



Síguenos en: <https://www.facebook.com/Zonahospitalaria/> <https://x.com/ZHospitalaria>

www.zonahospitalaria.com añoXX marzo-abril 2026 n°118

SUMARIO

- 2 Eliminar varices sin cirugía
- 3 El cuarto trimestre: una oportunidad para proteger la salud tras el embarazo
- 4 "Me meo de la risa"...
- 5 ¿Te duele el pie al caminar?
- 6 Limpieza y desinfección de endoscopios
- 7 Unidad de Rehabilitación Funcional de Bidealde...
- 8 Infarto...
- 9 Cáncer de cuello de útero
- 10-11 Qué hay que saber sobre el cuidado de los dientes de mis hijos
- 12 ¡Deja que tu sonrisa hable por ti!
- 13 Tratamiento de varices sin pasar por el quirófano...
- 14 Dolor lumbar inespecífico...
- 15 Enalta. Servicios funerarios
- 16 Fisioterapia Respiratoria: mucho más que "aprender a respirar"
- 17 Oxien: Una década de vanguardia en Medicina Hiperbárica al servicio de Navarra
- 18 Degeneración macular asociada a la edad
- 19 Centros Rico: Referentes en cirugía 0.0 del pie SIN PUNTOS
- 20-21 Ayuno preoperatorio: la mejor protección
- 22-23 ... acompañar a los niños para que comprendan la muerte...
- 24 Telemetría
- 25 ...sarampión...
- 26-27 El uso de medicamentos cardiovasculares
- 28 Recomendaciones alimentarias durante el embarazo
- 29 Cómo prevenir la sarcopenia...
- 30 La puerta verde de Panticosa
- 31 ¿Cuándo me compraréis un móvil inteligente?
- 32 Marta Erroz Ferrer: entrenadora de Doma Clásica (Técnico deportivo Nivel II)



ESTE EJEMPLAR ES GRATUITO
TE LO PUEDES LLEVAR A CASA

PARA RECIBIR GRATIS EL PDF DE LA REVISTA:
zonahospitalaria.com/suscripciones



Primavera saludable

Eliminar varices sin cirugía



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

|| Aunque erróneamente se consideran un problema estético, las **varices** suponen un problema circulatorio ocasionado por un mal retorno de la sangre de las piernas hacia el corazón. En la mayor parte de los pacientes la causa de las varices es la insuficiencia de un eje safeno.

Lo prioritario, por tanto, es tratar la causa de las varices y, posteriormente, las varices propiamente dichas.

La cirugía tradicional de las varices implica el uso una técnica agresiva que, por lo general, requiere el uso de anestesia raquídea y la práctica de incisiones. Ello condiciona la necesidad de un período de recuperación habitualmente de semanas.

Existen técnicas mínimamente invasivas que ofrecen unos resultados similares a los tratamientos tradicionales pero con una agresividad muy inferior:

- Se pueden llevar a cabo sin anestesia, o con anestesia local y una pequeña sedación.
- No hay heridas quirúrgicas.
- La incorporación a las actividades habituales es inmediata o, a lo sumo, hay que reducir ligeramente la actividad física durante 48/72 horas.




ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

Hay que tener presente que hay diferentes técnicas y que cada una de ellas tiene algún punto fuerte que la hace ligeramente superior al resto. Ello depende del tipo de segmento venoso a tratar, de las características anatómicas del paciente, la distribución de sus varices, etc. Por otro lado, estamos hablando de la existencia de un problema circulatorio real, no sólo estético. Por ello, es crucial acudir a un cirujano especialista en angiología y cirugía vascular con experiencia acreditada en flebología, para poder llegar a un diagnóstico exacto y elegir el procedimiento más adecuado en su caso.

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

CPS-C02239 2 25-NA





VSC
Varices Sin Cirugía

Dr. José Manuel Jiménez Arribas

TRATAMIENTO NO INVASIVO DE ELIMINACIÓN DE VARICES

Clarivein® - Microespuma - Láser endovenoso
Sellado con cianoacrilato - Radiofrecuencia





Consulta médica 948 235 850
Whatsapp 644 722 549
drjimenezarribas@gmail.com

varicessincirugia.org

PAMPLONA · Clínica San Fermín · Avda. Galicia, 2
TUDELA · Policlínica Navarra · C/ Juan Antonio Fernández, 3

TRATAMIENTOS PERSONALIZADOS
Sin ingreso y sin baja laboral

El cuarto trimestre: una oportunidad para proteger la salud tras el embarazo



Pedro María Azcárate

Doctor en Medicina por la Universidad de Navarra

Especialista en Cardiología. N° Colegiado: 26/31-06741

C/ M, 1. Pol. Ind. Talluntxe II. | 31191 Cordovilla

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

www.doctorazcarate.com



Durante el **embarazo**, el cuerpo de la mujer realiza un esfuerzo enorme: cambia el metabolismo, aumenta el volumen de sangre, se modifica el funcionamiento de vasos y corazón, y se reajustan muchas hormonas. Por eso, el embarazo se ha descrito como una especie de “prueba de esfuerzo” natural para la salud. Si durante el mismo aparece alguna complicación puede ser una señal de futuro riesgo de algunas enfermedades crónicas.

El cuarto trimestre es el periodo que comienza tras el parto y continúa después de tener al bebé, momento ideal para cuidar a la madre y prevenir problemas de salud a largo plazo.

La idea es sencilla: aprovechar la etapa posparto para detectar factores de riesgo y actuar pronto. Esto puede ayudar a prevenir enfermedades como la hipertensión crónica, la diabetes tipo 2 o la enfermedad cardiovascular (infartos, ictus y otros problemas del corazón).

¿Quiénes deberían prestar especial atención en el cuarto trimestre?

Todas las mujeres requieren seguimiento tras el parto, pero hay grupos especialmente sensibles por embarazos de riesgo. Entre estas situaciones destacan:

- Diabetes gestacional.
- Trastornos hipertensivos (preeclampsia).
- Parto prematuro (antes de 37 semanas).
- Problemas relacionados con la placenta.

Estas situaciones no significan que la mujer vaya a enfermar sí o sí, sino que hay más probabilidades de que, con el tiempo, aparezcan hipertensión, alteraciones del colesterol, síndrome metabólico o diabetes.

¿Qué se hace en el cuarto trimestre?

Consiste en realizar una evaluación, adaptada al riesgo de cada mujer y enfocada en la prevención.



ILUSTRACIÓN: MANUEL ÁLVAREZ

- Medir la presión arterial y asegurar que se normaliza si hubo hipertensión del embarazo, con seguimiento más estrecho si sigue elevada.
- Revisar peso e índice de masa corporal (IMC) y hablar de objetivos realistas de salud (no estéticos).
- Solicitar analíticas: glucosa (especialmente si hubo diabetes gestacional) y lípidos u otros factores de riesgo cardiovascular en una evaluación más completa.
- Reforzar hábitos: alimentación saludable, actividad física segura, evitar el tabaco y mantener un peso saludable.

Mensaje final: el cuarto trimestre es salud a futuro

El cuarto trimestre es una **ventana de oportunidad**. La prevención empieza cuando tenemos información útil. Y el embarazo, con todo lo que nos enseña sobre el cuerpo, puede ser esa información que nos ayude a cuidarnos mejor a tiempo.

Firma invitada: Dra. Carolina Ceamanos

ESPECIALISTAS UNIDOS POR TU SALUD

Cardiología - Ginecología - Endocrinología - Dermatología

EQUIPO MÉDICO

CARDIOLOGÍA
Dr. Pedro Azcárate
www.doctorazcarate.com

Dr. Emilio Nasarre
www.doctorazcarate.com

GINECOLOGÍA
Dra. Carolina Ceamanos
www.doctoraceamanos.com

Dra. Leire Martincorena
www.ginecologialeire.com

ENDOCRINOLOGÍA
Dra. Silvia Santos
www.drasantospalacios.com

DERMATOLOGÍA
Dra. Ana Giménez de Azcárate
www.dragimenezdeazcarate.com

NUESTRA FILOSOFÍA

Atención integral
Abordaje centrado en la persona y basado en la evidencia

Salud de la mujer
Cuidado experto y específico en todas las etapas vitales

Ejercicio, nutrición y salud
El ejercicio físico y la dieta saludable como herramienta terapéutica

Salud cardiovascular
Especialistas en el cuidado de tu corazón

UBICACIÓN Y CONTACTO

Centro Sanitario Iruña
Ginecología, cardiología y endocrinología
Calle San Fermín, 34 - Bajo

Análisis clínicos
Laboratorio Belén Perfecto
Calle Julián Gayarre, 20
www.laboratoriobelperfecto.com

Clínica TDN
Polígono Industrial Talluntxe II,
Calle M-31110 Noain, Navarra

Centro Sanitario Mendabaldea
Calle Irularrea, 7 - Bajo
31008, Pamplona

“Me meo de la risa”

¿Verdad o dicho popular?



Nerea Yanguas Duarte, Maialen Vitienes Cintora, Leyre Pérez Martínez, Jesús Lahuerta Gómez, Vanesa Sayas Lavilla y Javier Aranda Revilla. Fisioterapeutas en el Hospital Reina Sofía de Tudela

Entre juergas, jaleo y algarabía algunos lloran y otros se mean de la risa. En determinados momentos habremos vivido la situación en la que alguien dice en voz alta y en tono irónico: “me meo de la risa” y algunas veces al mismo tiempo se está dirigiendo hacia el baño. En ocasiones es solo una expresión que ya conocemos comúnmente pero otras veces tiene más de cierto que de irónico este famoso refrán.

¿Es normal mearse de la risa?

Rotundamente NO. Muchas mujeres se sienten avergonzadas, dejan de hacer ejercicio, evitando reírse con libertad incluso llegando a retraerse en su vida sexual. Es un impacto silencioso, pero profundo. Y todo por algo que se puede en la mayoría de los casos llegar a solventar. Dándole un enfoque adecuado desde la empatía, abordándolo con conocimiento, con estrategias eficaces.

Entonces, ¿por qué sucede esto?

En gran parte de los casos se debe a la debilidad de determinada musculatura de tu suelo pélvico y/o a tener una mala competencia abdominal, principalmente. Aunque puede haber más problemas asociados pero no tan frecuentes como estos.

¿Qué es la competencia abdominal?

Se refiere a la capacidad del sistema abdominal (músculos, fascias, ligamentos, presiones internas que se ejercen en nuestro interior al realizar determinados movimientos...) para mantener estabilidad, gestionar la presión intraabdominal y coordinarse con el resto del core durante el movimiento y la respiración. Así mismo denominamos core al conjunto de músculos abdominales, lumbares, de la pelvis, los glúteos y la musculatura profunda de la columna.

Cuando estos músculos funcionan de forma coordinada, la columna y la pelvis se mantienen estables y protegidas además de que nuestro suelo pélvico reacciona de forma correcta ante gestos tan cotidianos como pueden ser una tos, una risa, un estornudo, simplemente al agacharte para recoger algo del suelo o al levantarte del sillón.

Un abdomen competente:

- Distribuye la presión de manera uniforme.
- Evita empujar excesivamente nuestro suelo pélvico hacia abajo.
- Protege el suelo pélvico de cargas innecesarias además de proteger también nuestra zona lumbar.

Disfunciones ante la incompetencia abdominal

Si la presión intraabdominal no se gestiona bien (por ejemplo, “empujar hacia fuera” el abdomen en esfuerzos, hacer fuerza para orinar o defecar, un abdominal ejecutado incorrectamente...). El suelo pélvico recibe presiones elevadas, lo que puede contribuir a que podamos sufrir determinadas disfunciones, como serían:

- Incontinencia urinaria o fecal.
- Prolapsos (desplazamiento de uno o más órganos pélvicos de su posición natural).
- Diástasis abdominal.
- Dolor lumbar.
- Dolor pélvico o sensación de pesadez.
- Mala respiración y patrón torácico alto.

Hábitos diarios para proteger el suelo pélvico

Hechos clave que te ayudarán a mejorar:

- Evitar empujar al defecar (usa un banquito bajo los pies).
- No cortar el chorro de pipí (solo para evaluar, nunca como ejercicio).
- Activación ligera del core al cargar peso.
- Evitar mantener la respiración al levantarse o empujar muebles.
- Evitar impactos repetidos si hay síntomas (correr, saltar...), hasta estar preparada.

Autotest de la competencia abdominal y del suelo pélvico

1. Colócate tumbada/o boca arriba con las rodillas flexionadas y las plantas de los pies apoyadas en el suelo.
2. Pon las manos en el abdomen, una por debajo del ombligo y la otra por encima.
3. Tose varias veces y observa qué pasa en tu abdomen, fijándote en estas 2 preguntas realizadas a continuación:
 - ¿Tus manos son empujadas hacia fuera al toser o se quedan en el sitio, incluso sientes que tu tripa se mete hacia dentro?
 - ¿Sale más la parte alta del abdomen o la baja?
4. Vuelve a repetir lo mismo pero de pie y observa si tu abdomen se comporta igual que cuando estabas tumbada/o.
 - *Abdomen no empuja manos o se mete hacia dentro = Buena competencia abdominal.* Esto se debe a la acción del transverso abdominal (un músculo que nos envuelve el abdomen como si fuera una faja) para contrarrestar la presión y evitar el movimiento excesivo de las vísceras.
 - *Abdomen empuja manos o “se abomba” = Mala competencia abdominal.* Si esto te sucede, lo que nos dice es que tu faja abdominal profunda del abdomen es hipotónica, es decir, no tiene el tono suficiente para soportar las presiones de la vida diaria...

Esto es más común de lo que pensamos, te invito a realizar este test en el grupo de amigas/os mientras os ponéis al día, te sorprenderás. Es mucho más frecuente de lo que os imagináis.

Para valorar el suelo pélvico:

5. Repetiremos test de la tos pero situando una mano o dedos sobre la zona entre ano y vagina en las mujeres en los hombres por detrás de testículos y el ano. Comprueba si se contrae, abomba o no ocurre nada. Lo idóneo sería que, hubiese respuesta de contracción del periné ante la tos, es decir, se debería de meter hacia dentro. Si no responde, seguramente ese suelo pélvico no esté trabajando bien. Si estas en compañía haz el test intentando sentir hacia donde se dirige tu suelo pélvico.

¿Cómo podemos mejorar la competencia abdominal y así proteger nuestro suelo pélvico?

Busca profesionales especializados que trabajen desde un enfoque global, desde el que valorarán cuál es el problema por el que te sucede y seleccionaran para ti los ejercicios más adecuados además de enseñarte a realizarlos y de resolver todas las dudas que tengas al respecto.

Este proceso no es inmediato, pero es transformador. Muchas veces cambiar hábitos realizados de manera inconsciente, simplemente porque desconocíamos que los realizábamos, nos servirá para evitar que empeoren. Si el abdomen trabaja bien → el suelo pélvico está protegido. Si no gestiona bien la presión → el suelo pélvico se sobrecarga pudiendo lesionarse.

¿Te duele el pie al caminar?



Javier Ayesa Roa
 Podólogo. N° Colegiado 89
 Clínica Podológica AYESA
 Avda. San Ignacio, 12 bajo
 31002 Pamplona (Navarra)
Cita previa: 948 153 622
www.clinicaayesa.es



Las deformidades de los dedos del pie, como los dedos en garra, en martillo, montados o los juanetes, representan una de las causas más frecuentes de dolor, limitación funcional y consulta en podología. Estas alteraciones pueden comprometer la calidad de vida del paciente, dificultando la marcha y el uso del calzado habitual.

En los últimos años, los avances tecnológicos han permitido desarrollar técnicas menos invasivas, más seguras y con una recuperación notablemente más rápida y confortable.

Clínica Podológica Ayesa aplica técnicas quirúrgicas de mínima incisión para el tratamiento de deformidades digitales del pie, ofreciendo soluciones eficaces y consolidadas para corregir dedos en garra, en mazo o montados. Con un **horario amplio de lunes a viernes de 8.00 a 20.00 horas**.

Valoración personalizada del paciente

Cada deformidad presenta características propias, por lo que resulta fundamental realizar un estudio individualizado para determinar el tratamiento más adecuado.

Ofrece **valoraciones quirúrgicas sin coste**, en las que se analiza cada caso de forma detallada, se explican las diferentes opciones terapéuticas y se resuelven las dudas del paciente con un enfoque cercano y transparente.

Cirugía de mínima incisión: precisión con menor impacto

La cirugía de mínima incisión (MIS) permite actuar sobre las estructuras responsables de la deformidad mediante microincisiones, reduciendo de forma significativa la agresión sobre los tejidos blandos. Este enfoque aporta importantes beneficios clínicos:

- Menor inflamación y dolor tras la intervención.
- Correcciones estables sin necesidad de implantes como tornillos o placas.
- Recuperación funcional más rápida.
- Alta médica con deambulación inmediata.

Las intervenciones se realizan de forma ambulatoria, bajo anestesia local y con tecnología especializada, incluyendo instrumental específico para cirugía MIS y control fluoroscópico intraoperatorio que facilita resultados precisos y seguros. El paciente puede regresar a su domicilio caminando el mismo día.

Tecnología diagnóstica y terapéutica de alto nivel

El centro cuenta con equipamiento tecnológico avanzado que permite realizar diagnósticos precisos y diseñar tratamientos personalizados

para cada paciente. Entre los recursos disponibles destacan:

- **Ecografía musculoesquelética**, que permite valorar en tiempo real estructuras como tendones, fascias y tejidos blandos.
- **Plataforma de presiones**, fundamental para el análisis biomecánico de la pisada y la detección de alteraciones funcionales.
- **Control fluoroscópico intraoperatorio**, que facilita una mayor precisión en procedimientos quirúrgicos.
- **Tecnología Invasiva 2.0**, aplicada a técnicas mínimamente invasivas para mejorar la eficacia terapéutica y la recuperación del paciente.

Nuevas instalaciones para mejorar la atención

Clínica podológica Ayesa, proyecto sanitario líder y clínica de referencia en España, con 3 centros punteros, Pamplona, Bilbao y Barcelona. En Pamplona, nos trasladamos en unos meses a calle Emilio Arrieta 16. Un local cinco veces más amplio, que se convertirá en la clínica podológica **más grande de Navarra**, contará con la última tecnología y permitirá ofrecer un servicio más cómodo y personalizado.

PLANTILLAS PERSONALIZADAS

CPS-C03216/1/23-NA

Camina sin dolor

Neuromas, Dedos en garra, Fascitis

TECNOLOGÍA MINI INVASIVA

ADIÓS A LOS JUANETES.

CLINICA **AYESA**

PODLOGÍA AVANZADA

PAMPLONA

Avd. San Ignacio, 12

948 153 622

621 328 851

Valoración quirúrgica GRATUITA

Limpieza y desinfección de endoscopios

*Edurne Ramírez del Arco. Técnico auxiliar de cuidados en enfermería. Hospital Reina Sofía de Tudela.
Ainara Baines García. Médica adjunta de Aparato Digestivo. Hospital Reina Sofía de Tudela.
Paola Navarro Lago. Médica adjunta de Anestesiología y Reanimación. Hospital Reina Sofía de Tudela*

La endoscopia es un procedimiento diagnóstico de gran utilidad para detectar enfermedades del aparato digestivo. Para ello se utilizan los endoscopios, unos dispositivos reutilizables que tienen contacto con mucosas y fluidos corporales, y por tanto comportan un riesgo potencial de transmisión de infecciones si no se les realiza una limpieza y desinfección de alto nivel.

Para este fin, se deben seguir estrictos protocolos de limpieza y desinfección de los endoscopios. Ello tiene un doble objetivo, tanto su correcto cuidado y mantenimiento, como la protección de los pacientes con el fin de evitar brotes nosocomiales (infecciones adquiridas en el ámbito hospitalario), que pueden acarrear importantes consecuencias. No en vano las infecciones relacionadas con la endoscopia han sido asociadas a las prácticas inadecuadas del protocolo de limpieza y desinfección.

El proceso es llamado **DAN (desinfección de alto nivel)**, y consta de varias etapas que deben realizarse con orden y rigurosidad.

Paso 1: inmediatamente después de realizar la endoscopia al paciente, se debe limpiar el endoscopio superficialmente para evitar residuos biológicos.

Paso 2: se realiza al endoscopio una prueba de hermeticidad, para detectar posibles daños o fugas que puedan comprometer su integridad durante el lavado.

Paso 3: se realiza un lavado por inmersión con una solución enzimática especialmente diseñada para instrumental sanitario. En este paso, se

lleva a cabo un cepillado meticuloso de cada canal, válvula y accesorios, con el objetivo de remover toda la materia orgánica.

Paso 4: después de la limpieza manual, se somete a desinfección con productos químicos (glutaraldehído, ácido peracético, entre otros).

Paso 5: en centros sanitarios, habitualmente, se completa lo previo con un lavado mecánico que se lleva a cabo en lavadoras especializadas.

Paso 6: se enjuaga y se seca el endoscopio con aire comprimido para prevenir el crecimiento microbiano en canales húmedos.

Paso 7: el almacenamiento también forma parte indispensable de este proceso. Los endoscopios han de almacenarse en un gabinete limpio y ventilado colgados de forma vertical para su correcto drenaje.

Los profesionales responsables de todo este procedimiento son los Técnicos Auxiliares en Cuidados de Enfermería, junto con el servicio de Prevención de Riesgos Laborales, que es el encargado de supervisar la correcta desinfección del material. Este organismo verifica que se sigan correctamente los protocolos establecidos, y realizan controles microbiológicos post-desinfección de forma periódica o ante una sospecha de contaminación.

En conclusión, la correcta desinfección y limpieza de los materiales endoscópicos es una actividad esencial en la atención sanitaria.

Estos procedimientos garantizan la seguridad del paciente, previenen infecciones cruzadas y aseguran la durabilidad y funcionamiento adecuado del equipo. La implementación rigurosa de protocolos de limpieza, junto con la capacitación continua del personal, es esencial para mantener los más altos estándares de calidad en los servicios endoscópicos.

Si tu negocio está vinculado con la salud de las personas, te interesa anunciarte en Zona Hospitalaria: revista, web y redes sociales.



- Escrita en su totalidad por el profesional sanitario de Navarra desde 2006 (20 años).
- Se edita en papel y digital: publicidad en la revista (anuncios y publirreportajes) y promoción en la página web (banner y artículos) y en las redes sociales (facebook y X).
- Tamaño A4, Difusión: +18.000 personas/número, 3.069 Suscriptores, periodicidad bimestral.
- Distribución: 10 edificios del Hospital Universitario de Navarra, en el Hospital San Juan de Dios y en 18 Centros de Salud de Pamplona.

Solicitar Tarifas publicitarias: redaccion@zonahospitalaria.com

Unidad de Rehabilitación Funcional de Bidealde: mucho más que una recuperación



IDEA

Centro Sociosanitario Bidealde
Camino de Esquíroz, 6
31190 Cizur Menor, Pamplona - Navarra
T 848 463 393
www.ideainnovacion.com



La recuperación funcional en personas mayores tras un proceso agudo, una intervención quirúrgica o un evento neurológico constituye uno de los principales desafíos tras el alta hospitalaria.

Más allá de la estabilidad clínica, el verdadero reto reside en recuperar autonomía suficiente para retomar la vida cotidiana y regresar al domicilio con seguridad, evitando complicaciones, reingresos o pérdidas funcionales irreversibles.

La Unidad de Rehabilitación Funcional (URF) de Bidealde responde a esta necesidad como un recurso intermedio entre el hospital y el domicilio. Está dirigida a personas que ya no requieren hospitalización, pero que difícilmente pueden beneficiarse de una rehabilitación ambulatoria convencional por la complejidad clínica, funcional o cognitiva que presentan. El modelo se apoya en una **valoración geriátrica integral** que permite definir objetivos individualizados y realistas, revisados de forma continua durante el proceso de recuperación.

El abordaje es multidisciplinar e integra **fisioterapia y Terapia Ocupacional**, permitiendo trabajar no solo la movilidad, el equilibrio o la fuerza, sino también la autonomía en las **actividades básicas de la vida diaria**. La Terapia Ocupacional adquiere un papel especialmente relevante en pacientes con **deterioro cognitivo asociado**, frecuente tras ictus, traumatismos craneoencefálicos o episodios confusionales, abordando déficits atencionales, ejecutivos y de planificación que condicionan directamente la funcionalidad.

Dentro de este perfil asistencial, la **rehabilitación tras fractura de cadera** representa uno de los ámbitos de intervención más habituales. En estos pacientes, la recuperación no depende únicamente de la consolidación ósea, sino de la capacidad para volver a caminar, realizar transferencias, autocuidados y recuperar la confianza necesaria **para regresar al domicilio en las mejores condiciones posibles**. La intensidad del tratamiento, la continuidad asistencial y la coordinación entre profesionales marcan una diferencia clara frente a modelos rehabilitadores tradicionales.

Las instalaciones de **Bidealde** han sido concebidas como un entorno terapéutico, facilitando **el entrenamiento funcional en condiciones reales**, la seguridad y la orientación durante todo el proceso. Las Unidades de Rehabilitación Funcional se consolidan así como un recurso clave para lograr **recuperaciones más completas y funcionales** en la población mayor.



Infarto: cómo reconocerlo y actuar a tiempo

*Sonia Matarranz Rípodas. Enfermera Especialista Familiar y Comunitaria. ISPLN.
Iker López Alforja. Óptico-Optometrista.
Marina Beroiz Salaverri. Técnico de Laboratorio. Hospital Universitario de Navarra*

El **Infarto Agudo de Miocardio (IAM)** tiene un gran impacto socio-sanitario: es una de las principales causas de muerte prematura y sus secuelas suponen una importante disminución de la calidad de vida y consumo de recursos. En Navarra se registran alrededor de unos 800 casos de IAM al año. El IAM al ser una patología tiempo-dependiente, se ha demostrado que el tratamiento adecuado y precoz mejora su pronóstico.

Un IAM, es la necrosis o muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce cuando se obstruye completamente el flujo sanguíneo en las arterias coronarias. Por eso la rapidez en la atención es clave.

Señales de alarma más frecuentes

- Dolor u opresión en el centro del pecho, intenso, que puede irradiarse al brazo izquierdo, ambos brazos, mandíbula, cuello o espalda.
- Falta de aire que aparece de repente o empeora con esfuerzos mínimos.
- Sudor frío, náuseas o vómitos y sensación de mareo o debilidad marcada.
- Malestar que dura más de 10-15 minutos, o que aparece y desaparece sin explicación.

Síntomas menos típicos

En mujeres y personas mayores los síntomas pueden ser más sutiles: cansancio extremo, sensación de indigestión, dolor en la parte alta del abdomen, molestias en la espalda o solo falta de aire. Ante una sensación "rara" que no encaja con lo habitual, mejor actuar.

Qué hacer

No esperes "a ver si se pasa". Llama de inmediato al 112. El equipo de emergencias puede iniciar el tratamiento desde tu domicilio y llevarte al hospital de manera rápida y segura.

Ir por cuenta propia retrasa la atención y puede ser peligroso si aparece una arritmia u otra complicación. Si estás con alguien con estos síntomas, ayúdale a sentarse, mantén la calma y no le ofrezcas comida ni bebida.

Durante un infarto, cada minuto cuenta. El objetivo de los equipos sanitarios es diagnosticar rápido y desobstruir la arteria, bien con un cateterismo o con tratamiento específico. Cuanto antes se restablece el flujo, menor es el daño.

Tras recibir el alta hospitalaria es importante adquirir un estilo de vida saludable:

- Lleva una dieta variada y equilibrada, prioriza verduras, frutas, legumbres, frutos secos, aceite de oliva y pescado. Limita sal, los ultraprocesados, azúcares y alcohol.
- Realiza ejercicio diario, tanto actividad cardiovascular como ejercicios de fuerza.
- Dejar de fumar es una de las medidas más importantes, si necesitas ayuda acude a tu centro de salud.
- Realiza controles de tensión arterial, colesterol y de azúcar en sangre.
- Intenta dormir entre 7-8 horas, busca rutinas que ayuden a desconectar.

La prevención del infarto agudo de miocardio debe entenderse como una responsabilidad compartida entre profesionales sanitarios y ciudadanía. La detección precoz de los factores de riesgo, el acompañamiento en la modificación de hábitos y la educación sanitaria continua son pilares esenciales para reducir la incidencia y las complicaciones cardiovasculares.

medicina salud
zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com

SUSCRIPCIÓN GRATUITA

Para recibir el pdf de cada número de la revista, entre en la web

www.zonahospitalaria.com/suscripciones/

y envíenos su correo electrónico

Mira cuándo te toca Begiratu noiz dagokizun

PROGRAMA
DE DETECCIÓN PRECOZ
DE CÁNCER DE CUELLO
DE ÚTERO



UMETOKI-LEPOKO
MINBIZIA GARAIZ
DETEKTATZEKO
PROGRAMA



CECILIA



ELENA



JUDITH



ALBA

Si tienes **30, 35, 40, 45, 50, 55, 60** o **65** años, toca mirarte.
Y si tienes **25** o **28** y no estás vacunada frente al virus del papiloma humano, también.
El cáncer de cuello de útero se puede prevenir. **Mírate, cuídate.**

30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 edo **65** urte badituzu, begiratzeko unea da.
Eta **25** edo **28** badituzu eta giza papilomaren birusaren aurka txertatuta ez bazaude, ere bai.
Umetoki-lepoko minbiziari aurre har dakiok. **Begiratu. Zaindu.**



cancercuelloutero.navarra.es
umetokilepokominbizia.navarroa.eus

Gobierno
de Navarra  Nafarroako
Gobernua



NAVARRA † **NAFARROA**

Una forma de funcionar | Our own way | Gauzak egiteko dugun modua



“Qué hay que saber sobre el cuidado de los dientes de mis hijos”

*María Erroz Ferrer. FEA Servicio Pediatría. Hospital Universitario de Navarra.
Jorge Álvarez García y María García Ayerra. FEA Servicio Pediatría. C.S. Ansoáin.
Estíbaliz Sáez López. Enfermera. Hospital Universitario de Navarra*

El inicio de la **erupción dentaria** comienza el primer año de vida con los conocidos “dientes de leche” (temporales o dentición decidua), los cuales suelen erupcionar en la mayoría de los casos a partir de los 6-7 meses de edad.

Este proceso suele acompañarse de inflamación de la encía, la cual puede provocar que el niño se encuentre más irritable, agitado, produzca más cantidad de saliva, duerma peor o incluso aumente unas décimas de temperatura (sin llegar a hacer fiebre >38°C) o haga deposiciones más blandas. Esta dentición temporal consta de un total de 20 piezas dentales (10 arriba y 10 abajo, formada cada arcada por 2 incisivos centrales, 2 incisivos laterales, 2 caninos y 4 molares).

Posteriormente esta dentición decidua comienza a caerse, para dar paso a la **dentición permanente**, la cual suele erupcionar a los 6-7 años (algunos incluso a los 5). Esta dentición está formada por 28 piezas dentales (o 32 si se suman las muelas del juicio a partir de los 18 años), teniendo cada arcada dental 2 incisivos centrales, 2 incisivos laterales, 2 caninos, 4 premolares y 4 molares. La influencia de las hormonas prepuberales, caries, traumatismos o falta de espacio puede condicionar el adelanto o retraso en la erupción dentaria.

Para considerar la **erupción dentaria** como **tardía**, en el caso de los “dientes de leche” sería si a los 15 meses aún no ha salido ningún diente y en caso de la dentición definitiva a los 7-8 años. En el primer caso se puede deber a factores generales (hipotiroidismo, niveles de vitamina D bajos, hipopituitarismo, síndrome de Down...) y en el segundo caso lo más frecuente es por falta de espacio para la erupción.

Por el contrario, existen ocasiones en las que la **erupción dentaria** puede ser **precoz**, como con la aparición de **dientes natales o congénitos** (presentes al nacimiento) o la presencia de **dientes neonatales** (salen el primer mes de vida). La mayoría de veces esto ocurre por erupción prematura de los dientes temporales, pero un 10% de las veces se debe a presencia de dientes supernumerarios. Pueden provocar molestias en la alimentación por erosión del pezón materno durante la lactancia o lesiones en la lengua del lactante. Asimismo en caso de

movimiento del diente existe riesgo de aspiración, por lo que en esos casos se realiza la extracción del diente.

La patología más frecuente asociada a la dentición en niños así como el motivo principal de consulta en odontología a lo largo de la infancia es la caries, que además constituye la enfermedad crónica más común en la infancia.

Se tratan de lesiones en el esmalte dental. Al inicio son más superficiales, por lo que no dan síntomas pero pueden observarse a la exploración. Se pueden observar áreas blanquecinas opacas (desmineralización inicial), manchas marrones o negras, y cavitaciones. Más adelante, conforme se hacen más profundas (pudiendo llegar a afectar a terminaciones nerviosas) dan dolor, especialmente ante cambios de temperatura o alimentos ácidos. Si se deja evolucionar sin tratamiento, puede llegar a destruir la estructura dental completa y la pulpa del diente.

Su causa es multifactorial, viéndose influenciada por la predisposición individual e interacción entre la placa bacteriana bucal y medio bucal (saliva, dieta...). Los alimentos ricos en azúcares refinados son los más cariogénicos, especialmente si son pegajosos y quedan más tiempo pegados en el diente. También aumenta el riesgo el comer más número de veces (picar entre horas), más que la cantidad de azúcares ingeridos persé, especialmente si se toman azúcares antes de dormir así como el tiempo de actuación de los azúcares sobre los dientes en caso de no lavado de los mismos. Las bebidas energéticas o zumos muy ácidos también son de riesgo.

Prevención de las caries

A lo largo de los años la incidencia de caries ha mejorado mucho gracias a las campañas de concienciación sobre cuidados dentales, habiéndose objetivado especial mejoría en la incidencia de caries con la dentición definitiva.

Para prevenirlas, el consenso internacional recomienda un **abordaje multidisciplinar**, basado en:

- **Dieta equilibrada** baja en azúcares refinados.
- **Hidratación adecuada.**
- Higiene oral con **correcto cepillado dental diario.**

Éste se recomienda desde la aparición de los primeros dientes a los 6-8 meses (aunque antes se recomienda limpiar las encías con gasas húmedas).

Lo ideal es después de las comidas, mínimo 2 veces al día y haciendo especial hincapié en la limpieza nocturna.

Hasta los 7 años los cepillados deberían supervisarse por un adulto.

- Uso de **pasta dentífrica fluorada**

- De **0-2 años** concentraciones menores de 1.000 ppm.
- **Posteriormente y hasta los 6 años:** entre 1.000-1.450 ppm.
- **Mayores de 6 años:** 1450 ppm.

La cantidad a utilizar en menores de 3 años es del tamaño de un grano de arroz y en mayores de 3 años del tamaño de un guisante. Se recomienda que tras el cepillado no se enjuague con agua la boca o que se haga con muy poca agua, para no minimizar el efecto del flúor. En caso de haber comido alimentos azucarados, esperar 10 minutos antes de lavarse los dientes.

Si tu **negocio** está vinculado con la **salud de las personas**, te interesa anunciarte en **Zona Hospitalaria**.



Zona Hospitalaria www.zonahospitalaria.com

- **Escrita** en su totalidad por el **profesional sanitario** de Navarra desde 2006 (**20 años**).
- **Se financia** exclusivamente con la **publicidad**.
- Se edita en **papel y en digital**: publicidad en la **revista** (anuncios y publirreportajes) y promoción en la página **web** (banner y artículos) y en las **redes sociales** (facebook y X).
- Tamaño **A4** (210 mm ancho x 297 mm alto).
- Tirada 5.000 ejemplares, con una **Difusión** mínima en cada número de **+ de 18.000 personas**.
- **3.069 suscriptores** (en aumento cada semana), a los que se les envía por email el pdf de la revista.
- Periodicidad **bimestral**: 6 números/año.
- Se reparte el **día 1** de los meses pares: 1 Feb, 1 Abr, 1 Jun, 1 Ago, 1 Oct y 1 Dic.
- **Distribución**: 10 edificios del Hospital Universitario de Navarra, en el Hospital San Juan de Dios y en 18 Centros de Salud de Pamplona.

Solicitar Tarifas publicitarias: redaccion@zonahospitalaria.com

¡Deja que tu sonrisa hable por ti!

Descubre cómo un tratamiento estético puede iluminar mucho más que tu sonrisa.

Una sonrisa blanca y luminosa es sinónimo de belleza, transmite salud, bienestar y da mucha confianza.

A lo largo de los años nuestros dientes se oscurecen. El café de la mañana, el vino del fin de semana, ciertos medicamentos y alimentos, traumatismos e incluso el paso natural del tiempo, dejan su huella. El esmalte se mancha y pigmenta perdiendo blancura y brillo, la dentina -el tejido que se encuentra debajo- se vuelve más amarillo e incluso marrón, y esta tonalidad se refleja a través del esmalte dando al diente esa apariencia más apagada.

En nuestra clínica el blanqueamiento dental es personalizado desde el primer momento. Comenzamos con un diagnóstico preciso apoyándonos en el espectrofotómetro; un dispositivo digital que mide con exactitud el color y luminosidad de los dientes y que nos permite saber donde estamos y hasta donde podemos llegar. Luego aplicamos un agente blanqueador activado con luz LED que hace más eficiente su acción y lo complementamos con un tratamiento en casa guiado paso a paso.

¿Y los resultados? Naturales, seguros y duraderos.

Es posible sentir algo de sensibilidad pero suele ser leve y pasajera, lo importante es que solo trabajamos cuando la boca está en condiciones óptimas: sin caries ni inflamación. No está indicado para menores de edad, mujeres en embarazo o período de lactancia.

Pero el beneficio va más allá del resultado estético: quienes lo realizan mejoran sus hábitos de higiene bucal, cuidan más su salud, se miran diferente...

En nuestra clínica combinamos tecnología avanzada, más de 30 años de experiencia y una atención integral, humana y muy profesional. Creemos que cada sonrisa tiene una historia y nos enorgullece formar parte de cada una de ellas.



La primera consulta es sin compromiso y sin costo. Es una excelente oportunidad para conocer el estado actual de tu boca, resolver dudas y explorar las opciones de tratamiento.

Porque una sonrisa sana y bonita no solo se nota, se comparte y se recuerda.

Y lo mejor, es un cambio que puedes comenzar hoy mismo.



RICARDO ESCOBAR

ORTODONCIA Y BLANQUEAMIENTO



ISASI y ESCOBAR
clínica dental

C/ San Juan Bosco, 13 bajo - 31007 Pamplona
Teléfono: 948 17 09 64

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

Combinación de tecnologías para mejorar los resultados



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

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

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

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

SIN NECESIDAD DE VENDAJES NI MEDIAS DE COMPRESIÓN

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

PERMITE TRATAR EL MISMO DÍA LAS DOS EXTREMIDADES

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

SIN manchas y hematomas

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

SIN anestesia, sin ingreso y sin baja

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

¿En qué consiste el tratamiento con Venaseal®?

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

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

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

Dr. Leopoldo Fernández Alonso

Angiología y Cirugía Vascular. Tratamiento de varices SIN cirugía. Esclerosis con microespuma. Tratamiento con VENASEAL.

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

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

www.leopoldofernanandez.com



GPS-C2261/1/14-NA



Dolor lumbar inespecífico: más allá de las terapias pasivas en fisioterapia

Ane Larrañaga Egaña y Xabier Maestro Aniz.

Fisioterapeutas en Hospital Virgen del Camino. Hospital Universitario de Navarra

El dolor lumbar inespecífico es una de las causas más frecuentes de dolor y limitación funcional en la población adulta. Se denomina “inespecífico” porque no está asociado a una lesión concreta ni a una patología claramente identificable, sino que suele tener su origen en las estructuras de la columna vertebral o en los tejidos blandos que la rodean. En la mayoría de los casos aparece como consecuencia de microlesiones repetidas, posturas mantenidas durante largos periodos de tiempo o estilos de vida poco activos.

Factores como el sedentarismo, la obesidad, las malas posturas o los trabajos que implican movimientos repetitivos aumentan de forma significativa el riesgo de padecer este tipo de dolor. Tradicionalmente, su tratamiento se ha basado principalmente en terapias pasivas,

como el reposo, los masajes, la aplicación de calor o determinados agentes físicos, en las que el paciente adopta un papel poco activo en su recuperación. Sin embargo, la evidencia científica actual indica que este enfoque, por sí solo, resulta limitado y poco eficaz a medio y largo plazo.

En los últimos años, numerosos estudios han demostrado que el ejercicio terapéutico es una de las herramientas más eficaces tanto para el tratamiento como para la prevención del dolor lumbar inespecífico. Los programas de ejercicio guiado, individualizado y progresivo consiguen mejores resultados en la reducción del dolor, la mejora de la función física y la prevención de recaídas que los tratamientos exclusivamente pasivos.

Llegados a este punto, es habitual preguntarse qué tipo de ejercicio es el más adecuado, ya que no todos producen el mismo efecto.

Modalidades como el fortalecimiento muscular, los ejercicios de estabilización y control motor, así como el trabajo de movilidad y flexibilidad, han demostrado generar mejoras en personas que padecen este tipo de dolor.

Fotos


Las fotos que se muestran son algunos ejemplos de ejercicios que pueden formar parte de un programa terapéutico.

Esto no significa que las terapias pasivas, como el masaje o la terapia manual, no tengan ningún efecto. Pueden ser útiles en fases concretas del tratamiento o como complemento al ejercicio. No obstante, la fisioterapia moderna apuesta cada vez más por un enfoque activo, en el que el ejercicio se adapta a cada persona y se convierte en una herramienta clave para fomentar la autonomía, prevenir el dolor y mejorar la salud a largo plazo.

Enalta

Servicios funerarios conmemorativos

San Alberto | Villava | Puente La Reina | San Adrián
Milagro | Carcastillo | Santacara | Castejón



Celebrar cada
historia vivida.



enalta.es

900 500 000
(Teléfono gratuito 24h)



Fisioterapia Respiratoria: mucho más que “aprender a respirar”

Durante mucho tiempo hemos asociado la fisioterapia con tumbarse en una camilla y dejar que el profesional nos “arregle”. Sin embargo, la fisioterapia moderna ha cambiado: quedarse quieto ya no es la solución. Hoy el movimiento y el ejercicio terapéutico son la base del tratamiento, y el paciente asume un papel activo en su propia recuperación.

La profesión, además, se ha especializado enormemente y la fisioterapia cuenta con expertos en distintas áreas: suelo pélvico, cardiología, neurología... Entre ellas destaca una rama esencial y a menudo poco conocida: la fisioterapia respiratoria, centrada en uno de los motores básicos del cuerpo, el sistema respiratorio.

La fisioterapia respiratoria se dedica a prevenir, tratar y estabilizar alteraciones del aparato respiratorio. Su objetivo es optimizar la función pulmonar, facilitar la eliminación de secreciones y mejorar el intercambio gaseoso. No solo ayuda en enfermedades crónicas, sino que mejora la calidad de vida de muchas personas. Podríamos compararla con llevar el sistema respiratorio al taller: no para cambiar piezas, sino para aprender a usar mejor pulmones y musculatura, y recuperar su funcionamiento tras infecciones u otros procesos.

Está indicada en patologías como el asma, la EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), la fibrosis pulmonar o las bronquiectasias. Tras la pandemia de COVID-19 ha cobrado aún más relevancia, ayudando a quienes arrastran secuelas pulmonares. También es clave en pediatría (bronquiolitis), en cirugías con anestesia general –previniendo complicaciones como atelectasias–, en enfermedades neuromusculares y en pacientes ingresados por infecciones respiratorias agudas.

El tratamiento se basa en técnicas fundamentadas en la fisiología respiratoria. Entre sus pilares están el drenaje de secreciones, la reeducación del patrón ventilatorio –para recuperar el protagonismo del diafragma– y el fortalecimiento de la musculatura respiratoria para combatir la fatiga.

Los beneficios se reflejan en la vida cotidiana: menos sensación de ahogo, menos infecciones y reingresos, mayor tolerancia al ejercicio y mejor descanso nocturno.

Respirar es un acto involuntario, pero hacerlo bien puede entrenarse. Mantener limpias nuestras “tuberías” y fuertes nuestros músculos respiratorios es una inversión en salud.

Nota importante: La fisioterapia respiratoria no sustituye al tratamiento médico farmacológico (como los inhaladores), sino que es el complemento perfecto para que dicho tratamiento sea más efectivo.

El Símbolo de la Fisioterapia

Reconocimiento + Confianza + Profesionalidad contra el intrusismo



Centro de Fisioterapia



Oxien: Una década de vanguardia en Medicina Hiperbárica al servicio de Navarra

|| Hace diez años, Oxien inició su andadura como el primer centro especializado en Medicina Hiperbárica de Navarra. Hoy, una década después, se mantiene como el único referente en la Comunidad Foral dedicado exclusivamente a esta disciplina. Integrado en el Grupo Sannas y avalado por la Asociación Española de Medicina Hiperbárica y Subacuática (ASEMHS), el centro ha consolidado un modelo que une una tecnología de punta, rigor médico y una atención humana personalizada para mejorar la calidad de vida de sus pacientes.

El oxígeno como herramienta terapéutica

La oxigenoterapia hiperbárica (OHB) es una técnica médica que consiste en administrar oxígeno puro al organismo en condiciones de presión superiores a la atmosférica. En la práctica, esto ocurre dentro de una cámara hiperbárica, donde el paciente respira oxígeno al 100% —frente al 21% presente en el aire convencional— bajo una presión controlada de al menos 1,4 ATA.

Este proceso permite que el oxígeno medicinal se disuelva en el plasma sanguíneo en cantidades muy superiores a las habituales, llegando a tejidos que presentan dificultades de aporte por lesión o enfermedad. Como señala la filosofía del centro, bajo las condiciones adecuadas, el oxígeno se transforma en un potente medicamento capaz de acelerar la regeneración y reducir la inflamación.

Tecnología monoplaza y beneficios clínicos

Ubicado en el Edificio Policlínica Artica, Oxien apuesta por una cámara hiperbárica monoplaza. Esta elección tecnológica permite sesiones individuales donde la presión y la dosis se ajustan con precisión milimétrica a la patología de cada persona, garantizando una experiencia segura y confortable.

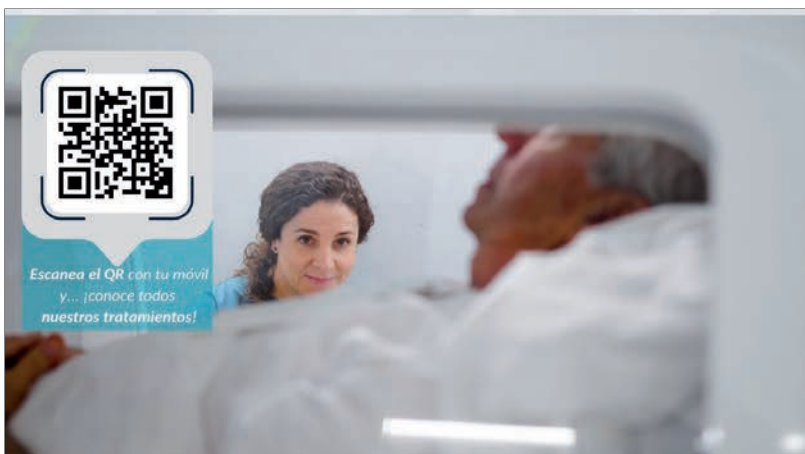
Los beneficios de esta terapia, respaldados por evidencia científica, abarcan múltiples áreas médicas:

- **Recuperación de tejidos:** Favorece la formación de nuevos vasos sanguíneos y colágeno.
- **Efecto antiinflamatorio:** Reduce eficazmente el edema y la inflamación tisular.
- **Acción regenerativa:** Estimula la movilización de células madre hacia zonas dañadas.
- **Apoyo en traumatología:** Es clave para acelerar la rehabilitación de lesiones musculares y óseas.
- **Neuroprotección:** Mejora la oxigenación cerebral en procesos de recuperación neurológica.

Un equipo liderado por la experiencia

La Dra. Cristina Lozano, especialista en Medicina Hiperbárica, lidera el equipo médico con un enfoque de medicina personalizada. Su compromiso se basa en el rigor científico y en un acompañamiento cercano que adapta la tecnología a la realidad de cada paciente.

En su décimo aniversario, Oxien reafirma su vocación de acercar una disciplina en constante crecimiento, demostrando que respirar puede ser la terapia más poderosa para la salud.



Escanea el QR con tu móvil y... ¡conoce todos nuestros tratamientos!

OXIEN

Rehabilitación Hiperbárica

MEDICINA HIPERBÁRICA

DRA. CRISTINA LOZANO

Nº Col. 31069203

Primer y único centro navarro avalado por la Asociación Española de Medicina Hiperbárica (ASEMH).

Oferta asistencial a pacientes a nivel privado y público.

EDIFICIO POLICLÍNICA ARTICA
C/Madres de la Plaza de Mayo 16, Nuevo Artica, Navarra
948 06 80 80 | www.oxien.es

Degeneración macular asociada a la edad

Maialen Azpiroz Zabalo. Enfermera del Servicio Navarro de Salud

La degeneración macular asociada a la edad es una enfermedad progresiva que afecta principalmente a personas mayores de 60 años con factores de riesgo o predisposición genética, causando una pérdida de visión irreversible.

Se considera la principal causa de ceguera a partir de los 55 años de edad en países desarrollados.

La degeneración macular asociada a la edad (DMAE) causa un daño progresivo de la mácula, la parte central y más vital de la retina, lo que conlleva una pérdida gradual de la visión central, en cambio la visión periférica se mantiene normalmente, sin llegar a una ceguera total. La mácula contiene una elevada densidad de células sensibles a la luz, estas células producen las imágenes visuales más nítidas y son las encargadas de la visión central y de los colores.

Factores de riesgo

La causa inicial de la DMAE es desconocida; mejor dicho, es una enfermedad multifactorial; en el que además del envejecimiento, que se considera el factor de riesgo de mayor relevancia y más fuertemente asociado para el desarrollo de la DMAE, existen otros factores de riesgo:

- **Factores genéticos.**
- **Factores de la conducta y estilo de vida:** tabaquismo, alcohol, obesidad, exposición a la luz solar, medicamentos, dieta baja en ácidos grasos omega-3 y en verduras de hoja de verde oscuro
- **Factores cardiovasculares:** hipertensión, niveles de colesterol elevados, diabetes y enfermedades cardiovasculares.
- **Factores sociodemográficos:** edad, raza caucásica, sexo femenino y bajos ingresos económicos.

Síntomas

- **Metamorfopsia:** líneas rectas que se ven torcidas, onduladas o irregulares.
- **Pérdida de visión central:** dificultad para ver detalles, leer o reconocer caras.
- **Mancha negra o borrosa en el centro de la visión** que no cambia.
- **Colores menos intensos.**
- **Necesidad de más luz.**

La DMAE puede presentarse de dos formas:

- **DEGENERACIÓN MACULAR SECA:** la DMAE seca también conocida como atrófica o no exudativa, es la más común, aproximadamente el 80% de las personas que padecen DMAE tienen este tipo. La DMAE seca

se caracteriza por una atrofia macular de progresión lenta y gradual, mediante la aparición de pequeños depósitos amarillentos llamados drusas (acúmulos de desechos celulares compuestos por lípidos y proteínas) y por el adelgazamiento y fragilidad de los vasos sanguíneos de la mácula.

- **DEGENERACIÓN MACULAR HÚMEDA:** la DMAE húmeda, a veces llamada neovascular o exudativa, es la forma menos frecuente, pero mucho más grave y rápida; debido a la formación de hemorragias y derrames entre las capas de la retina. Las hemorragias se producen por el sangrado de pequeños vasos anormales que invaden la retina, lo que provoca la destrucción de la estructura de la mácula por formación de cicatrices.

Tratamiento para la DMAE

Actualmente, los tratamientos existentes para la DMAE son solo para frenar la pérdida visual, no para devolverla, de ahí la enorme importancia del diagnóstico precoz.

El tratamiento de la DMAE seca está enfocado en suplementos vitamínicos, cambios en el estilo de vida y en casos específicos la inyección de medicación intravítrea o terapia de fotobiomodulación (para estimular la función y metabolismo de células retinianas).

En cambio, el tratamiento más utilizado para la DMAE húmeda son las inyecciones intravítreas anti-VEGF, que bloquean la formación de nuevos vasos sanguíneos anormales y la filtración de líquido bajo la retina, consiguiendo así detener la progresión de la enfermedad, e incluso recuperar parcialmente la visión.

La DMAE provoca cambios en la visión gradualmente, por ello es posible no notar los cambios cuando se producen. Pero es necesario identificarlos lo antes posible; tratarlos de manera temprana puede ayudar a desacelerar o detener la pérdida de la visión.

De esta forma, además de cumplir con las revisiones oftalmológicas de manera rutinaria, una herramienta accesible para hacer un seguimiento en casa es "la rejilla de Amsler".

Rejilla de Amsler

Este es un cuadrado simple, que contiene un patrón de cuadrícula con un punto en medio al que hay que mirar con un ojo descubierto, observando así si las líneas laterales se mantienen rectas o si alguna línea se ve borrosa u ondulada. Después se realizan los mismos pasos con el otro ojo. Es importante ponerse en contacto con el oftalmólogo en caso de ver alguna de esas alteraciones en las líneas.



CENTROS RICO: Referentes en cirugía 0.0 del pie SIN PUNTOS

Son expertos en cirugía del pie mínimamente invasiva. María Moll y José María Rico han realizado con éxito más de 3.000 cirugías de juanetes SIN PUNTOS, en más de una década de experiencia.

Es el principal reclamo de sus pacientes que, aquejados de las molestias que soportan a causa del hallux valgus, llegan a Centros Rico con referencias de casos cercanos o haber leído en prensa que, gracias a la técnica MIS, es posible eliminar los juanetes sin tener que someterse a cirugías abiertas, con puntos y un postoperatorio largo y tedioso, con varios meses de rehabilitación. Solo Centros Rico eleva la cirugía MIS al siguiente nivel: SIN PUNTOS; sin marcas y sin cicatrices.

Los pies soportan la base de nuestro cuerpo y son esenciales para realizar nuestras actividades diarias, por eso es tan relevante cuidarlos y atender una deformidad tan importante como los juanetes y los dedos en garra. No sólo por el factor estético, sino también por las molestias que llegan a generar, tanto al calzarnos, como al caminar o hacer algún deporte.

Acabar con los juanetes es eliminar también el gran freno que nos suponen y, en Centros Rico, los operan en tan sólo 15 minutos y sin necesidad de rehabilitación.

La técnica se realiza con instrumentos especializados y bajo anestesia local. No dan puntos y el paciente se marcha a casa caminando por su

propio pie. Esta técnica es su especialidad.

Además de este tipo de cirugías con alta demanda, ofrecen servicios de podología integral, incluyendo ortopodología, estudio de la pisada, diseño de plantillas personalizadas con escáner 3D, podología infantil y pie diabético, entre otros.



Cuentan con un departamento de Investigación, Desarrollo e Innovación (I+D+I) y Docencia, donde desarrollan nuevas técnicas para el diagnóstico y tratamiento de patologías podológicas. En breve abrirán su quinta clínica. Estará ubicada en pleno centro de Pamplona y será su segunda sede en la capital navarra.

- Cirugía de juanetes
- Cirugía de dedos en garra
- Plantillas personalizadas
- Pie diabético (úlceras)
- ¡Y mucho más!

¡OPÉRATE
AHORA Y NO
PAGUES HASTA
DENTRO DE
DOS MESES!



Sigue *nuestros pasos*
en *redes sociales*

 @centro.podologico.rico
 @centros rico



948 261 727

C/Irunlarrea, 13A 31008 - Pamplona

centrosrico.com

Nº de registro sanitario: CFS-C02302/1/22-NA



Ayuno preoperatorio: la mejor protección

Jeffry Vásquez Baez y Garazi Arroyo Olalde. Médicos Internos Residentes de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Navarra.

Roque Guillén Casbas. FEA de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Navarra

El ayuno preoperatorio es un concepto que surge a mediados del siglo XIX como medida preventiva para reducir los vómitos asociados al cloroformo y se define como el intervalo de tiempo sin ingesta de alimentos sólidos y/o líquidos previos a una intervención quirúrgica.

Constituye una de las indicaciones más importantes que los pacientes reciben por parte de los médicos anestesiólogos. Supone una estrategia de seguridad fundamental que, en caso de saltarse, puede suponer un riesgo para complicaciones postoperatorias muy graves, siendo la aspiración pulmonar una de las más graves.

Cambios durante la anestesia

De manera fisiológica poseemos mecanismos protectores que aíslan el tracto digestivo de la vía aérea. La función de los esfínteres esofágicos superior e inferior, la coordinación entre respiración y la deglución, el cierre glótico ante presencia de contenido en faringe o esófago, y el reflejo de la tos son algunos de los principales sistemas de defensa.

Durante el acto anestésico todos estos mecanismos se ven mermados. Tanto por la posición quirúrgica, como por los fármacos utilizados, el contenido gástrico que es muy ácido ($\text{pH} < 2,5$) puede pasar a la vía aérea y tracto respiratorio. Este hecho es especialmente peligroso porque la llegada de este material

extraño a tráquea, bronquios y alveolos provoca activación de la cascada inflamatoria y la liberación de enzimas y radicales libres que alteran el tejido pulmonar y pueden dar lugar a complicaciones tan graves, como la aspiración pulmonar.

Neumonitis aspirativa

La neumonitis aspirativa se define como la aspiración de contenido gástrico ácido hacia las vías respiratorias inferiores. Situación que puede darse sobre todo durante la inducción anestésica, pero también es posible durante el procedimiento quirúrgico o en el postoperatorio inmediato. Mecanismos como la tos, el esfuerzo, o la ventilación manual a presiones altas durante la inducción de la anestesia, podrían favorecer esta situación.

Minimizar el riesgo de aspiración pulmonar es una medida protectora de complicaciones graves como las atelectasias, neumonías sobreinfectadas o insuficiencia respiratoria. Además, supone en sí misma un empeoramiento de la recuperación quirúrgica realizada.

Ayuno como medida preventiva

Como hemos comentado al inicio, el vaciamiento gástrico por medio del ayuno previo al acto quirúrgico ha sido la medida rutinaria que se ha seguido para reducir el riesgo de aspiración. El objetivo que se persigue con ello es minimizar el volumen gástrico, buscando que sea <25ml (extrapolado de estudios en animales).

En base a los conocimientos sobre fisiología digestiva, existen unas indicaciones clásicas de ayuno preoperatorio según el tipo contenido gástrico, en pacientes sanos y cirugía electiva:

- Líquidos claros (agua, café negro, zumos sin pulsa, bebidas carbonatadas) → 2h
- Leche materna → 4h
- Comida ligera y leche de fórmula → 6h
- Comida pesada → 9h

Nuevas indicaciones en estudio

Estos protocolos clásicos han sido llevados a revisión en las últimas décadas a partir de identificarse lo deletéreo que puede llegar a ser un ayuno excesivamente prologando. Así, las últimas actualizaciones recomiendan la ingesta de hasta 400ml de líquidos ricos en carbohidratos, tanto simples como complejos, hasta 2h antes del procedimientos, idealmente en las 4h previas.

Se ha comprobado que estas nuevas medidas disminuyen el hambre, la sed y mejoran el grado de satisfacción de los pacientes, sin diferencias en cuando a volumen gástrico residual y pH gástrico, y sin aumentar el riesgo de náuseas, regurgitación o aspiración. Además, disminuye el riesgo de resistencias insulínicas, incluso en los pacientes diabéticos. De igual forma, se ha demostrado una disminución en la estancia hospitalaria, en las complicaciones postoperatorias (mareos, náuseas, diarreas, vómitos y dehiscencia de la herida).

Estas recomendaciones son todavía más laxas en población pediátrica, donde el riesgo de broncoaspiración es mucho menor que en adultos y con consecuencias más leves. Por lo que las guías de la sociedad europea apoyan, en consenso con las internacionales (Sociedad Británica, canadiense y australiana), reducir el ayuno para líquidos de 2h a 1h, ya que ayunos prolongados tienen mayor tendencia hipotensora en población pediátrica.

Pacientes con alto riesgo de aspiración

Hay diversas situaciones en la que no se pueden cumplir estos protocolos generales antes descritos como en las situaciones emergentes (los pacientes no han podido guardar ayunos); ante pacientes obstétricas (tienen un aumento de la presión intraabdominal y retraso en el vaciamiento gástrico); ante pacientes diabéticos (pueden tener alteraciones neurológicas como gastroparesia); o ante pacientes con alteraciones glóticas o de la anatomía digestiva.

En estas situaciones los pacientes serán considerados con lo que se conoce como "estómago lleno" y se establecerán unas medidas concretas para proteger la vía aérea. En anestesia el término "estómago lleno" se aplica a pacientes que han ingerido alimentos recientemente y /o tienen condiciones farmacológicas, metabólicas, anatómicas, u hormonales, que alteran el vaciamiento gástrico.

Inducción de Secuencia Rápida

En estas circunstancias se realiza lo que se denomina Inducción de Secuencia Rápida (ISR). La ISR consiste en la implementación de una serie de medidas durante la inducción anestésica, después de la pérdida de la conciencia:

- Evitar la ventilación manual con presión positiva (puede vencer la presión del EEI y provocar paso de contenido gástrico).

- Realizar la maniobra de Sellick, que consiste en aplicar presión sobre cartilago cricoides para ocluir el esófago. La evidencia sobre su eficacia es limitada.

- Administrar una dosis alta de bloqueante neuromuscular para conseguir una rápida apertura de las cuerdas vocales y facilitar una intubación rápida.

Conclusiones

Por todo lo anteriormente comentado, el ayuno preoperatorio es una de las medidas más importantes para la seguridad perioperatoria y postoperatoria del paciente, ya que puede evitar complicaciones anestésicas muy graves que podrían poner en peligro la vida del paciente.

Se siguen llevando a cabo las indicaciones clásicas de ayuno previo de mínimo 6h para alimentos sólidos y de 2h para líquidos claros.

Es destacable en las líneas de investigación de los últimos años un aumento de interés por optimizar estas recomendaciones, con estudios demostrados que avalan los beneficios de líquidos con carbohidratos en las 4h previas a una intervención, para mayor confort y mejor control del hambre y la sed postoperatoria.

Las recomendaciones generales de ayuno quirúrgico no siempre se pueden cumplir y no son aplicables a todos los pacientes (por presentar diversas situaciones que predisponen a broncoaspiraciones).

Como medida para reducir el riesgo sobreañadido en estas situaciones y pacientes, se prefiere seguir utilizando la técnica de Inducción de Secuencia Rápida, como medida protectora de la vía aérea.



Médicos y Profesional Sanitario

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

Nº caracteres: 3.000 ó 6.000, incluidos espacios entre palabras

Enviar artículos a: redaccion@zonahospitalaria.com

¿Cómo podemos acompañar a los niños para que comprendan la muerte y gestionen lo que sienten?

Esperanza Bausela Herreras. Profesora Titular de Universidad de Psicología Evolutiva y de la Educación en la Universidad Pública de Navarra. Experta online en Psicooncología por el Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. Investigadora principal del Grupo de Investigación "Funciones Ejecutivas: Psicología, Música y Salud mental". Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Pública de Navarra.

La comprensión que tienen los niños sobre la muerte se desarrolla de forma gradual a lo largo del ciclo vital, pero incluso los más pequeños se benefician de explicaciones claras, directas, adecuadas a su edad y de oportunidades para hacer preguntas.

Desarrollo del concepto de muerte

Siguiendo las recomendaciones del Proyecto Aprendiendo a Vivir Explicando el Morir de la Fundación Mario Lossantos del Campo (s.f.) podemos entender este proceso:

>De 0 a 2 años

Los bebés y niños muy pequeños no comprenden la muerte como concepto. Para ellos es solo una ausencia (no tienen adquirida la noción de objeto permanente), especialmente dolorosa si se trata de su figura de apego. Perciben los cambios en el entorno y en sus rutinas, así como el malestar emocional de sus cuidadores.

>Niños de 3 a 6 años

En esta etapa creen que la muerte es temporal y reversible. Les cuesta entender que un cuerpo sin vida ya no siente ni percibe nada. Tampoco creen que la muerte sea universal, suelen pensar que ellos y sus padres no morirán. Además, interpretan todo de forma literal, por lo que expresiones metafóricas pueden confundirlos. Preguntan mucho y con frecuencia desean "ir donde está" la persona fallecida.

>Niños de 6 a 10 años

Comprenden que la muerte es definitiva e irreversible y distinguen con claridad entre lo vivo y lo inerte. La reconocen como un hecho biológico. Aunque saben que todos mueren, no es hasta los 8-9 años cuando aceptan que ellos también pueden morir. Pueden aparecer culpa, dudas sobre su responsabilidad o miedo a perder a otros familiares. Además, aumenta su interés por los rituales funerarios, en los que pueden participar si lo desean, siempre con acompañamiento y explicaciones previas.

>Preadolescentes

Tienen una comprensión completa y realista de la muerte —su irreversibilidad, universalidad y efectos en la vida propia y familiar—, lo que puede generarles gran inquietud sobre el futuro. Les interesa lo que ocurre "después" y las explicaciones culturales o religiosas, a veces con curiosidad y otras con escepticismo. Les cuesta expresar emociones y pueden sentirse abrumados, por lo que necesitan acompañamiento, seguridad y saber que no están solos. Les ayuda conocer experiencias de duelo en adultos y entender que es posible recuperar la normalidad.

>Adolescentes

Comprenden la muerte desde lo biológico, lo filosófico y lo emocional, y son plenamente conscientes de su propia mortalidad. Esto puede generar tanto reflexiones profundas como conductas de riesgo o, por el contrario, ansiedad hipocondríaca. La pérdida de un ser querido puede resultar especialmente dura por el impacto que perciben en su futuro. Es importante incluirlos en los ritos de despedida, darles voz y permitir su participación activa, así como animarlos a retomar su vida social, donde el apoyo entre pares es especialmente valioso.

Nos puede surgir la pregunta ¿Qué decir a un niño o niña cuando un ser querido muere?

Hablar con los niños de forma adecuada a su edad sobre la muerte se relaciona con una mejor comprensión cognitiva y emocional, y puede proteger el bienestar después de una pérdida. Podemos seguir una serie de principios generales (para todas las edades):

- i) Usa palabras claras y concretas como "murió" y "está muerto"; los eufemismos ("se fue a dormir", "se ha ido") generan confusión, miedo o culpa.
- ii) Sé sincero pero amable, evitando falsas esperanzas. La sinceridad favorece la confianza y una adaptación más saludable.
- iii) Invita a hacer preguntas repetidamente. Las conversaciones deben ser cortas y retomarse con el tiempo.
- iv) Es útil que los adultos muestren emociones y nombren los sentimientos, esto modela el afrontamiento.

Seguidamente presentamos algunos ejemplos de explicaciones adaptadas a la edad (ver Tabla 1).

>Para los más pequeños:

La mora – Cuento tradicional que simboliza el ciclo de la vida y la muerte vinculada a nuevas etapas, con imágenes repetitivas y circulares que ayudan a hablar de los ciclos vitales.

Edad	Cómo expresarlo	Puntos clave
3-5 años	"El cuerpo de la abuela dejó de funcionar. Ya no puede respirar, comer ni despertarse. Eso es lo que significa 'muerte'."	Explicación simple y corporal. Resaltar la irreversibilidad.
6-10 años	"Los médicos no pudieron curar la enfermedad. Cuando alguien muere, su cuerpo deja de funcionar para siempre, ya no siente dolor."	Añadir la causa. Tranquilizar sobre la ausencia de dolor, conectar con experiencias previas.
11+ años	"La enfermedad era demasiado fuerte y hizo que su cuerpo dejara de funcionar, así que murió. Podemos hablar de lo que esto significa para ti y para nuestra familia."	Incluir el impacto. Invitar a preguntas más profundas. Se pueden integrar creencias espirituales, religiosas y culturales junto a la biología.

>Cuentos para niños desde 4 años:

La isla del abuelo – Muestra cómo el cariño perdura incluso cuando alguien especial ya no está físicamente.

>Cuentos más complejos (6 a 8 años):

El corazón y la botella – Metáfora sobre guardar emociones y la necesidad de sentir para vivir plenamente. El árbol de los recuerdos – Enseña cómo los recuerdos recogen las experiencias compartidas y ayudan a seguir adelante.

>Cuentos con enfoque lúdico o reflexivo:

La balada del rey y la muerte – Desdramatiza la muerte explorando la idea de que sin ella la vida no tendría sentido.

El papel de las creencias, los rituales y los libros (cuentos)

Los niños suelen combinar ideas biológicas y espirituales (por ejemplo, que el cuerpo deja de funcionar pero "el alma va al cielo"), influidas por la cultura familiar y la religión.

Los cuentos sobre la muerte pueden ayudar a los niños a identificarse con los personajes, normalizar preguntas y abrir conversaciones, especialmente en los más pequeños.

La guía Cuentos elaborada por el Colegio Oficial de Psicólogos nos ayudan a hablar de la muerte con niñas y niños, reúne una selección de relatos que permiten abordar este tema de manera respetuosa, cercana y adaptada a las necesidades de los menores.

Conclusión

Los niños piensan en la muerte antes y de manera más profunda de lo que muchos adultos suponen, y encaran la pérdida con mayor eficacia cuando los adultos explican claramente que significa morir, dicen la verdad con amabilidad, repiten las explicaciones a lo largo del tiempo y permiten preguntas, emociones y participar en los diferentes rituales, combinando diferentes planos y/o esferas de la persona.

Ver Bibliografía: zonahospitalaria.com

Si tu negocio está vinculado con la salud de las personas, te interesa anunciarte en Zona Hospitalaria.



Zona Hospitalaria www.zonahospitalaria.com

- Escrita en su totalidad por el profesional sanitario de Navarra desde 2006 (20 años).
- Se financia exclusivamente con la publicidad.
- Se edita en papel y en digital: publicidad en la revista (anuncios y publirreportajes) y promoción en la página web (banner y artículos) y en las redes sociales (facebook y X).
- Tamaño A4 (210 mm ancho x 297 mm alto).
- Tirada 5.000 ejemplares, con una Difusión mínima en cada número de + de 18.000 personas.
- 3.069 suscriptores (en aumento cada semana), a los que se les envía por email el pdf de la revista.
- Periodicidad bimestral: 6 números/año.
- Se reparte el día 1 de los meses pares: 1 Feb, 1 Abr, 1 Jun, 1 Ago, 1 Oct y 1 Dic.
- Distribución: 10 edificios del Hospital Universitario de Navarra, en el Hospital San Juan de Dios y en 18 Centros de Salud de Pamplona.

Solicitar Tarifas publicitarias: redaccion@zonahospitalaria.com

Telemetría



*Carla Guillermo Arrasate, Andrea Alejandra Armas Hernández e Itziar Gracia Gutiérrez.
Técnicos en Imagen para el Diagnóstico. Hospital Universitario de Navarra*

Se puede hacer telemetría tanto de extremidades inferiores como de columna.

La **telemetría de extremidades inferiores** es una técnica radiológica utilizada en ambas piernas, para valorar disimetrías de las extremidades inferiores a través de una radiografía que abarca desde la pelvis hasta el tobillo.

Este procedimiento es muy importante en la valoración y diagnóstico de desigualdades en las extremidades, que pueden causar problemas de postura, marcha y dolor crónico. Se tiene que hacer de pie.

Sirve para medir posibles acortamientos de las extremidades inferiores. Un acortamiento de una extremidad sobre otra, puede ser causa de escoliosis (en caso de la columna), cojeras, anomalías en la marcha y artrosis precoz.

También sirve para medir posibles desviaciones de las extremidades inferiores como el valgo o el varo y que, a la larga, pueden generar artrosis de rodilla, tobillo y cadera.

La telemetría ósea tiene como objetivo medir posibles diferencias de tamaño o desviaciones entre las extremidades, que si no se tratan a tiempo pueden derivar en artrosis u otras complicaciones que se podrían tratar con prevención.

La **telemetría de columna** es una técnica que muestra en una sola radiografía toda la columna vertebral, desde cervicales, dorsales y lumbares.

Sirve para diagnosticar las desviaciones o malformaciones de columna como las escoliosis y la lordosis y la cifosis.

Para un estudio más detallado de las desviaciones, se realiza en dos planos. Uno es de frente, que detecta la escoliosis, y el otro es lateral, que mostraría si las cifosis y las lordosis de la columna están dentro de la normalidad.

Es fundamental en el estudio de las lumbalgias crónicas.

La causa de las escoliosis, a su vez, suele ser en muchas ocasiones la asimetría de las extremidades inferiores, por lo que estas pruebas se complementan con frecuencia con la realización de una telemetría de extremidades inferiores.

Esta prueba se hace en radiología y lo debe de pedir un médico especialista, en general, suele ser el traumatólogo.

El técnico en radiodiagnóstico tiene que decir al paciente que debe quitarse la ropa y los zapatos, le dejará una bata y unas calzas. Es importante estar descalzo, ya que si se realiza con los zapatos puestos no se puede ver si tiene una disimetría o no, ya que el paciente, por ejemplo, puede llevar en un zapato una alza y por tanto no es una imagen real, a no ser que el médico especifique que quiere con los zapatos.

Se coloca al paciente en una plataforma, se centra el tubo de rayos de tal manera para que salga tanto la columna entera (si es telemetría de columna) o las piernas enteras (si es telemetría de miembros inferiores). Suele realizarse entre 2-3 radiografías seguidas (dependiendo de la altura del paciente) y luego el ordenador las une de tal manera que quede una sola radiografía.

La telemetría es una prueba rápida, aproximadamente tiene una duración de 10 minutos, se trata de una prueba indolora y sencilla y para realizarla no es necesaria ninguna preparación especial.

medicina salud
zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com

SUSCRIPCIÓN GRATUITA

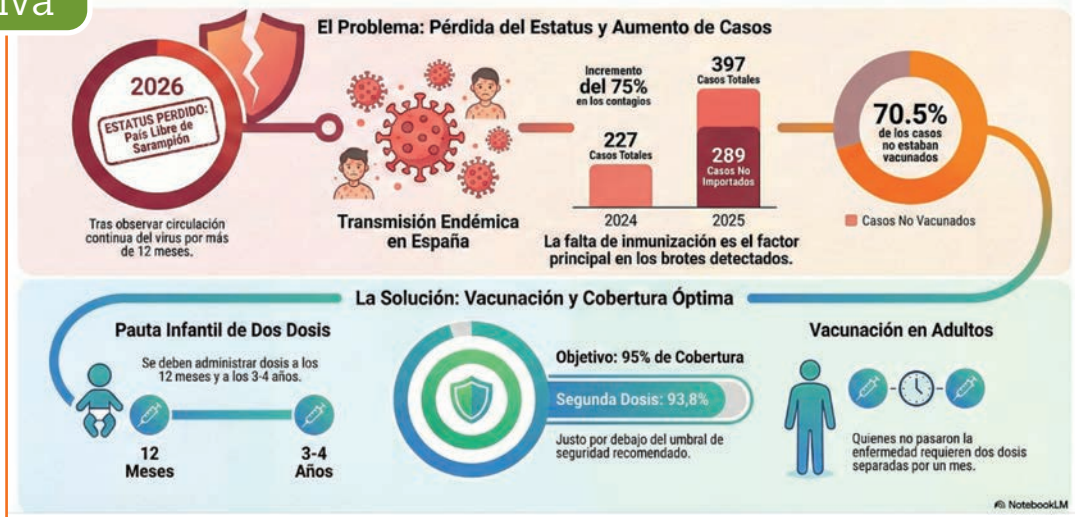
Para recibir el pdf de cada número de la revista, entre en la web

www.zonahospitalaria.com/suscripciones/

y envíenos su correo electrónico

España pierde el reconocimiento de país libre de

sarampión. De la alerta a la prevención



Ana García de Galdiano Fernández. Enfermera Medicina Preventiva HUN
 Manuel Requena Parra y Judith Chamorro Camazón. FEA Medicina Preventiva y Salud Pública
 Unidad de vacunación. Servicio Medicina Preventiva. HUN



El sarampión es una enfermedad infecciosa, altamente contagiosa, frente a la que disponemos de una vacuna altamente efectiva y que ha permitido a España mantenerse libre de sarampión desde 2016.

En enero de 2026 la OMS ha declarado que en España hay de nuevo transmisión continuada del virus, por lo que se ha retirado el estatus de “libre de sarampión”, al observarse circulación continua del virus por más de 12 meses.

¿Qué significa perder este estatus?

Significa que en España hay una transmisión endémica del virus, esto es que se transmite de forma sostenida. Es una decisión de carácter técnico, no una situación de emergencia inmediata, pero si una señal de alerta importante para controlar la situación. Otros 6 países europeos han perdido el estatus de eliminación del sarampión: Austria, Reino Unido, Armenia, Azerbaiyán y Uzbekistán.

¿Cuántos casos ha habido en los últimos años en España?

En 2024 se confirmaron en España 227 casos, 30 brotes que afectaron a 12 comunidades autónomas diferentes, un 70,5% de los casos no estaban vacunados. En 2025 el número de casos ha seguido aumentando hasta 397 (108 importados y 289 no importados).

¿Está la población española bien vacunada frente al sarampión?

Las coberturas de vacunación frente al sarampión son, en términos generales, elevadas. Se estima que la cobertura de la primera dosis de vacuna es del 97,3% mientras que la segunda dosis se sitúa en el 93,8%, justo por debajo del umbral óptimo del 95% recomendado para mantener la eliminación de la enfermedad.

¿Por qué han aumentado los casos de sarampión?

El aumento de casos puede responder a varios factores, estancamiento o descenso de las coberturas de vacunación tras la pandemia covid19, mayor movilidad internacional, grupos con menor acceso a la vacunación y movimientos contrarios a la vacunación.

¿Cuándo es recomendable vacunarse frente al sarampión?

La vacuna triple vírica forma parte del calendario de vacunación infantil. Se administran dos dosis, una a los 12 meses y otra a los 3-4 años. No se necesitan dosis de recuerdo.

¿Puedo vacunarme si no lo he hecho en la infancia?

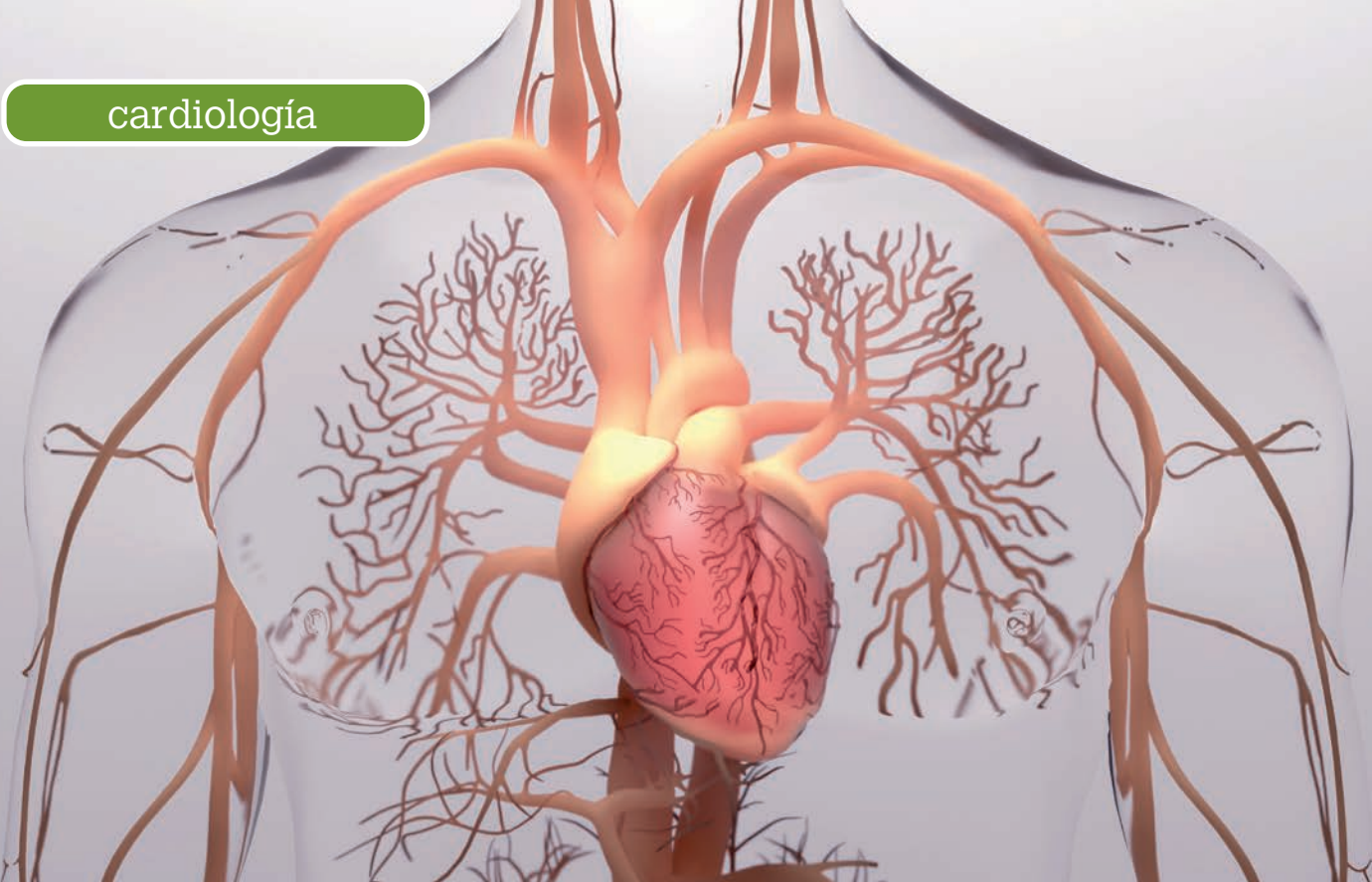
Si no se está correctamente vacunado y no se ha pasado el sarampión es importante recibir dos dosis de vacuna triple vírica separadas al menos por 1 mes. Salvo que haya alguna contraindicación como embarazo, inmunosupresión o alergia a alguno de los componentes de la vacuna.

Si tiene alguna duda puedes consultar en tu centro de salud y ellos valorarán si precisas o no vacunación.

¿Recomendaciones del Ministerio para controlar la situación?

- Continuar con los esfuerzos para alcanzar y mantener unas coberturas de vacunación por encima del 95% con las dos dosis, en todos los niveles geográficos.
- Desarrollar estrategias de vacunación dirigidas a la población vulnerable y de difícil acceso a la vacunación.
- Identificar precozmente los casos sospechosos y confirmar microbiológicamente.
- Identificar a los contactos para evitar casos secundarios.

Es importante evitar el alarmismo y reforzar la confianza en la estrategia de vacunación. El número de casos es bajo y el control es posible mediante la vigilancia y el refuerzo de las coberturas de vacunación.



El uso de medicamentos cardiovasculares: una guía para pacientes

*Mercedes Vicente de Vera Bueno. MIR Cardiología en el Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona.
Paola Navarro Lago. Médico adjunto de Anestesiología y Reanimación en el Hospital Reina Sofía de Tudela.
Ainara Baines García. Médico adjunto de Aparato Digestivo en el Hospital Reina Sofía de Tudela.
Javier Moreira Calderón. MIR Oftalmología en Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. España.
Albert Gil Arrieta. MIR Cirugía General en Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. España*

Las enfermedades **cardiovasculares**, que incluyen afecciones como la hipertensión, la insuficiencia cardíaca, las arritmias y el colesterol alto, son algunas de las principales causas de enfermedades y muertes a nivel mundial.

Afortunadamente, existen medicamentos que pueden ayudar a controlar estos problemas y mejorar la salud del corazón. Sin embargo, es crucial entender cómo funcionan estos medicamentos, cómo tomarlos correctamente y qué precauciones seguir.

En este artículo, te proporcionamos una guía adaptada para pacientes sobre el uso de medicamentos cardiovasculares. Es importante que sigas siempre las indicaciones de tu médico y aclares cualquier duda que tengas sobre tu tratamiento.

1. ¿Qué son los medicamentos cardiovasculares?

Los medicamentos cardiovasculares son aquellos que se utilizan para tratar o controlar enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos. Estos fármacos pueden tener diferentes efectos, como reducir la presión arterial, controlar el colesterol, regular el ritmo cardíaco o mejorar la función del corazón.

Algunos de los medicamentos más comunes incluyen:

- **Antihipertensivos:** medicamentos para controlar la presión arterial alta.
- **Estatinas:** para reducir los niveles de colesterol LDL (colesterol malo).
- **Betabloqueantes:** ayudan a reducir la frecuencia cardíaca y la presión arterial.
- **Anticoagulantes y antiplaquetarios:** previenen la formación de coágulos sanguíneos.
- **Diuréticos:** ayudan a eliminar el exceso de líquidos en el cuerpo, reduciendo la carga sobre el corazón.
- **Medicamentos para la insuficiencia cardíaca:** mejoran la función del corazón y reducen los síntomas de esta condición.
- **Medicamentos para arritmias:** ayudan a regular el ritmo del corazón.

2. ¿Por qué son importantes los medicamentos cardiovasculares?

El uso de medicamentos cardiovasculares es fundamental para:

- **Controlar los factores de riesgo:** como la hipertensión, el colesterol alto y la diabetes, que contribuyen a las enfermedades del corazón.
- **Prevenir complicaciones graves:** como infartos, accidentes cerebrovasculares y problemas de circulación.
- **Mejorar la calidad de vida:** reduciendo los síntomas como la fatiga, la dificultad para respirar o el dolor en el pecho.

Cuando se utilizan correctamente, estos medicamentos pueden prevenir problemas graves y permitirte llevar una vida más activa y saludable.

3. Cómo tomar los medicamentos correctamente

Es fundamental seguir las indicaciones de tu médico al tomar cualquier medicamento cardiovascular. Aquí te dejamos algunas recomendaciones clave:

- **Sigue la dosis indicada:** no tomes más o menos cantidad de la prescrita. Aumentar la dosis puede causar efectos secundarios graves, mientras que reducirla podría hacer que el medicamento no sea eficaz.
- **Establece una rutina:** tomar tus medicamentos a la misma hora todos los días te ayudará a recordar y asegurar su efectividad.
- **No interrumpas el tratamiento sin consultar a tu médico:** si bien es posible que te sientas mejor con el tiempo, esto no significa que debas dejar de tomar tu medicación. Consulta a tu médico antes de hacer cualquier cambio.
- **Lee las instrucciones del medicamento:** algunos fármacos deben tomarse con alimentos, mientras que otros deben tomarse con el estómago vacío. Asegúrate de conocer las instrucciones específicas para cada medicamento.

• **Controla tus efectos secundarios:** si experimentas efectos secundarios, como mareos, náuseas o dolor abdominal, informa a tu médico. A veces es necesario ajustar la dosis o cambiar de medicamento.

4. Efectos secundarios comunes de los medicamentos cardiovasculares

Como con cualquier medicamento, los medicamentos cardiovasculares pueden tener efectos secundarios. Sin embargo, no todas las personas los experimentan, y los beneficios de los medicamentos suelen superar los riesgos. Algunos efectos secundarios comunes incluyen:

- **Estatinas:** dolores musculares, molestias en el estómago.
- **Betabloqueantes:** fatiga, mareos, o disminución de la frecuencia cardíaca.
- **Diuréticos:** deshidratación, bajos niveles de potasio.
- **Anticoagulantes:** sangrado o moretones fáciles.
- **Medicamentos para la insuficiencia cardíaca:** mareos, náuseas o presión baja.

Si experimentas efectos secundarios molestos o graves, es importante comunicarlo a tu médico para que pueda ajustar tu tratamiento.

5. Interacciones con otros medicamentos y alimentos

Algunos medicamentos cardiovasculares pueden interactuar con otros medicamentos o alimentos, lo que puede alterar su efectividad o aumentar el riesgo de efectos secundarios. Por ejemplo:

- **Anticoagulantes:** el consumo de alimentos ricos en vitamina K (como las espinacas) puede interferir con su acción.
- **Estatinas:** pueden interactuar con ciertos antibióticos o medicamentos antifúngicos, aumentando el riesgo de efectos secundarios.
- **Betabloqueantes:** pueden interactuar con

medicamentos para la diabetes, alterando el control de la glucosa en sangre.

Siempre informa a tu médico sobre todos los medicamentos que estás tomando, incluidos los suplementos y los medicamentos de venta libre.

6. Consejos para mejorar la eficiencia del tratamiento

Además de seguir las indicaciones médicas, aquí hay algunos consejos adicionales para mejorar la efectividad de tu tratamiento cardiovascular:

- **Mantén una dieta saludable:** come alimentos bajos en grasas saturadas y colesterol, ricos en fibra y antioxidantes.
- **Haz ejercicio regularmente:** la actividad física ayuda a controlar la presión arterial y mejora la salud cardiovascular.
- **Evita el alcohol y el tabaco:** estas sustancias pueden interferir con la acción de los medicamentos y empeorar la salud del corazón.
- **Realiza chequeos regulares:** consulta a tu médico regularmente para monitorear tu salud y ajustar el tratamiento si es necesario.

7. Conclusión

El uso de medicamentos cardiovasculares es una herramienta esencial para el control de enfermedades del corazón. Sin embargo, su efectividad depende de tomar los medicamentos correctamente, seguir las recomendaciones médicas y hacer cambios en el estilo de vida. Recuerda que tu médico está ahí para ayudarte, y es fundamental que comuniques cualquier preocupación o efecto secundario que experimentes.

Mantén una comunicación abierta con tu equipo de salud, sigue las indicaciones al pie de la letra, y adopta hábitos saludables para optimizar los beneficios de tu tratamiento cardiovascular.



Médicos y Profesional Sanitario

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

Nº caracteres: 3.000 ó 6.000, incluidos espacios entre palabras

Enviar artículos a: redaccion@zonahospitalaria.com



Recomendaciones alimentarias durante el embarazo

Jorge Montero Herrero, Natalia Romero Aldave, Miren Montoya Dufur, Cristian Aguirre Pérez y Rosario Pérez Portilla. TCAE en Hospital Universitario de Navarra

La dieta de una mujer embarazada es muy similar a la de una mujer no embarazada, con algunas diferencias clave relacionadas con la suplementación y la seguridad alimentaria.

A continuación se detallan las recomendaciones alimentarias para las futuras mamás, considerando tanto los alimentos beneficiosos como aquellos que deben evitarse.

- **Hortalizas.** Las hortalizas deben ser consumidas a diario, con una recomendación de 2 raciones al día. Es importante incluirlas tanto crudas, en ensaladas, como cocidas. Las hortalizas crudas deben ser desinfectadas antes de su consumo. Se debe evitar el consumo de algas, debido a su alto contenido en yodo, lo que podría generar riesgos para la tiroides durante el embarazo.
- **Frutas.** Se aconseja consumir 3 raciones de frutas al día, sin importar el momento en que se ingieran. Al igual que las hortalizas, las frutas que se consuman enteras o con piel deben desinfectarse. La fruta seca o deshidratada, como pasas, albaricoques secos y dátiles, puede ser una opción adecuada para meriendas o recetas, pero debe consumirse en pequeñas cantidades.
- **Cereales y tubérculos.** Dentro de este grupo se incluyen alimentos como pan, pasta, arroz, quinoa, patata y boniato. La recomendación es incluirlas en todas las comidas como acompañamiento, pero no como alimento principal. Es preferible elegir variedades integrales y de calidad.
- **Aceite de oliva virgen.** El aceite de oliva virgen extra es la grasa recomendada para cocinar y aliñar los platos durante el embarazo debido a sus beneficios para la salud.
- **Lácteos.** Se recomiendan 2-3 raciones de lácteos al día, preferiblemente leche semi o entera y yogur natural entero. Los quesos deben estar elaborados con leche pasteurizada. Es recomendable consumir estos alimentos en el desayuno o la merienda, para evitar que interfieran con la absorción de hierro.

- **Legumbres.** Las legumbres deben consumirse al menos dos veces a la semana. Son una excelente fuente de fibra y proteínas, por lo que deben incluirse en sopas, ensaladas o guisos.
- **Pescados.** Se aconseja consumir de 2 a 3 raciones de pescado a la semana, evitando especies como el pez espada, tiburón, atún rojo y lucio, debido a su contenido de metales pesados. El consumo de pescado crudo, como en el sushi, también debe evitarse.
- **Huevos.** Los huevos deben consumirse cocidos y no crudos. Se recomienda no superar los 4-6 huevos a la semana, y en caso de consumirse en mayor cantidad, deben ser cocidos completamente.
- **Carnes.** Se recomienda priorizar carnes blancas (pollo, conejo) sobre carnes rojas. Las carnes rojas magras, como el solomillo o la pierna de ternera, cerdo o cordero, pueden consumirse, pero en cantidades limitadas (300 g a la semana). Las carnes deben ser cocidas completamente.
- **Frutos secos.** Los frutos secos son una excelente fuente de nutrientes, pero deben consumirse en su forma natural o tostados sin sal. Se recomienda no exceder de seis nueces de Brasil al día.
- **Alimentos dulces y grasos.** El consumo de alimentos como azúcar, pasteles, refrescos, y embutidos grasos debe ser limitado debido a su alto contenido de azúcares, grasas y sal. Se recomienda no superar 4 raciones diarias de este tipo de alimentos.
- **Bebidas.** El agua debe ser la bebida principal. El consumo de zumos naturales debe limitarse a 150 ml al día, y el café, té o infusiones a 1 taza diaria. Las bebidas energéticas y alcohólicas deben evitarse por completo.
- **Sal y condimentos.** La sal recomendada debe ser yodada, y no se debe exceder de 6 g diarios, incluyendo la sal natural de los alimentos. El consumo de alimentos muy salados o picantes debe ser limitado.
- **Precauciones durante el embarazo.** Es fundamental mantener una buena higiene en la manipulación de alimentos y cocinar las carnes, pescados, mariscos y huevos a temperaturas superiores a los 70°C. Además, las mujeres embarazadas deben evitar el consumo de leche cruda, quesos no pasteurizados, algas, vísceras y agua de fuentes no tratadas.
- **Trastornos comunes y consejos dietéticos.** Durante el embarazo, pueden aparecer náuseas, pirois (reflujo) y estreñimiento. Los alimentos fríos y ligeros pueden aliviar las náuseas, mientras que fraccionar las comidas y evitar alimentos grasos puede ayudar con el reflujo. El consumo adecuado de fibra y líquidos es clave para prevenir el estreñimiento.
- **Objetivos de la alimentación durante el embarazo.** El objetivo principal es cubrir las necesidades nutricionales de la madre y del bebé, así como prepararse para el parto y la lactancia. Un aumento moderado de las calorías es necesario a partir del segundo trimestre, pero se debe evitar un aumento excesivo de peso.
- **Recomendaciones alimentarias adicionales.** Se recomienda planificar la alimentación semanalmente, comer de manera tranquila y evitar el uso excesivo de técnicas culinarias que aumenten el contenido calórico, como las frituras. Los antojos deben ser manejados de manera saludable, eligiendo alternativas nutritivas.
- **Manejo de antojos.** Es común experimentar antojos durante el embarazo, y se deben satisfacer de manera saludable. Optar por sustitutos como frutas frescas, yogur bajo en grasa o frutos secos puede ser una opción más nutritiva.

Este enfoque nutricional durante el embarazo no solo busca mantener la salud materna y fetal, sino también promover hábitos saludables que perduren más allá del embarazo.

Cómo prevenir la sarcopenia: mantén tu fuerza y vitalidad con el paso de los años

Natalia Romero Aldave, Rosario Pérez Portilla, Jorge Montero Herrero, Cristian Aguirre Pérez, María del Carmen Sánchez Eleno y María Josefa Asiain Urrizola. TCAE en Hospital Universitario de Navarra

La sarcopenia es una condición progresiva y generalizada del sistema musculoesquelético que implica la pérdida de masa, fuerza y función muscular. Aunque suele asociarse con el envejecimiento, no es una consecuencia inevitable. Puede prevenirse, retardarse e incluso revertirse con intervenciones adecuadas. La palabra “sarcopenia” proviene del griego sarx (carne) y penia (pérdida), lo cual resume muy bien esta condición: la pérdida del músculo con el paso de los años.

Este problema de salud no solo afecta la fuerza física, sino que también incrementa el riesgo de caídas, fracturas, discapacidad y pérdida de independencia en la tercera edad. Afortunadamente, el estilo de vida juega un papel crucial, y adoptar ciertas estrategias puede marcar una gran diferencia.

1. Entrenamiento de fuerza: el pilar fundamental

El ejercicio de resistencia o entrenamiento de fuerza es, sin duda, la herramienta más poderosa para prevenir la sarcopenia. Está demostrado que ayuda a aumentar tanto la masa muscular como la fuerza, incluso en adultos mayores de 80 años.

Ejercicios: levantamiento de pesas (mancuernas, barras). Máquinas de resistencia en gimnasio. Bandas elásticas. Calistenia (ejercicios con el peso corporal como sentadillas, flexiones, planchas).

Frecuencia recomendada: 2 a 4 veces por semana, trabajando todos los grupos musculares principales (piernas, espalda, brazos, pecho, abdomen).

Además, se recomienda una progresión gradual, empezando con cargas ligeras y aumentando conforme mejora la fuerza. El acompañamiento de un fisioterapeuta o entrenador calificado puede ser clave al inicio.

2. Alimentación rica en proteínas: nutrir para fortalecer

El músculo necesita materia prima para mantenerse y regenerarse. La proteína es esencial en este proceso, ya que aporta los aminoácidos necesarios para la síntesis muscular.

Recomendaciones nutricionales: ingerir entre 1.2 y 1.5 g de proteína por kg de peso corporal al día en adultos mayores activos. Distribuir la ingesta a lo largo del día (desayuno, comida, cena). Asegurar fuentes de proteína de alta calidad: huevos, pescados, pollo, carnes magras, legumbres, lácteos, soja, frutos secos.

También es importante considerar el rol de la leucina, un aminoácido clave en la activación de la síntesis proteica. Está presente en alimentos como el suero de leche, huevos y carnes.

3. Vitamina D y calcio: aliados del músculo y del hueso

La vitamina D no solo contribuye a la salud ósea, sino que también desempeña un papel importante en la función muscular. La deficiencia

de esta vitamina se ha relacionado con debilidad muscular, caídas y sarcopenia.

Fuentes de vitamina D: exposición solar (15-20 minutos diarios en brazos y cara). Pescados grasos como el salmón, atún y sardinas. Lácteos fortificados y huevos. Suplementos, si es necesario, bajo supervisión médica.

El calcio también es fundamental, ya que contribuye a la contracción muscular y a la prevención de la osteoporosis, condición que puede coexistir con la sarcopenia y agravar el riesgo de fracturas.

4. Mantenerse activo: moverse es medicina

El ejercicio no se limita al gimnasio. Las actividades físicas cotidianas ayudan a preservar la movilidad, el equilibrio y la coordinación.

Opciones accesibles: caminatas diarias de 30 minutos. Subir escaleras en lugar del ascensor. Bailar, nadar o practicar yoga. Jardinería, juegos con nietos o mascotas.

Incluso pequeñas dosis de movimiento a lo largo del día son preferibles al sedentarismo prolongado.

5. Combatir el sedentarismo: cada minuto cuenta

Permanecer sentado por largos periodos afecta negativamente la salud muscular. El cuerpo necesita movimiento constante para mantener sus funciones en óptimo estado.

Consejos prácticos: levantarse y estirarse cada 30-60 minutos. Usar un escritorio de pie si trabajas frente a una computadora. Hacer pequeñas caminatas dentro de casa o la oficina. Colocar recordatorios visuales para moverse (post-its, alarmas).

6. Mantener un peso corporal saludable

El exceso de grasa corporal, especialmente la grasa visceral, se asocia con inflamación crónica de bajo grado, la cual puede acelerar la pérdida muscular. Por otro lado, un peso corporal demasiado bajo puede indicar desnutrición o baja masa muscular.

Objetivo: evitar el sobrepeso y la pérdida excesiva de peso. Esto se logra a través de una dieta balanceada, rica en nutrientes, y una vida físicamente activa.

7. Control médico y evaluación funcional regular

Es fundamental realizar controles médicos periódicos, especialmente en adultos mayores.

El médico puede evaluar: niveles hormonales (testosterona, insulina, hormona del crecimiento). Análisis nutricional. Evaluación de la fuerza (test de agarre manual, sentadillas). Prescripción de suplementos si se requiere.

Además, algunos centros ofrecen densitometrías y bioimpedancias para medir la masa muscular.



MERRELL™

BOREAL

HH®
HellyHansen

THE
NORTH
FACE

S
salomon

trangoworld

H
H
H
HAGLÖFS

La mejor salud, con el deporte


la puertaverde
OUTDOOR · STORE



La Puerta Verde Panticosa
San Miguel, 22. 22661 Panticosa. Huesca
T 974 487 349
lapuertaverdepanticosa@hotmail.com

¿Cuándo me compraréis un móvil inteligente?



Teodoro Durá Travé. Profesor de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra

La vida actual está marcada por las denominadas tecnologías de la información y comunicación que, junto a la dimensión global de internet, se han propagado rápidamente en todos los ámbitos: el trabajo, las relaciones personales, el hogar, el entretenimiento, etc.

De hecho, existe un ambiente digital, que ya no se puede considerar «un mundo paralelo o puramente virtual», sino que forma parte de la realidad cotidiana. Pero, junto a un gran número de efectos positivos, este fenómeno presenta nuevos desafíos.

La versatilidad de los actuales dispositivos digitales (ordenadores portátiles, tabletas y teléfonos móviles), con posibilidad de conectarse a internet (dispositivos inteligentes), se han convertido en dispositivos multifuncionales (e-mails, mensajes de texto, audios, videollamadas, plataformas audiovisuales, videojuegos, redes sociales, etc.). Por su reducido tamaño son fácilmente transportables y, en consecuencia, permiten la accesibilidad a cualquier tipo de contenido audiovisual -sin supervisión de un adulto- que se puede consumir en cualquier sitio y lugar, empleando un tiempo indefinido.

Apenas han transcurrido unas décadas cuando los pediatras aconsejaban evitar el consumo abusivo de la televisión en niños y adolescentes, particularmente vulnerables a los contenidos y/o mensajes audiovisuales; y alertaban de sus efectos sobre la salud ocular, el sobrepeso y obesidad, y el impacto de visualizar contenidos eróticos y/o violentos en la alteración del comportamiento y en la salud mental. Actualmente, existe suficiente evidencia científica del impacto negativo del abuso de las tecnologías digitales -coloquialmente denominadas "pantallas"- sobre la salud física, mental y psicosocial de la población infantojuvenil (Tabla 1). Además, cabe resaltar que en los menores de 6 años existe evidencia de un impacto negativo en el desarrollo cognitivo y psicoafectivo de la exposición a las pantallas. Obviamente, dedicar mucho tiempo a las pantallas supone dejar de hacer muchas otras cosas (lectura, trabajo escolar, deportes, juegos, aficiones, convivencia familiar, relaciones sociales, etc.) imprescindibles para el desarrollo integral de la persona.

Recientemente han sido publicados los resultados de un estudio elaborado por UNICEF-España (2025) con 64.255 alumnos de 5º y

6º de Primaria y de ESO (entre 10 y 16 años de edad) sobre los usos de las pantallas. El 51,6% del alumnado de Primaria y el 92,8% de ESO dispone de su propio teléfono móvil. Respecto al uso de redes sociales, el 78,3% del alumnado de Primaria están registrados en alguna red social y el 43,6% en 3 o más; mientras que el 92,5% de los alumnos de ESO lo están al menos en una y el 75,8% en tres o más. Entre el alumnado de ESO, un 25,1% ha recibido mensajes, imágenes o videos de carácter sexual a través de medios digitales (sexting) y un 7,8% ha recibido alguna proposición sexual por parte de una persona adulta (ciberacoso). El 7,2% del alumnado de Primaria y el 33,2% de la ESO refieren haber visualizado contenidos pornográficos online, resultándoles "bastante" o "muy fácil" acceder a este tipo de contenidos. El 53,5% de los encuestados juega a videojuegos al menos "una vez a la semana" y el 18,7% "todos o casi todos los días"; y uno de cada cuatro jugadores (26,7%) consume videjuegos no recomendados para menores (juegos PEGI 18) por sus contenidos violentos o sexuales. En conclusión, este informe nos muestra una panorámica relativamente desalentadora: el acceso a pantallas con conexión al ciberespacio empieza a una edad muy temprana, y el uso de redes sociales se consolida antes incluso de la adolescencia, lo que conlleva graves desafíos emocionales y de convivencia. Actualmente, en la Pediatría se empieza a dar entidad a la salud digital; es decir, a la promoción de un uso seguro y saludable de los dispositivos digitales. En esta línea, tanto la Asociación Española de Pediatría (AEP) como la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y Adolescente (AEPNYA), conscientes del uso problemático de internet, han propuesto una serie de recomendaciones sobre el uso de pantallas en la infancia y adolescencia (Tabla 2). En consecuencia, internet no es un espacio seguro, sino un lugar con potenciales peligros para los menores de edad. Es esencial la formación de las familias, educadores y agentes sociales para fomentar un entorno digital seguro. Se deben desarrollar herramientas tecnológicas eficaces que protejan a los menores de contenidos para adultos, y también es crucial que la sociedad esté informada sobre los riesgos para la salud asociados al uso indiscriminado de las tecnologías de la información y comunicación en la edad infantojuvenil.

Tabla 1. Impacto negativo de las pantallas sobre la salud infantojuvenil

Salud física

- Trastornos del sueño
- Sedentarismo (disminución de la actividad física)
- Alimentación poco saludable (alimentos hipercalóricos)
- Mayor riesgo de obesidad
- Riesgo cardiovascular
- Fatiga visual

Salud mental

- Síntomas ansiosos-depresivos
- Conductas autolesivas e ideación suicida
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Aumento de la impulsividad y conductas agresivas

Salud psicosocial

- Aislamiento social y/o familiar
- Bajo rendimiento académico
- Baja autoestima
- Menor calidad de vida

Tabla 2. Recomendaciones sobre el uso de pantallas según las edades (AEP y AEPNYA)

0-6 años

- Evitar la exposición a pantallas
- Como excepción: videoconferencias familiares, en tiempos cortos y siempre bajo supervisión parental.

7-12 años

- Limitar el uso de pantallas a una hora diaria, incluyendo actividades educativas y recreativas.
- El uso de pantallas será idealmente sin acceso a internet, en espacios comunes de la casa, colocadas en lugar visible y con herramientas de control parental.
- Promover otras alternativas de entretenimiento (actividades deportivas, relaciones sociales, contacto con la naturaleza, ec.).

13-16 años

- Limitar el uso de pantallas a dos horas diarias, incluyendo actividades educativas y recreativas, y siempre con herramientas de control parental.
- Priorizar el uso de teléfonos sin acceso a internet, procurando retrasar la edad del primer móvil inteligente.
- Retrasar lo máximo posible el acceso a redes sociales.

Marta Erroz Ferrer

606 652 361

Entrenadora de Doma Clásica
(Técnico deportivo Nivel II)



CLUB HÍPICO ZOLINA

Ctra. Aranguren, Km 6

31192 Zolina - Navarra



Preparación de caballo y jinete para
competiciones de Doma Clásica



Clases particulares de iniciación
y tecnificación de Doma Clásica
con caballo particular o en cesión



Entrenamiento de caballos



Doma de caballos jóvenes



Asesoramiento para la compra y venta
de caballos