El objetivo es librar la piel de lesiones, "blanquear las lesiones" durante un periodo lo más largo posible. La elección de uno u otro tratamiento dependerá de la severidad de la enfermedad, la localización de las lesiones, la afectación de la calidad de vida, la existencia o no de enfermedades asociadas y la respuesta y tipo de tratamiento previo.

Para valorar la intensidad de la psoriasis la forma más sencilla es hacerlo de acuerdo a la extensión de las lesiones, considerando que la palma de la mano equivale al 1 % de la superficie corporal; así hablaremos de leve, susceptible de tratamiento tópico, con una superficie afectada inferior al 5 % y moderada - grave cuando es superior al 5 %.

Otros autores ponen el límite en el 10 %. En el manejo terapéutico de la psoriasis suele utilizarse un esquema en "escalera".



También es importante procurar que el paciente entienda el carácter crónico de su enfermedad, que conozca y adopte medidas para prevenir posibles desencadenantes de los brotes (infecciones estreptocócicas, fármacos;...) y mantenga la piel siempre bien hidratada, incluso con empleo de queratolíticos cuando exista una descamación intensa en las lesiones. Afortunadamente la mayoría de pacientes presentan formas de psoriasis leves por lo que el tratamiento mediante fármacos aplicados en la piel (tratamiento tópico) será de elección. Existen varios tratamientos: los no muy aceptados corticoides tópicos, fármacos antiguos de eficacia contrastada y que bien empleados y en pautas cortas presentan un perfil de seguridad aceptable (OJO: no han de emplearse vía sistémica en la psoriasis, ya sea oral o parenteral, por el riesgo de desencadenar brotes severos), los derivados de la vitamina D, los retinoides tópicos o la antralina.

Se debe iniciar el tratamiento con procedimientos sencillos y cómodos en régimen de monoterapia, con excipientes adaptados a la zona a tratar (por ejemplo en el cuero cabelludo emplearemos lociones y geles) y si no se obtiene respuesta emplear tratamientos combinados. Si es importante establecer terapias rotatorias, cambios de tratamiento periódicos para mantener la eficacia y evitar efectos secundarios, así como las combinaciones.

En formas más extensas o sin respuesta a tratamiento tópico, o en formas limitadas pero incapacitantes (por ejemplo las palmo-plan-tares), en caso de empeoramiento rápido, compromiso de áreas visibles, percepción de gravedad subjetiva o en psoriasis asociada a artropatía, se emplean la fototerapia, los tratamientos sistémicos clásicos y los nuevos tratamientos biológicos. La fototerapia consiste en el empleo de fuentes de luz artificial de un determinado espectro. En el momento actual la terapia ultravioleta B de banda estrecha (emisión de radiación en torno a los 311 nm de longitud de onda) es considerada de elección frente a la radiación ultravioleta A (radiación entre los 320-355 nm), por ser más cómoda para el paciente a corto plazo al no tener que tomar un fármaco fotosensibilizante previo (psoraleno: tratamiento PUVA, Psoraleno + Ultravioleta A; es lo que se conoce como fotoquimioterapia) ni extremar las medidas de fotoprotección en las horas que siguen al tratamiento, además de un menor riesgo de carcinogénesis cutánea a largo plazo.

En formas más graves y con lesiones más infiltradas, la terapia PUVA sigue siendo de primera elección. Una técnica cara y poco extendida es el láser Excimer a 308 nm, que permite emplear una mayor cantidad de radiación concentrada sólo en las lesiones.

En nuestro país y dado el clima del que gozamos gran parte del año, los baños de sol suponen un tratamiento adyuvante asequible (helioterapia), incluso combinado con baños en aguas medicinales o de mar (climatoterapia).

Los fármacos sistémicos se administran vía oral en forma de pastillas o jarabes, o parenteral; existe riesgo de efectos secundarios y se requiere experiencia para su manejo, por lo que su empleo debe realizarse bajo estricto control del dermatólogo. Pueden clasificarse en tratamientos clásicos o tradicionales y los nuevos o biológicos. Los clásicos más utilizados en nuestro país son el metotrexato, la acitretina y la ciclosporina. Los biológicos suponen una nueva forma terapéutica que actúan bloqueando la respuesta inmunológica alterada que se produce en la psoriasis, bloqueando de manera específica receptores celulares y citocinas.

Se denominan biológicos porque son proteínas obtenidas por técnicas de biotecnología y los que tenemos en la actualidad comercializados en nuestro país son los que bloquean el factor de necrosis tumoral α (TNF α), molécula mediadora de la inflamación que está aumentada en las lesiones de psoriasis (infliximab,

etanercept, adalimumab) y los que bloquean la acción de las interleucinas 12 y 23, involucradas en la cascada inflamatoria de la psoriasis (ustekinumab). No están indicados si existen antecedentes personales de cáncer, infecciones activas, tuberculosis o enfermedades desmielinizantes y en ficha técnica se autoriza su uso sólo en pacientes con psoriasis moderada y grave que no haya respondido al tratamiento sistémico tradicional ni a la fototerapia, hayan presentado toxicidad derivada de los mismos o éstos estén contraindicados.

En resumen, y como con ocurre con otras enfermedades crónicas, es importante aprender a convivir con la enfermedad y tomar una actitud proactiva, informándose en fuentes adecuadas (médicos, dermatólogos, asociaciones de pacientes, oficinas de farmacia) e implicándose en el tratamiento.

Aunque no existe curación definitiva, sí disponemos de tratamientos para conseguir un blanqueamiento duradero.

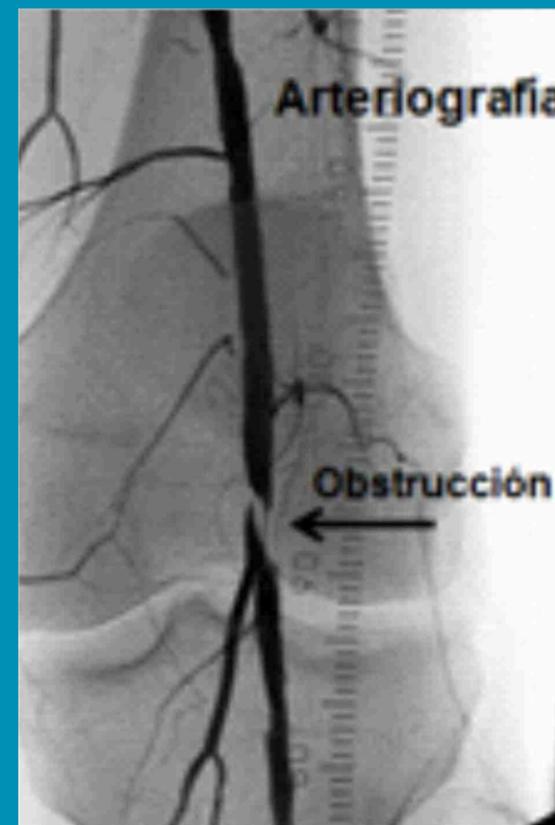
Los continuos avances en el conocimiento de los mecanismos implicados en la enfermedad permitirán detectar nuevas dianas terapéuticas y desarrollar nuevos tratamientos, como los inhibidores de las cinasas, moléculas de pequeño tamaño que van a permitir un tratamiento vía oral o tópico.

Tofacitinib, un inhibidor de las cinasas Janus, es el fármaco con investigación más avanzada y resultados prometedores.

La **Enfermedad Arterial Periférica:** un problema circulatorio

Por el Dr Raúl Valdesuso

Hemodinamista de IDCsalud Hospital Albacete.



La Arteriopatía Periférica (o Enfermedad Arterial Periférica) es una enfermedad de los vasos sanguíneos que llevan la sangre a las piernas y los pies. Se produce por el estrechamiento y endurecimiento de las arterias de los miembros inferiores.

Es un problema circulatorio común en el que la estenosis (estrechamiento) de las arterias reduce el flujo de sangre a las extremidades.

Es probable que su presencia sea también un signo de una acumulación más generalizada de depósitos grasos en las arterias (aterosclerosis). De ser así, puede verse reducido el flujo de sangre al corazón y al cerebro, al igual que sus piernas.

La enfermedad arterial periférica es causada por la arteriosclerosis o "endurecimiento de las arterias".

Este proceso ocurre cuando el material graso (colesterol) se acumula en las paredes de las arterias formando las llamadas placas de ateroma que a medida que crecen, estrechan la luz (o diámetro interior) de las arterias dificultando el paso de la sangre.

Las paredes de las arterias también se vuelven más rígidas y no pueden ensancharse (dilatarse) para permitir un mayor flujo de sangre cuando es requerido.

La Enfermedad Arterial Periférica: un problema circulatorio

CAUSA

Como resultado, cuando los músculos de las piernas trabajan con más intensidad (como durante el ejercicio o al caminar) no pueden recibir suficiente sangre y oxígeno, produciéndose dolor especialmente en las pantorrillas o gemelos, que obliga al enfermo a detenerse para aliviar este dolor. Este cuadro se conoce con el nombre de Claudicación Intermitente. Con el tiempo, al progresar la enfermedad, puede que no haya suficiente sangre y oxígeno, incluso cuando los músculos están en reposo.

La enfermedad arterial periférica es un trastorno común que suele afectar a los hombres mayores de 50 años. Las personas con más riesgo de padecer esta enfermedad son las que tienen antecedentes o historial de:

Colesterol Alto
Diabetes
Enfermedad arterial coronaria (Infartos o angina)
Hipertensión
Enfermedad renal en hemodiálisis
Fumadores
Accidente (trombosis) cerebrovascular

PRUEBAS Y EXÁMENES

Durante el examen del paciente, el médico puede encontrar:

Un sonido o susurro sobre la arteria al presionar con el estetoscopio (soplos arteriales)
Disminución de la presión arterial en la extremidad afectada
La pérdida de pelo en las piernas o los pies
Pulsos débiles o ausentes en la extremidad

Cuando la enfermedad es más grave, los hallazgos pueden incluir:

Músculos de la pantorrilla que se “encogen” (se marchitan o atrofian)
Caída del pelo de los dedos de los pies y dorso del pie
Úlceras dolorosas, no sangrantes, (llagas) en las piernas, pies o dedos de los pies que tardan en sanar
Palidez de la piel o color azul en los dedos del pie (cianosis)
Piel brillante y tensa
Uñas de los pies gruesas

Los análisis de sangre pueden mostrar colesterol alto o diabetes.

Las pruebas diagnósticas específicas para la enfermedad arterial periférica incluyen:

Angiografía de las arterias de las piernas (arteriografía). Permite precisar con nitidez los detalles de la estenosis.
Medición de la presión arterial en los brazos y las piernas para compararlas (índice tobillo / brazo o ITB), a mayor diferencia de presión más avanzada la enfermedad
Ecografía Doppler de las extremidades
Angiografía por resonancia magnética (Angioresonancia) o angiografía TAC

SÍNTOMAS

Los síntomas clásicos son dolor, fatiga, ardor o molestia en los pies y músculos de las pantorrillas o muslos.

Estos síntomas por lo general aparecen durante la marcha o el ejercicio (claudicación intermitente antes mencionada) y desaparecen después de varios minutos de descanso.

Al principio, los síntomas pueden aparecer sólo al caminar cuesta arriba, más deprisa, o al recorrer largas distancias.

Poco a poco, estos síntomas aparecen de forma más rápida y a menor intensidad de ejercicio. Puede haber entumecimiento de las piernas o los pies en reposo. Las piernas también pueden sentirse frías al tacto, y la piel puede verse pálida.

Cuando la enfermedad progresa hasta hacerse severa, el paciente puede presentar:

Impotencia
Dolor y calambres por la noche
Dolor o sensación de hormigueo en los pies o dedos de los pies, que puede ser tan molesto que incluso el peso de la ropa o de las sábanas en la cama resulte doloroso
Dolor que empeora al levantar la pierna y mejora al colgar las piernas por el borde de la cama
La piel se presenta color oscuro y/o azulado
Heridas y úlceras que no sanan

TRATAMIENTO

Medidas que debe asumir el propio enfermo:

- Alternar ejercicio y descanso. Camine o realice actividades hasta el punto de comenzar a sentir dolor, en ese momento detener la marcha o actividad, y tras un período de descanso, reiniciar la actividad y alternándola con reposo tantas veces como sea necesario. Con el tiempo, la circulación puede mejorar en la medida que se desarrollan nuevos y pequeños (circulación colateral) vasos sanguíneos.

- Siempre hable con el médico antes de comenzar un programa de ejercicios.
- Deje de fumar. Fumar estrecha las arterias, disminuye la capacidad de la sangre para transportar oxígeno, y aumenta el riesgo de formación de coágulos (trombos y émbolos).
- Cuide sus pies, especialmente si es diabético. Use zapatos que le queden cómodos. Preste atención a las heridas, roces u otras lesiones de la piel, si ve que las lesiones no sanan consulte a su médico de inmediato.

- Las heridas y lesiones sanan más lentamente y son más propensas a infectarse cuando hay problemas circulatorios.
- Asegúrese de que su presión arterial esté bien controlada.
- Baje de peso, si tiene sobrepeso.
- Si su colesterol es alto, su dieta debe de ser baja en alimentos ricos en colesterol y en general baja en grasa. (Dieta Cardiosaludable).
- Si es diabético, controle sus niveles de azúcar en sangre.

La Enfermedad Arterial Periférica: un problema circulatorio

MEDICACIÓN

Algunos medicamentos pueden ser útiles para controlar y mejorar los síntomas de la enfermedad, pero recuerde que deben ser indicados siempre por su médico.

La aspirina u otros medicamentos llamados “antiagregantes plaquetarios”, que intentan impedir que su sangre forme coágulos en las arterias. NO deje de tomar estos medicamentos sin antes consultar con su médico.

El cilostazol, un medicamento para agrandar (dilatar) la o las arterias que presentan enfermedad (obstrucciones o estrecheces) moderadas a grave, en pacientes que no son candidatos a revascularización.

Medicamentos para ayudar a bajar el colesterol.

Analgésicos para aliviar el dolor.

Es importante insistir que estos fármacos, así como los del control de la tensión arterial o la diabetes (si también los necesita), deben tomarse siempre siguiendo las pautas indicadas por su médico.

REVASCULARIZACIÓN

Consiste en restablecer total o parcialmente el flujo de sangre. La revascularización está indicada en aquellos casos de enfermedad moderada que no responden al tratamiento médico o cuando la enfermedad es grave, afecta la capacidad para trabajar o realizar actividades que son importantes para el enfermo, aparece dolor en reposo y úlceras o heridas que no sanan. Las opciones son:

- Angioplastia y colocación de stent
- Cirugía de bypass (puentes) de la pierna

La angioplastia (también llamada angioplastia transluminal percutánea, o ATP) es un procedimiento en el cual un tubo delgado y flexible llamado catéter, se inserta a través de una arteria y se guía mediante los Rayos X y utilizando contraste, hasta el lugar donde se estrecha la arteria.

Cuando el tubo alcanza la arteria estrecha, un pequeño globo (balón) situado en el extremo del tubo, se infla durante un corto período de tiempo. La presión que ejerce globo inflado comprime la grasa y el calcio (placa) contra la pared de la arteria para mejorar el flujo de sangre.

Es procedimiento similar al utilizado para abrir las arterias del corazón (o coronarias), solo que realizado en las arterias de la pierna.

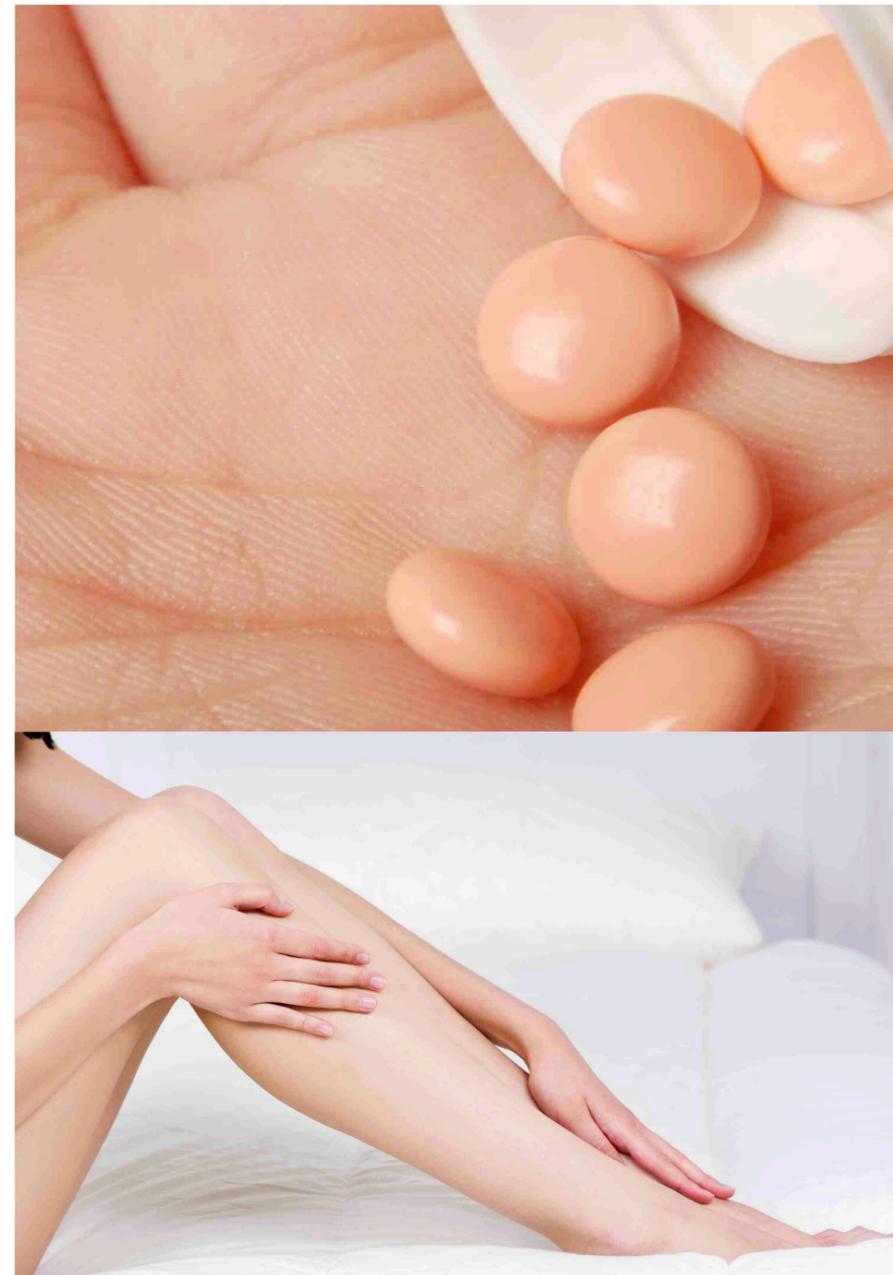
En dependencia del resultado obtenido con el balón, el procedimiento puede o no terminar con el implante de uno o más Stent.

La cirugía de bypass arterial, vuelve a llevar la sangre a través de un conducto injertado (By-pass o puente) que elude la zona obstruida de la arteria enferma.

El injerto puede ser una vena sana o arteria extraída del propio paciente, o puede ser un conducto artificial diseñado para este fin.

El tipo de By-pass y el abordaje quirúrgico, varían en función del tamaño de la arteria afectada y la localización (arterias del muslo, piernas o arterias de la pelvis) de la obstrucción.

Ambas técnicas de revascularización, así como la angiografía o arteriografía de miembros inferiores, se realizan en nuestro centro, y su indicación en el momento preciso puede evitar complicaciones graves como la gangrena, que pueden terminar con la amputación del miembro afectado.



RECUERDE

Acuda a su médico cuando:

Una pierna o pie estén fríos al tacto, pálidos, azules o los sienta entumecidos

Sienta dolor en el pecho o falta de aire con dolor en las piernas al realizar esfuerzos

Presente dolor en la piernas que no desaparece con reposo (llamado dolor en reposo)

Tenga las piernas rojas, calientes o hinchadas

Aparecen llagas / úlceras y heridas que no cicatrizan

Solicite valoración por un Cirujano Vascular o Cardiólogo / Radiólogo intervencionista si los síntomas persisten, no mejoran o empeoran.

Su enfermedad puede tener solución y nosotros disponemos de los medios y recursos necesarios para su tratamiento.

Servicio de DOCUMENTACIÓN

La historia de nuestros pacientes



El Servicio de Documentación Clínica y Archivos de IDCsalud Hospital Albacete utiliza para la codificación la Clasificación Internacional de Enfermedades

El Servicio de Documentación Clínica y Archivos de IDCsalud Hospital Albacete se encarga de la custodia, conservación, accesibilidad, revisión y gestión de calidad de la historia clínica de los pacientes atendidos en este centro incluyendo, desde enero de 2013, las pacientes que participan en el programa de detección precoz del cáncer de mama de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha en la provincia de Albacete.

La historia clínica está constituida por el conjunto de documentos escritos y gráficos que hacen referencia a los episodios de salud/enfermedad de un paciente y a la actividad sanitaria generada por estos.

La información de la historia clínica tiene carácter confidencial, siendo por ello su acceso muy restringido, y es responsabilidad del centro sanitario garantizarla.

En IDCsalud Hospital Albacete la historia clínica está informatizada, de manera que la asistencia al paciente queda registrada en el sistema informático, y existe además en formato papel. Entre las funciones del Servicio de Documentación Clínica y Archivos de IDCsalud Hospital Albacete están:

- Mantener una historia clínica única, integrada y acumulativa de cada paciente.
- Mantener la historia clínica en formato papel en buen estado de conservación y ordenada en un archivo de historias clínicas.
- Proporcionar la historia clínica bajo solicitud para asistencia clínica, docencia, investigación y fines legales.
- Transmitir la información necesaria sobre la historia clínica a otros centros sanitarios o administrativos que debidamente la requieran.

- Ayudar en la evaluación de la calidad de la historia clínica mediante procedimientos, indicadores, registros y objetivos.

Además, dicho Servicio realiza la codificación de la historia clínica de los pacientes ingresados en el centro sanitario.

El proceso de codificación se realiza en soporte informático, y consiste en consignar el diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios así como los procedimientos diagnósticos o terapéuticos realizados al paciente durante cada ingreso hospitalario.

Para la codificación se utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE9MC.

La información codificada se incluye en el registro de altas de hospitalización.

Compuesto por una doctora y cuatro técnicos superiores en Documentación Sanitaria



Técnicos del Servicio de Documentación de IDCsalud Hospital Albacete.

Los datos contenidos en el registro son los establecidos en el CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria), aprobados para los hospitales del Sistema Nacional de Salud desde Diciembre de 1987 por el Consejo Interterritorial.

El CMBD es una fuente de datos normalizada de información clínicoepidemiológica sobre la morbilidad atendida mediante hospitalización.

De él se obtiene, anualmente, la denominada norma estatal, conjunto de datos e indicadores de referencia sobre los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) para el conjunto de hospitales del sistema. Los GRD son categorías de clasificación de pacientes que agrupan los episodios de hospitalización en un determinado número de categorías con identidad clínica y consumo similar de recursos. El Servicio de Documentación Clínica y Archivos de IDCsalud Hospital Albacete está integrado por la Dra. Anabel Cortés Blanco (médica especialista en Medicina Nuclear con amplia experiencia en codificación de historias clínicas hospitalarias), Angelines Martínez y Mayte García (técnicos superiores en Documentación sanitaria) y Francisco Belmonte (auxiliar administrativo).

