



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

www.zonahospitalaria.com añoXX julio-agosto 2026 n°120

SUMARIO

- 2 Eliminar varices sin cirugía
- 3 El corazón también tiene memoria: factores de riesgo cardiovascular en la mujer
- 4 Coxalgia en consulta, haz hueco para la eco
- 5 Soluciones innovadoras para Mejorar la salud de los pies
- 6 Corazón y Mente...
- 7 La neurorehabilitación: recuperar autonomía, recuperar vida
- 8 Unidad de Intervencionismo de Rehabilitación del HUN
- 9 Más allá de la radiografía: el CBCT como nueva frontera diagnóstica en patología de muñeca
- 10 Si mi hijo ronca, ¿cuándo debo preocuparme?
- 12 Cuando la maternidad se siente en las manos...
- 13 Tratamiento de varices sin pasar por el quirófano...
- 14 La comunicación del celador con pacientes difíciles o en situaciones de estrés
- 15 Enalta. Servicios funerarios
- 16 La diatermia y su papel en la recuperación del suelo pélvico
- 17 "Ojalá hubiera venido antes"
- 18 ¿Por qué hace frío en quirófano?
- 20 Calor, funciones ejecutivas y rendimiento académico en escolares
- 22 Cribado de sangre oculta en heces
- 23 La epidural: lo que te gustaría saber antes del parto
- 24 El segundo cerebro...
- 25 La Fibrilación Auricular...
- 26 ...altas temperaturas
- 28 Hombro congelado
- 30 Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño...
- 31 La soledad no deseada...
- 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



Eliminar varices sin cirugía



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



ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

|| 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.

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

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

varicessincirugia.org

Dr. José Manuel Jiménez Arribas

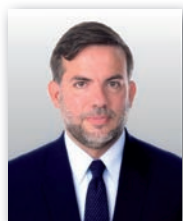
TRATAMIENTO NO INVASIVO DE ELIMINACIÓN DE VARICES

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

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

TRATAMIENTOS PERSONALIZADOS
Sin ingreso y sin baja laboral

El corazón también tiene memoria: factores de riesgo cardiovascular en la mujer



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



La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en la mujer. Se suele pensar en ella sólo cuando aparecen síntomas, pero muchas veces se desarrolla de forma silenciosa durante años. Además de factores clásicos como la hipertensión, la diabetes, el colesterol elevado o el tabaquismo, existen antecedentes propios de la mujer que ayudan a identificar un mayor riesgo cardiovascular mucho antes de que aparezcan un infarto o un ictus. La buena noticia es que conocer estos antecedentes permite actuar antes de que aparezca la enfermedad y proteger la salud del corazón a largo plazo.

¿Qué mujeres deberían prestar especial atención?

Conocer el riesgo cardiovascular es básico, pero hay situaciones en las que este conocimiento es especialmente importante porque reflejan una mayor vulnerabilidad:

- Menarquia precoz.
- Síndrome de ovario metabólico poliendocrino.
- Uso de anticonceptivos con estrógenos junto con otros factores de riesgo, especialmente el tabaquismo.
- Complicaciones del embarazo como la preeclampsia, la hipertensión gestacional, la diabetes gestacional, el parto prematuro o los problemas relacionados con la placenta.
- Menopausia precoz.
- Enfermedades autoinmunes y determinados tratamientos frente al cáncer de mama.

Estos antecedentes no significan que la mujer vaya a desarrollar una enfermedad cardiovascular, pero sí propician mayor probabilidad de presentarlas junto con otras patologías como hipertensión, diabetes o alteraciones del colesterol.

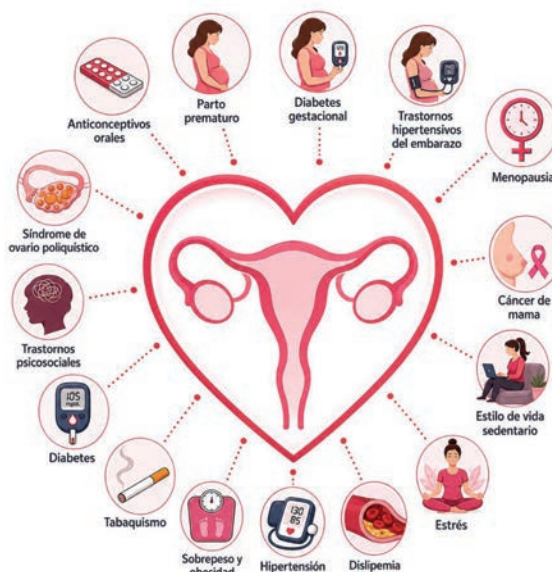


IMAGEN CREADA POR IA

¿Cómo proteger nuestro corazón?

La prevención comienza identificando estos antecedentes durante las revisiones ginecológicas. A partir de esa información, el seguimiento se adaptará al riesgo cardiovascular de cada mujer y, cuando sea necesario, se completará con la participación de otros profesionales. Además, mantener una alimentación saludable, realizar actividad física regularmente, no fumar y controlar la presión arterial, el colesterol y la glucosa son medidas sencillas que ayudan a proteger el corazón. La historia ginecológica es clave para la prevención de patologías cardiovasculares. Hoy sabemos que la mejor prevención requiere un trabajo en equipo, en el que ginecólogos, médicos de Atención Primaria y cardiólogos unen esfuerzos para identificar estos antecedentes, ofrecer una atención personalizada y cuidar la salud cardiovascular de la mujer en todas las etapas de su vida.

Autora: 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.doctorazcarate.com

Dra. Leire Martinicorena
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.laboratoriobelienperfecto.com

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

Centro Sanitario Mendebalde
Calle Iruriarrea, 7 - Bajo
31008, Pamplona

Coxalgia en consulta, haz hueco para la eco

Celia Armañac Cadenas.

MIR Pediatría. Hospital Universitario de Navarra.

Jorge Álvarez García. *Pediatra. CS de Ansoain.*

Estibaliz Sáez López. *DUE Unidad de Calidad y Sistemas de Información en Cuidados del Hospital Universitario de Navarra.*

María García Ayerra. *Pediatra CS de Ansoain.*

María Erroz Ferrer. *FEA Servicio Pediatría del Hospital Universitario de Navarra*

La sinovitis transitoria de cadera constituye la causa más frecuente de cojera en la edad pediátrica entre los 3 y los 11 años. Clínicamente, se caracteriza por un inicio brusco de cojera y rechazo de la marcha, sin asociar sintomatología sistémica como afectación de estado general o fiebre elevada. Su diagnóstico debe establecerse siempre en correlación con el contexto clínico, dado que es necesario diferenciarla de otras patologías, como la artritis séptica o, en función de su evolución, la enfermedad de Perthes.

La ecografía constituye una herramienta accesible y de primera elección para su valoración. En condiciones normales, la cápsula articular se visualiza como una estructura lineal que discurre paralela a la cortical del cuello femoral, con una morfología cóncava. Ante la presencia de derrame articular, este se identifica como una colección anecoica que distiende la cápsula articular, adquiriendo una morfología convexa. Se considera patológico cuando el grosor del derrame supera los 5 mm o existe una diferencia igual o superior a 2 mm respecto a la cadera contralateral. El contenido del derrame en la sinovitis transitoria es típicamente anecoico; la presencia de ecos en su interior debe orientar hacia una etiología infecciosa o hemorrágica.

El principal diagnóstico diferencial a tener en cuenta es la artritis séptica. A pesar de que la ecografía no permite discriminar con total seguridad la artritis séptica de la sinovitis, ya que ambas entidades pueden manifestarse con derrame y engrosamiento sinovial, existen hallazgos ecográficos que orientan hacia una etiología infecciosa, como:

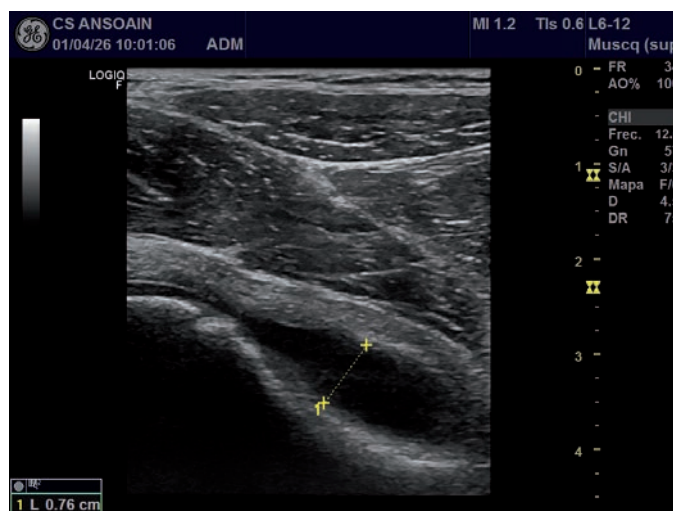


IMAGEN 1. DISTENSIÓN DE CÁPSULA SINOVIOL CON MORFOLOGÍA CONVEXA CON CONTENIDO ANECOICO EN SU INTERIOR DE 7.6 MM

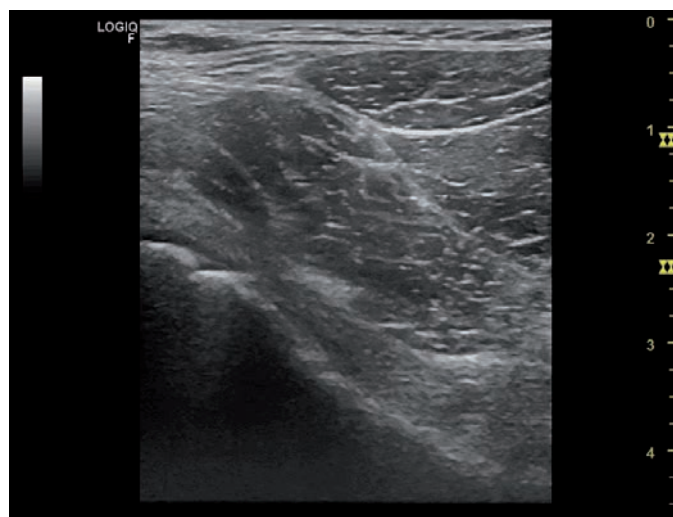


IMAGEN 2. CADERA CONTRALATERAL CON MORFOLOGÍA CÓNCAVA DE CÁPSULA SIN LÍQUIDO EN SU INTERIOR

la presencia de ecos internos o imágenes hiperecogénicas (detritus, septos), un mayor volumen del derrame y una hipervascularización en el estudio Doppler. Ninguno de estos hallazgos es patognomónico, por lo que el diagnóstico de artritis séptica debe tener en cuenta el contexto clínico-analítico del paciente. La presencia de fiebre, sintomatología infecciosa o alteraciones en los parámetros analíticos, sobre todo elevación de la PCR, leucocitosis o aumento de la VSG, nos orientaría hacia un origen séptico, siendo la prueba gold standard para el diagnóstico la realización de una artrocentesis. En el caso de la sinovitis transitoria de cadera, la analítica no suele mostrar alteraciones.

Otro diagnóstico diferencial a tener en cuenta sería el hemartros en el contexto de procesos traumáticos. Ecográficamente, se evidencia un derrame articular cuyo contenido, en presencia de sangre, muestra señales ecogénicas, a diferencia del líquido sinovial normal que se caracteriza por ser anecoico. El patrón ecográfico en el hemartros evoluciona con el tiempo: en la fase aguda predominan ecos móviles en suspensión, mientras que con el transcurso de los días, se identifican coágulos organizados de aspecto hiperecogénico.

Soluciones innovadoras para Mejorar la salud de los pies

Clínica Podológica Ayesa está especializada en cirugía de mínima incisión (MIS), una técnica segura y precisa para corregir deformidades del pie con rápida recuperación

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 nuestra clínica. Estas alteraciones afectan a la estética y comprometen la calidad de vida del paciente, dificultando el caminar, y el uso del calzado habitual. El tratamiento conservador, como la adaptación del calzado o el uso de plantillas personalizadas puede aliviar los síntomas, existen situaciones donde la corrección definitiva requiere una intervención quirúrgica. En los últimos años, los avances tecnológicos han permitido desarrollar técnicas menos invasivas, más seguras y con una recuperación notablemente más rápida y confortable. Como solución de vanguardia, la cirugía que se practica en Clínica Podológica Ayesa, de tipo (MIS), cirugía de mínima incisión, permite actuar sobre las estructuras responsables de la deformidad mediante microincisiones, reduciendo de forma significativa la agresión sobre los tejidos blandos. Este enfoque innovador aporta importantes beneficios clínicos: menor inflamación y dolor tras la intervención, reducción del riesgo de complicaciones, facilitando una recuperación funcional más rápida. El paciente sale caminando.



Las intervenciones se realizan de forma ambulatoria, bajo anestesia local y con tecnología especializada, que incluye material específico para cirugía MIS, y control fluoroscópico intraoperatorio. Este sistema permite comprobar en tiempo real la correcta alineación de los dedos, facilitando resultados precisos y seguros que permiten al paciente regresar al domicilio caminando en el mismo día. Esto exige un entorno de gran especialización, como el que ofrece la **Clínica Podológica Ayesa** con sus instalaciones en **Pamplona** en Avenida San Ignacio N12 y en **Bilbao** en Calle Rodríguez Arias N5. En sus instalaciones la integración de recursos avanzados como la ecografía musculoesquelética, la plataforma de presiones y la tecnología invasiva 2.0 permite ofrecer una atención mucho más precisa segura y personalizada.

Nueva apertura de instalaciones

Clínica Podológica Ayesa, trasladará después del verano su actividad a la calle Emilio Arrieta N16, donde dispone de un nuevo centro de más de 750 m2. Las instalaciones integran la tecnología más puntera para garantizar resultados de máxima precisión de la mano del Doctor Javier Ayesa



► **Contacto:** Para obtener más información o solicitar una cita, contacte por teléfono en el 948.15.36.22 o acceda a la página web www.clinicayesa.es escaneando este código QR.

PLANTILLAS PERSONALIZADAS

Camina sin dolor

Neuromas, Dedos en garra, Fascitis

TECNOLOGÍA MINI INVASIVA

948 153 622
621 328 851

PAMPLONA
Avd. San Ignacio, 12

Valoración quirúrgica GRATUITA

ADIÓS A LOS JUANETES.

CLINICA **AYESA**
PODLOGÍA AVANZADA

Corazón y Mente:

la Salud Cardiovascular en el Paciente Psiquiátrico



Mercedes Vicente de Vera Bueno. MIR de 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.
Olivia Varó Torrecillas. MIR de Ginecología en el Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia.
Ana Vega Díez. MIR de Psiquiatría en la Fundación Jove de Asturias.
Albert Gil Arrieta. MIR de Cirugía General en el Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona



La salud mental y la salud del corazón están profundamente conectadas. Las personas que viven con trastornos psiquiátricos —como depresión, ansiedad, trastorno bipolar o esquizofrenia— tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Este riesgo no debe alarmar, sino motivar a conocer mejor la relación entre mente y corazón para actuar a tiempo.

Por qué la salud mental influye en el corazón

1. Factores biológicos

Los estados prolongados de estrés, ansiedad o depresión pueden aumentar hormonas como el cortisol y la adrenalina. Cuando estos niveles se mantienen elevados, favorecen la hipertensión, la inflamación y alteraciones del metabolismo, lo que aumenta el riesgo cardiovascular.

2. Hábitos de vida

Los trastornos psiquiátricos pueden dificultar mantener hábitos saludables: hacer ejercicio regularmente, alimentarse bien, evitar el tabaco o mantener horarios de sueño estables. Estos factores influyen directamente en el funcionamiento del corazón.

3. Medicación psiquiátrica

Algunos fármacos utilizados en psiquiatría pueden provocar aumento de peso, cambios en los niveles de azúcar o colesterol, o incluso elevar la presión arterial. Esto no debe ser motivo para suspenderlos, sino para hacer controles periódicos y ajustar los tratamientos según sea necesario.

Enfermedades cardiovasculares más frecuentes en estos pacientes

Las personas con trastornos psiquiátricos pueden tener un mayor riesgo de sufrir: Hipertensión arterial | Enfermedad coronaria | Arritmias | Insuficiencia cardíaca | Diabetes o síndrome metabólico. El riesgo aumenta especialmente en presencia de depresión mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia o ansiedad severa.

Síntomas que pueden confundirse

En ocasiones, síntomas cardíacos pueden atribuirse erróneamente a ansiedad o estrés. Esto retrasa el diagnóstico. Es importante consultar si aparecen: Palpitaciones | Dolor en el pecho | Falta de aire | Mareos o desmayos | Fatiga excesiva | Hinchazón en los tobillos. No todos estos síntomas indican una enfermedad grave, pero sí merecen ser valorados.

El reto del autocuidado

El autocuidado puede ser más complejo en pacientes psiquiátricos debido a fluctuaciones del ánimo, la motivación o la energía. Para facilitarlo, se recomienda: Crear rutinas sencillas y realistas | Evitar metas demasiado exigentes | Contar con apoyo familiar o social | Mantener seguimiento regular con el equipo de salud mental y con atención primaria.

La intervención combinada psiquiátrica y médica mejora los resultados y la calidad de vida.

El papel del entorno y del equipo sanitario

El apoyo de familiares, cuidadores y profesionales es fundamental. Pueden ayudar a: Recordar citas y controles médicos | Fomentar hábitos saludables | Detectar cambios en el estado emocional o síntomas físicos | Mantener un entorno estable y comprensivo.

La comunicación fluida entre psiquiatría, medicina general y cardiología favorece una atención integral.

Consejos prácticos para cuidar la salud cardiovascular

Realizar actividad física diaria adaptada a cada persona | Seguir una alimentación equilibrada, rica en frutas, verduras, legumbres y pescado | Evitar el tabaco y limitar el consumo de alcohol | Dormir adecuadamente y mantener horarios regulares | Tomar la medicación exactamente como ha sido indicada | Controlar periódicamente el peso, la presión arterial, el azúcar y el colesterol | Consultar ante tristeza persistente, ansiedad intensa o cambios importantes en el ánimo.

Conclusión

La relación entre salud mental y salud cardiovascular es estrecha y significativa. Los pacientes con trastornos psiquiátricos pueden tener un mayor riesgo de enfermedad cardíaca, pero también disponen de múltiples herramientas para prevenirla y controlarla. Un enfoque integral, que combine apoyo emocional, tratamiento adecuado y hábitos saludables, permite mejorar el bienestar general. Cuidar la mente es también cuidar el corazón.



La neurorehabilitación: recuperar autonomía, recuperar vida



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

La atención a personas que han sufrido un ictus, una fractura, una cirugía compleja o una pérdida funcional importante ha evolucionado de forma notable.

Hoy sabemos que la recuperación no depende solo del tratamiento médico, sino también de una intervención precoz, intensiva, coordinada y centrada en la persona. En este contexto, la Unidad de Rehabilitación Funcional (URF) es un recurso clave para favorecer el retorno a la máxima autonomía posible.

La neurorehabilitación es uno de los pilares de este proceso. Tras una lesión neurológica, el cerebro conserva capacidad de reorganización, conocida como neuroplasticidad. Esta posibilidad de crear nuevas conexiones necesita estímulo, repetición y objetivos claros. Por eso, iniciar la rehabilitación cuanto antes, siempre que la situación clínica lo permita, mejora las oportunidades de recuperación funcional y reduce el riesgo de dependencia.

En Bidealde, la URF ofrece atención especializada para personas que necesitan rehabilitación intensiva tras un proceso hospitalario, una enfermedad neurológica, una cirugía o una pérdida funcional. El trabajo interdisciplinar entre medicina, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, psicología y trabajo social permite diseñar itinerarios personalizados y adaptados a los objetivos reales de cada persona. No se trata solo de caminar mejor o ganar fuerza, sino de recuperar seguridad, autonomía en la vida diaria y capacidad para volver al propio proyecto de vida.

Pero la rehabilitación no ocurre únicamente en la sala de terapia. El entorno también rehabilita. Una habitación cómoda, un espacio tranquilo, el descanso adecuado y la

presencia cercana de la familia influyen en el bienestar emocional y en la adherencia al tratamiento. Por ello, Bidealde ha incorporado un nuevo concepto dentro de su URF: las Suites Bidealde.

Estas suites integran servicios hoteleros de alto confort dentro de un entorno sociosanitario especializado. Habitaciones amplias y luminosas, zonas de descanso para familiares, mobiliario cuidado y una ambientación cálida permiten vivir la recuperación desde la seguridad, la intimidad y la dignidad. Este enfoque une dos dimensiones que nunca deberían separarse: la calidad asistencial y el cuidado del ambiente.

La combinación de neurorehabilitación especializada, seguimiento profesional y servicios hoteleros convierte a la URF de Bidealde en una propuesta innovadora en el ámbito sociosanitario navarro. Un modelo que entiende que rehabilitar no es únicamente recuperar una función perdida, sino acompañar en el camino a la persona para que vuelva a sentirse plena, confiada y protagonista de su vida.

Patricia Gutiérrez Robles
Directora CSS IDEA Bidealde

Unidad de Intervencionismo de Rehabilitación del Hospital Universitario de Navarra

Dr. Sergio Oblare Arévalo, Dr. Miguel Moreno Casas, Dra. Elena Roldán Arcelus y Dra. Lourdes Antolín Horno.

Médicos adjuntos especialistas en Rehabilitación del Hospital Universitario de Navarra



Desde la creación de la especialidad de **Medicina Física y Rehabilitación** en España en 1969, esta disciplina ha experimentado una profunda transformación impulsada por los avances científicos y tecnológicos.

La incorporación de nuevas herramientas diagnósticas y terapéuticas ha permitido ampliar las capacidades asistenciales del médico rehabilitador, mejorando la precisión diagnóstica y la eficacia de los tratamientos. Entre estos avances, el intervencionismo guiado por ecografía ha supuesto un hito en el abordaje de numerosas patologías del aparato locomotor y del sistema nervioso periférico.

En este contexto, la Unidad de Intervencionismo de Rehabilitación del Hospital Universitario de Navarra se ha consolidado como un recurso especializado que permite ofrecer tratamientos mínimamente invasivos, precisos y seguros, integrados dentro de un plan rehabilitador global orientado a mejorar la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes.

El intervencionismo consiste en la realización de procedimientos terapéuticos utilizando la ecografía como guía en tiempo real. Esta técnica permite visualizar con exactitud las estructuras anatómicas sobre las que se va a actuar, aumentando la precisión del procedimiento y minimizando el riesgo de lesiones en tejidos vecinos.

Gracias a esta tecnología, es posible tratar de forma dirigida articulaciones, tendones, músculos y nervios periféricos, adaptando cada procedimiento a las características individuales de cada paciente.

Aunque tradicionalmente las infiltraciones han sido la técnica más conocida, el intervencionismo moderno abarca un amplio abanico de procedimientos. Uno de los aspectos más innovadores de la unidad es

la posibilidad de realizar procedimientos dirigidos sobre estructuras nerviosas.

Los bloqueos nerviosos ecoguiados permiten identificar y tratar determinadas fuentes de dolor. Entre ellos se incluyen procedimientos sobre nervios del hombro, los nervios de la rodilla y cadera, entre otros. Asimismo, la unidad realiza técnicas específicas como la hidrodilatación en la capsulitis adhesiva de hombro u hombro congelado, procedimiento que puede mejorar significativamente la movilidad articular y reducir el dolor en pacientes con limitaciones funcionales importantes. Muchos pacientes presentan dolor persistente o limitación funcional a pesar de haber realizado tratamientos con fármacos o fisioterapia. En estos casos, el intervencionismo ecoguiado puede constituir una alternativa eficaz antes de plantear procedimientos más invasivos.

Su objetivo no es sustituir al ejercicio físico, sino potenciar sus resultados y facilitar la recuperación funcional. De hecho, la evidencia científica actual continúa señalando al ejercicio físico terapéutico como el pilar fundamental del tratamiento rehabilitador, pero la combinación de técnicas intervencionistas con programas individualizados de ejercicio permite obtener mejores resultados que cualquiera de estas estrategias por separado.

La realización de estos procedimientos de forma ambulatoria constituye otra de sus ventajas. La mayoría de los pacientes pueden reincorporarse a sus actividades habituales de manera inmediata o en un corto periodo de tiempo, evitando ingresos hospitalarios y favoreciendo una recuperación más rápida.

El intervencionismo ecoguiado representa una de las áreas de mayor desarrollo dentro de la Medicina Física y Rehabilitación. La continua incorporación de nuevas técnicas y el avance de la ecografía musculoesquelética están ampliando las posibilidades terapéuticas disponibles para pacientes con patologías cada vez más complejas.

La Unidad de Intervencionismo de Rehabilitación del Hospital Universitario de Navarra constituye un ejemplo de esta evolución, ofreciendo tratamientos de precisión integrados en una visión global de la recuperación funcional, con el objetivo último de mejorar la autonomía, la calidad de vida y optimizar los tiempos de recuperación de los pacientes.

Más allá de la radiografía: el CBCT como nueva frontera diagnóstica en patología de muñeca

La muñeca es una articulación compleja donde lesiones pequeñas pueden pasar desapercibidas con las técnicas de imagen habituales. La fractura de escafoides, 60%-70% de las fracturas de carpo, es el ejemplo paradigmático: la radiografía simple tiene una sensibilidad de solo 65-85% en las primeras horas, dejando sin diagnosticar entre 1 y 3 de cada 10 casos. El infradiagnóstico puede derivar en pseudoartrosis o necrosis avascular del polo proximal, con consecuencias funcionales permanentes.

El CBCT (tomografía de haz cónico) ofrece una alta resolución espacial lo que permite visualizar trazos de fractura de apenas una décima de milímetro en anchura, indetectables en cualquier otra modalidad de imagen ambulatoria. Todo esto, con menor dosis de radiación que la TAC convencional gracias a la tecnología aplicada.

¿En qué ámbito es interesante el uso del CBCT?

- **Escafoides:** diagnóstico precoz, evaluación de desplazamiento y localización del trazo, así como seguimiento de la consolidación.

- **Otros huesos del carpo:** detección de fracturas de ganchoso, semilunar, piramidal y osteocondrales del radio distal, aún más difíciles de diagnosticar con la radiografía convencional.

- **Artro-CBCT:** con contraste intraarticular, permite evaluar el ligamento escafolunar, entre otras estructuras, causa principal de inestabilidad carpiana.

- **Radio distal:** valoración de afectación articular y consolidación postoperatoria gracias a su herramienta para reducir los artefactos metálicos producidos por el material de osteosíntesis.

- **Pseudoartrosis/necrosis avascular:** análisis de interfase de fractura y viabilidad ósea.

¿Qué diferencia el CBCT de la tecnología disponible hasta ahora?

Frente a las radiografías convencionales, presenta mayor sensibilidad y evita sin superposición



SALA DONDE SE UBICA EL NEWTON 7G, EN LA CLÍNICA DE ESPECIALIDAD SIC MAXILOFACIAL, EN CALLE LEYRE 17



ARTRO CBCT - CARPO

RECONSTRUCCIÓN 3D
DE UNA MUÑECA,
GRACIAS A LA
TECNOLOGÍA CBCT



de estructuras; frente a la TAC, menor dosis y mayor accesibilidad; frente a la RM (gold standard en tejidos blandos y fracturas trabeculares), mayor disponibilidad y rapidez, aunque ambas técnicas son complementarias.

El CBCT Newton 7G llega para transformar el diagnóstico de la pa-

tología de muñeca, posicionándose como la nueva referencia frente a la radiografía convencional en las fracturas y otras lesiones del carpo, representando un salto cualitativo con beneficios directos y medibles para nuestros pacientes: menos pseudoartrosis, menos inmovilizaciones innecesarias y una incorporación laboral más temprana.

SIC Maxilofacial:
Dres. Amaia y Joaquín
Garatea

C/ Leyre, 17, Pamplona
www.maxilofacialsic.com
948 178 399



Si mi hijo ronca, ¿cuándo debo preocuparme?

*María Erroz Ferrer, Natividad Viguria Sánchez y Laura Moreno Galarraga.
Servicio de Neumología Pediátrica. Hospital Universitario de Navarra*

Los trastornos respiratorios del sueño en la infancia abarcan un amplio espectro clínico que puede ir desde el ronquido habitual hasta la apnea obstructiva del sueño (AOS). Conocer las características principales de este síndrome y los signos de alarma por los que consultar ayudará a los padres de niños roncadores a saber cuándo es necesario solicitar una valoración médica.

¿Qué es la apnea obstructiva del sueño?

La AOS es un trastorno respiratorio del sueño caracterizado por episodios repetidos de obstrucción parcial o completa de la vía aérea superior durante el sueño, que alteran la ventilación normal y la calidad del descanso.

Presenta una prevalencia estimada del 1-5% en la población infantil. Su pico de incidencia ocurre entre los 2 y 6 años, presentando una mejoría posterior conforme aumenta la edad.

Existen diferencias importantes entre la AOS en adultos y en niños, tanto en las causas que la producen como en su presentación clínica.

Los factores que pueden favorecer su aparición están relacionados con características anatómicas que provoquen una obstrucción de la

vía aérea superior, como la hipertrofia adenoamigdal (las conocidas "amígdalas y vegetaciones"), malformaciones craneofaciales, obesidad, enfermedades neuromusculares o neurológicas, algunos síndromes genéticos (como el síndrome de Down o el síndrome de Prader-Willi), la prematuridad, la exposición al humo del tabaco o los antecedentes familiares de AOS.

¿Qué síntomas pueden hacernos sospechar un AOS?

Entre los síntomas nocturnos destacan el ronquido, la respiración dificultosa durante el sueño, la respiración bucal, el sueño inquieto con despertares frecuentes, las pesadillas o terrores nocturnos, la sudoración intensa y los escapes nocturnos de orina persistentes.

La alteración del descanso nocturno puede repercutir durante el día y manifestarse como cansancio, somnolencia, dolores de cabeza frecuentes, alteraciones conductuales con hiperactividad o déficit de atención, o disminución del rendimiento escolar.

La importancia del AOS radica en su posible impacto negativo sobre el desarrollo cognitivo, metabólico y cardiovascular del niño. En los casos más graves puede asociarse a hipertensión arterial, alteraciones del crecimiento y problemas cognitivos con afectación de la memoria de trabajo, el razonamiento y las funciones ejecutivas.

¿Cómo se diagnostica?

La diferencia principal entre un niño con ronquido y un niño con AOS es la presencia de apneas durante el sueño. Estas apneas son pausas respiratorias que pueden acompañarse de movimientos torácicos indicativos de esfuerzo respiratorio, seguidos de despertares o microdespertares.

Una medida muy útil para orientar el diagnóstico es realizar una grabación en vídeo del niño durante el sueño, especialmente cuando esté roncando o existan sospechas de pausas respiratorias. Una grabación de unos 30 minutos puede aportar información muy valiosa al pediatra.

Cuando la sospecha clínica es elevada, la prueba diagnóstica de referencia es la **polisomnografía nocturna**. Esta prueba se realiza durante una noche en el hospital y registra parámetros cerebrales, cardiorrespiratorios y musculares, permitiendo confirmar la presencia de apneas, diferenciar si son obstructivas o centrales y determinar la gravedad del trastorno.

¿Cuál es el tratamiento?

El tratamiento dependerá de la causa y de la gravedad del cuadro.

En los casos asociados a obesidad, una de las medidas fundamentales será la pérdida de peso. Cuando existe sospecha de obstrucción de la vía aérea superior por hipertrofia adenoamigdal, se solicitará una valoración por Otorrinolaringología para determinar si es necesario realizar tratamiento quirúrgico.

En algunas malformaciones craneofaciales pueden utilizarse dispositivos intraorales, como determinados aparatos de ortodoncia o expansión maxilar, y en casos seleccionados puede plantearse cirugía correctora.

Por último, cuando persisten las apneas pese al tratamiento de las causas identificadas, existen dispositivos de ventilación no invasiva que, mediante la administración de aire a presión durante el sueño, ayudan a mantener abierta la vía aérea y reducen el número de apneas y los síntomas asociados.

Conclusión

Los niños que roncan de forma habitual —más de tres noches por semana y fuera del contexto de infecciones respiratorias— son aquellos en los que conviene prestar especial atención a la aparición de signos de alarma como pausas respiratorias durante el sueño, despertares frecuentes, respiración bucal persistente, sueño inquieto, somnolencia diurna o alteraciones de la conducta y del rendimiento escolar.

Sin embargo, es importante recordar que no todos los niños que roncan presentan apnea obstructiva del sueño. La presencia aislada de ronquido no implica necesariamente una enfermedad. No obstante, cuando aparecen alguno de los signos de alarma descritos, es recomendable consultar con el pediatra.

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 publrreportajes) 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

Cuando la maternidad se siente en las manos: ¿Por qué duelen en el embarazo y la lactancia?

Dra. Verónica Machado Torres

Cirujía Ortopédica y Traumatología. Hospital San Juan de Dios
Nº de colegiado: 203108070



El embarazo y la llegada de un bebé traen consigo cambios profundos en el cuerpo, incluidas las manos. Sentir hormigueo, dolor al levantar al bebé o notar que un dedo "se engancha" son situaciones muy comunes durante el embarazo y la lactancia.

¿A qué se deben y cómo se tratan?

El principal responsable durante la gestación es la **retención de líquidos**, provocada por los cambios hormonales. Este exceso de fluido se acumula en todo el cuerpo, incluyendo las manos. Al haber más líquido en espacios tan estrechos como las articulaciones de las manos, las estructuras internas se inflaman y comprimen.

Más adelante, durante la lactancia y la crianza, se suma el **factor mecánico**: la postura al sostener la cabeza del bebé, cargar el cochecito o el gesto repetitivo de amamantar o extraer leche sobrecarga los tendones de la muñeca.

Las tres molestias más frecuentes

- **Síndrome del Túnel Carpiano:** el líquido acumulado presiona el nervio mediano a su paso por la muñeca, provocando hormigueos, adormecimiento o dolor en los dedos (especialmente pulgar, índice y medio), que suele empeorar por las noches.
- **Tenosinovitis de De Quervain:** es la inflamación de los tendones que mueven el pulgar. El gesto repetitivo de acunar, levantar al bebé metiendo las manos bajo sus axilas o mantener la postura durante la lactancia sobrecarga esta zona de forma drástica.

- **Dedos en resorte:** ocurre cuando los tendones que flexionan los dedos se inflaman y se "atascan" en su vaina. El dedo se queda momentáneamente flexionado y, al estirarlo, da un pequeño salto o chasquido.

¿Existe solución?

La gran mayoría de estos casos son temporales y mejoran notablemente tras el parto o al estabilizarse las hormonas tras el destete. Mientras tanto, el tratamiento se enfoca en aliviar los síntomas de forma segura, sin comprometer la lactancia.

- 1. Medidas locales:** el uso de **férulas o muñequeras de reposo**, especialmente por las noches mantiene la muñeca en una posición neutra, reduciendo la presión y el dolor. Además, aplicar frío local durante 10-15 minutos en las zonas afectadas ayuda a reducir la inflamación.
- 2. Cuidado postural:** al amamantar al bebé, es útil el uso de almohadones de lactancia para no cargar todo el peso en las muñecas.
- 3. Fisioterapia:** masajes de drenaje, estiramientos suaves y medidas antiinflamatorias.
- 4. Tratamiento médico:** si el dolor es limitante, el especialista puede evaluar analgésicos compatibles con esta etapa o, en casos muy severos, una infiltración local.

Sufrir dolor no tiene que ser parte obligatoria de la maternidad. Si las molestias dificultan tareas básicas del cuidado personal o del bebé, o interfieren con el descanso, consultar con un especialista en traumatología de mano permitirá pasar esta etapa con una mejor calidad de vida.

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

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

Combinación de tecnologías para mejorar los resultados



Dr. Leopoldo Fernández Alonso

Especialista en Cirugía Vascular

C/ Cataluña, 8 Bajo Trasera (Soto Lezkairu). 31006 Pamplona

www.leopoldofernandez.com

Cerca del 30% de la población navarra tiene varices 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
drleopoldofernandez@gmail.com

www.leopoldofernandez.com



GPS-C2261/1/14-NA

La comunicación del celador con pacientes difíciles o en situaciones de estrés

Gorka Adot Jiménez. Celador en el Hospital Universitario de Navarra

En el entorno sanitario, el celador suele ser uno de los primeros y más frecuentes contactos del paciente con el sistema de salud. Dolor, miedo, incertidumbre o enfado son emociones habituales que pueden dar lugar a situaciones de tensión. En este contexto, las habilidades de comunicación y el respeto se convierten en herramientas fundamentales para el desempeño profesional del celador.

¿Por qué surgen pacientes "difíciles"?

Un paciente no es difícil por elección. Generalmente, detrás de una actitud agresiva o defensiva encontramos:

- Dolor físico o malestar intenso.
 - Miedo ante un diagnóstico o una prueba.
 - Ansiedad por la espera o la falta de información.
 - Sensación de pérdida de control.
 - Problemas personales o emocionales previos.
- Comprender esto ayuda al celador a no personalizar la situación y a responder de manera más eficaz y profesional.

La importancia del respeto en la comunicación

El respeto es la base de cualquier interacción sanitaria. Para el celador implica:

- Tratar al paciente con dignidad, independientemente de su actitud.
 - Dirigirse a él con un lenguaje adecuado y tono calmado.
 - Respetar su intimidad y su ritmo.
 - Evitar comentarios irónicos, despectivos o gestos de impaciencia.
- Un trato respetuoso no solo reduce conflictos, sino que mejora la percepción del cuidado recibido.

Estrategias de comunicación eficaz

Algunas pautas prácticas que pueden marcar la diferencia:

1. Escucha activa

Permitir que el paciente se exprese, sin interrumpir, demuestra interés y reduce la tensión. A veces, ser escuchado ya calma la situación.

2. Lenguaje claro y sencillo

Explicar lo que se va a hacer de forma breve y comprensible disminuye la ansiedad del paciente.

3. Control del lenguaje no verbal

La postura, el contacto visual y los gestos transmiten tanto como las palabras. Una actitud abierta y tranquila genera confianza.

4. Mantener la calma

Responder con serenidad ante una actitud agresiva evita que el conflicto escale.

5. Marcar límites con educación

El respeto es bidireccional. Ante faltas de respeto, es importante mantener la firmeza sin perder la corrección.

El celador como figura clave en situaciones de estrés

Durante traslados, ingresos, altas o pruebas diagnósticas, el celador acompaña al paciente en momentos especialmente vulnerables. Su capacidad para **transmitir tranquilidad y seguridad** puede aliviar notablemente el estrés del paciente y facilitar el trabajo del resto del equipo sanitario.

Conclusión

La comunicación con pacientes difíciles o en situaciones de estrés forma parte habitual del trabajo del celador. Desarrollar habilidades humanas basadas en el respeto, la empatía y la calma no solo mejora la convivencia en el entorno sanitario, sino que refuerza la imagen profesional del celador como **pieza esencial en la atención integral al paciente**.

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

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)

La diatermia y su papel en la recuperación del suelo pélvico

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

Las disfunciones del suelo pélvico afectan a millones de personas y pueden aparecer a cualquier edad. No solo están relacionadas con el embarazo o el posparto; también influyen factores como los cambios hormonales, el deporte de impacto, el estreñimiento crónico, las cirugías abdominales o ginecológicas e incluso el estrés.

Detrás de síntomas tan cotidianos como las pérdidas de orina, el dolor en la pelvis, la sensación de peso vaginal o la dificultad para activar la musculatura profunda, existe una compleja red de músculos, ligamentos, fascias y nervios que conforman el suelo pélvico, que es importante trabajar para su buen funcionamiento.

En los últimos años, una técnica ha ganado un lugar relevante dentro de la fisioterapia especializada: la diatermia. Su nombre puede sonar técnico, pero sus efectos son bien conocidos por los profesionales: acelerar la recuperación, modular el dolor, mejorar la elasticidad de los tejidos y favorecer el trabajo muscular.

¿Qué es exactamente la diatermia?

La diatermia es una tecnología que utiliza corrientes de alta frecuencia para generar un aumento de temperatura en los tejidos profundos del cuerpo. A diferencia del calor superficial (como bolsas calientes o lámparas térmicas), la diatermia actúa desde dentro hacia fuera, alcanzando capas profundas sin causar molestias en la piel.

La modalidad más utilizada en fisioterapia es la diatermia por radiofrecuencia capacitiva-resistiva (TECAR). Esta puede aplicarse de forma externa (sobre la piel) o interna (vía vaginal o rectal) mediante electrodos específicos, lo que permite un trabajo muy preciso sobre la musculatura y las estructuras del suelo pélvico.

¿Qué efectos genera en el cuerpo?

Los beneficios de la diatermia se deben a la combinación de efectos térmicos y atérmicos, que actúan simultáneamente.

1. Efecto térmico profundo

El aumento de temperatura controlado produce:

- Mayor circulación sanguínea y oxigenación tisular.
- Aumento del metabolismo celular.

- Mayor elasticidad de los tejidos conectivos.
- Relajación muscular y reducción de espasmos.
- Disminución del dolor asociado o contracciones o tensión.

En el suelo pélvico, esto es especialmente útil para aliviar la hipertonía muscular, mejorar cicatrices rígidas y facilitar la relajación de estructuras que, en ocasiones, permanecen tensas sin que la persona sea consciente.

2. Efecto atérmico (bioestimulador)

Incluso cuando no genera calor perceptible, la radiofrecuencia provoca:

- Incremento de la permeabilidad de membrana, facilitando el intercambio celular.
- Estimulación de la regeneración tisular
- Disminución de la inflamación persistente.
- Modulación del dolor neuropático.

Estos efectos son clave en personas con dolor pélvico crónico, neuralgia pudenda o zonas con sensibilidad alterada.

¿En qué disfunciones del suelo pélvico es más útil la diatermia?

La evidencia científica indica que es beneficiosa en:

- **Incontinencia urinaria:** La combinación de ejercicios de fortalecimiento con diatermia puede:
 - Mejorar la capacidad de contracción muscular.
 - Facilitar la recuperación del tono basal.
 - Optimizar la coordinación entre diafragma, abdomen y suelo pélvico.
 - Reducir episodios de escapes.

• **Dolor pélvico crónico:** Ya sea de origen muscular, fascial o neuropático, la diatermia ayuda a:

- Relajar la musculatura hiperactiva.
- Disminuir el dolor.
- Mejorar la movilidad de fascias y ligamentos.
- Reducir sensibilización central.
- Incrementar la propiocepción pélvica.

• **Recuperación postparto:** El postparto requiere un abordaje individualizado. La diatermia:

- Reduce la inflamación y el edema.
- Estimula la reparación muscular.
- Mejora la vascularización de la zona.
- Acelera la recuperación funcional.
- Reduce la sensación de pesadez o vacío pélvico.

• **Prolapsos leves (grados I-II):** Aunque no sustituye a los ejercicios ni a los cambios de hábitos, puede:

- Mejorar la calidad de los tejidos de sostén.

- Aumentar la respuesta neuromuscular.
- Disminuir la sensación de peso.

¿Qué dice la evidencia científica?

La investigación en diatermia aplicada al suelo pélvico es relativamente reciente, pero los estudios disponibles y la experiencia clínica coinciden en varios puntos:

1. Mejora la función muscular cuando se usa junto al entrenamiento específico.
2. Reduce el dolor tanto en condiciones musculares como neuropáticas.
3. Aumenta la elasticidad y calidad de tejidos cicatriciales.
4. Facilita el trabajo manual y los ejercicios, potenciando los resultados.
5. Es segura y bien tolerada, con pocas contraindicaciones.

Conviene recordar que no es una técnica "mágica", sino una herramienta complementaria dentro de un enfoque integral.

¿Es segura? Precauciones y contraindicaciones

La diatermia es una técnica segura cuando es aplicada por fisioterapeutas especialistas. Sin embargo, debe evitarse en:

- Embarazo (sobre abdomen o pelvis).
- Presencia de marcapasos o implantes electrónicos.
- Tumores activos.
- Infecciones locales.
- Personas con sensibilidad térmica alterada.

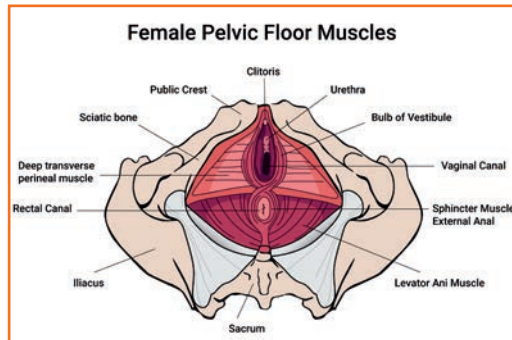
La valoración previa siempre es imprescindible para personalizar el tratamiento.

Conclusión

La diatermia se ha consolidado como una herramienta valiosa y eficaz dentro de la fisioterapia del suelo pélvico. Sus efectos sobre la circulación, el dolor, la elasticidad tisular y la función muscular la convierten en un aliado terapéutico para acelerar la recuperación y mejorar la calidad de vida.

No sustituye a los ejercicios, la educación ni la terapia manual, pero sí potencia sus efectos, mejorando la respuesta de los tejidos y facilitando la evaluación clínica.

Es, en definitiva, una técnica que combina tecnología y terapia manual para lograr un objetivo común: que la persona recupere la función, el control y el bienestar en su suelo pélvico.





“Ojalá hubiera venido antes”

“Hace unos días, al terminar la jornada en Sannas Dentofacial, me quedé repasando historiales clínicos. Al ver pacientes a los que aprecio y que llevan más de tres años sin pasar por nuestro Centro de Prevención Oral, se me encogió el corazón. Pero no por nostalgia, sino por responsabilidad médica.

A menudo me preguntan cuál es el tratamiento más complejo al que me enfrente. Lo verdaderamente difícil en mi profesión no es una cirugía delicada; es el silencio que se genera cuando un paciente, tras ver el alcance de una lesión que no sentía, me dice: “Ojalá hubiera venido antes”.

Ese “ojalá” nace casi siempre de la misma creencia: pensar que si no duele, todo va bien.

La boca no está aislada del cuerpo

Muchos pacientes se sorprenden cuando les explico que una infección crónica en la boca, de esas que no avisan ni molestan al masticar, es una bomba de relojería. La boca es la puerta de entrada a tu salud general. Tres años de ausencia son más que suficientes para que una patología silenciosa provoque una pérdida ósea irreversible en tu mandíbula o genere un estado de inflamación constante en todo tu organismo.

Como profesionales de la salud, sabemos que esa inflamación viaja por la sangre, dañando las arterias y multiplicando el riesgo de sufrir problemas cardiovasculares o infecciones sistémicas graves. No hablamos “solo” de encías que sangran o de empeorar el control de la diabetes; hablamos de una amenaza real para todo tu cuerpo.

Nuestro **Centro de Prevención Oral** existe precisamente para “adelantarnos” a esto. Cuando dejamos pasar los años dejamos de prevenir. Y el objetivo de la medicina actual no es solo curar al enfermo, sino mantener sano y prevenir nuevas patologías.

Una decisión de vida

El dolor es el último recurso que tiene el cuerpo para avisar de que ya vas tarde. No dejes que el tiempo decida por ti.

Dr. Felipe Rivas

Director clínico de Sannas Dentofacial



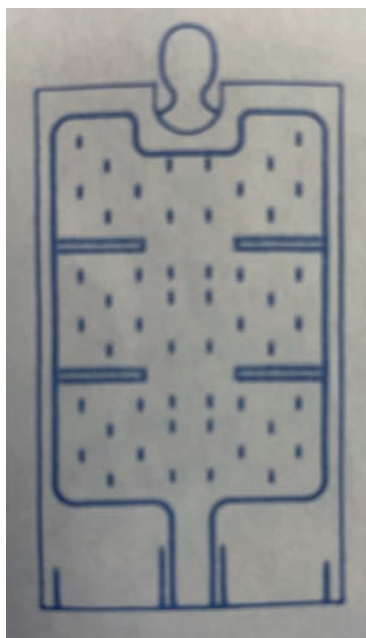
**Tu boca,
el primer eslabón de
tu salud general**

C/Madres de la Plaza de Mayo 16, Nuevo Artica, Navarra
948 38 44 22 / 948 38 44 33 | www.sannasdentofacial.com

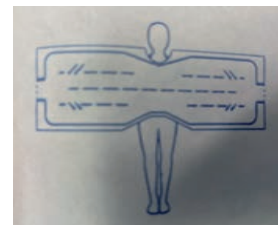


Escanea el QR con tu móvil
y conoce todos
nuestros tratamientos!





EXISTEN VARIOS TIPOS DE MANTAS PARA CALENTAR AL PACIENTE



¿Por qué hace frío en quirófano?

*César Muñiz Argüelles y Claudia Salvador Vidal. Residentes de Anestesiología.
Maidier Valencia Alzueta. Adjunta de Anestesiología.
Hospital Universitario de Navarra*

La impresión que produce entrar en un quirófano viene marcada por una sensación que los pacientes suelen expresar nada más cruzar la puerta: hace frío. No es una impresión equivocada. La temperatura del quirófano suele ser más baja que la de otras zonas del hospital. Para cuidar la temperatura del paciente en estas circunstancias es indispensable la figura del anestesiólogo, que se preocupa por vigilar, controlar y optimizar la situación particular de cada paciente.

El quirófano es un espacio de trabajo muy exigente. El personal que trabaja en el quirófano permanece durante horas bajo focos de luz intensa, con bata, mascarilla, guantes y otros elementos de protección.

Una temperatura ambiental moderada ayuda a trabajar en condiciones adecuadas. Además, es una sala con filtros y circulación de aire controlada que ayuda a mantener la esterilidad del área disminuyendo la proliferación de microorganismos y el riesgo de infecciones.

La temperatura corporal

Para cumplir con las necesidades de esta área tan especial del quirófano es necesario encontrar un equilibrio entre las necesidades del paciente, el tipo de cirugía y el trabajo del equipo. Pero en ningún caso el frío de la sala implica que se deje al paciente desprotegido.

La temperatura corporal no es un detalle menor, sino una constante cuya relevancia es comparable a la frecuencia cardíaca, la tensión arterial o la saturación de oxígeno. En condiciones normales, nuestro organismo funciona dentro de un margen relativamente estrecho y pone en marcha distintos mecanismos fisiológicos para mantenerse en una temperatura normal. Cuando tenemos frío podemos abrigarnos, encogernos, movernos o tiritar. Sin embargo, durante una operación la situación cambia. El paciente permanece inmóvil y parcialmente descubierto para permitir la cirugía. No puede decidir que necesita

otra manta ni levantarse para entrar en calor. Además de la propia situación del paciente, hay otros factores que también favorecen la pérdida de temperatura corporal como la duración del procedimiento, la administración de sueros o la exposición de zonas amplias del cuerpo para el procedimiento.

Aunque la sala no parezca especialmente fría para el personal, la situación del paciente es muy diferente por todo lo descrito: está tumbado, inmóvil y bajo el efecto de fármacos que modifican sus respuestas habituales ante la pérdida de temperatura.

El papel del anestesiólogo es clave a la hora de medir y mantener la temperatura corporal del paciente que, junto con el cuidado de su respiración, circulación y nivel de profundidad anestésica, es una de las grandes prioridades del anestesiólogo.

La importancia de mantener una temperatura adecuada no es solo cuestión de comodidad del paciente, es decir, la hipotermia puede tener consecuencias perjudiciales para el paciente. Si la temperatura desciende demasiado, el organismo puede coagular peor, aumentar el sangrado y favorecer algunas complicaciones, como la infección de la herida quirúrgica. Por tanto, prevenir el enfriamiento forma parte de la seguridad del paciente. Al margen de lo descrito, el frío puede provocar escalofríos al despertar, una sensación especialmente desagradable para el paciente que los anestesiólogos ponemos énfasis en evitar.

Cuando la temperatura corporal desciende por debajo de 36 °C hablamos de **hipotermia perioperatoria**. El término puede sonar alarmante, pero conviene entenderlo bien. No suele tratarse de un descenso extremo de temperatura, sino de un enfriamiento no deseado que puede aparecer antes, durante o después de la intervención si no se toman medidas preventivas. Precisamente por eso, en quirófano se monitoriza de forma estrecha la temperatura mediante la utilización de sondas de temperatura. Estas sondas no siempre son iguales: según la cirugía y la

anestesia pueden colocarse en distintas zonas del cuerpo, podríamos decir que las más frecuentemente utilizadas durante una cirugía son las sondas esofágicas, sondas vesicales que tienen un sensor de temperatura incorporado o sondas rectales.

Por otra parte, no todos los pacientes tienen el mismo riesgo de sufrir hipotermia, ni la pérdida de temperatura es igual en todos los procedimientos. Los pacientes de edades extremas, es decir, niños y ancianos pierden calor con mayor facilidad. El riesgo aumenta en cirugías prolongadas y en intervenciones en las que es necesario descubrir partes más extensas del cuerpo. También importa la temperatura con la que cada persona llega al área quirúrgica. El papel del anestesiólogo es detectar el descenso y tomar medidas adaptadas a cada paciente y situación antes de que la temperatura se convierta en un problema que ponga en riesgo al paciente.

Tipos de mantas

La prevención puede empezar incluso antes de entrar en quirófano. Si el paciente llega con frío al quirófano, es conveniente abrigarlo o aplicar calor de forma activa antes de iniciar la anestesia. Esto no es un simple gesto de cortesía. Llegar al quirófano con una temperatura adecuada ayuda a reducir el enfriamiento que puede producirse más tarde durante la intervención.

Existen diferentes tipos de mantas, a destacar las mantas de aire caliente que se colocan sobre el paciente y se rellenan con aire a 36°C-38°C. En muchos casos esta manta se coloca sobre el paciente incluso antes de

comenzar la anestesia. Por otra parte, también existen mantas que se colocan sobre la cama del quirófano y debajo del paciente, calentándolo desde su espalda. Estas mantas no solo se utilizan durante la intervención, sino que también se pueden mantener en la sala de recuperación de la anestesia si el paciente lo precisa.

Además de las mantas, el uso de paños estériles por parte de los cirujanos para tapar al paciente y crear un área estéril sobre el que realizar la cirugía también favorece que el paciente mantenga la temperatura corporal. Otra de las medidas más habituales para el calentamiento del paciente es el uso de máquinas que calientan los sueros antes de que lleguen al paciente.

Normalmente se combinan todos los métodos descritos con el objetivo, no solo de que el paciente esté clínicamente estable, sino también que se encuentre confortable. Es importante que los pacientes que llegan a quirófano nos transmitan su sensación de frío para que podamos aplicar lo antes posible las medidas de calentamiento activo y monitorización de la temperatura descritas.

La seguridad en quirófano no depende solo de grandes decisiones o de tecnología compleja; también se construye cuidando detalles que pueden pasar desapercibidos. Mantener al paciente caliente es uno de ellos. Detrás de la manta de aire y de un pequeño sensor de temperatura hay una idea muy sencilla: que la intervención sea segura y que la persona se sienta cuidada desde que entra en quirófano hasta que finaliza su recuperación.

**MODU
KONTZIENTEA
AKTIBATU**

Lagundu. Gidatu. Zaindu.

Pantailak egoki erabiliz gero,
bere ongizatea hobetu
daiteke.

Acompaña. Guía. Cuida.

Un uso adecuado de las
pantallas puede mejorar su
bienestar.

**ACTIVA
EL MODO
CONSCIENTE**

CAST

EUS

Gobierno
de Navarra

Nafarroako
Gobernua

2030

NAVARRA **NAFARROA**

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



Calor, funciones ejecutivas y rendimiento académico en escolares

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.

Los bebés, los niños pequeños, personas mayores y personas con ciertas enfermedades crónicas son especialmente vulnerables a los **golpes de calor** debido a su limitada capacidad para regular la temperatura corporal. Las altas temperaturas pueden provocar deshidratación rápida, somnolencia, irritabilidad, vómitos e incluso pérdida de conciencia. Por ello, se recomiendan mantener una hidratación adecuada, evitar la exposición al calor en las horas centrales del día y no dejar nunca a los menores en vehículos cerrados. Nos preguntamos ¿cómo afecta el calor a nuestros escolares?

Efectos generales del calor sobre la cognición y el aprendizaje

En niños, el calor extremo se vincula con una menor capacidad cognitiva general y peores resultados educativos, afectando también la memoria y las funciones ejecutivas.

La exposición continua al calor en el ámbito escolar disminuye el aprendizaje, siendo las materias complejas como las matemáticas las más afectadas en comparación con la lectura.

El impacto del calor varía según la función evaluada:

- Atención selectiva y velocidad de procesamiento: se observan respuestas más lentas y menor rendimiento durante olas de calor en entornos sin refrigeración adecuada.
- Las altas temperaturas pueden afectar a la memoria de trabajo que es la capacidad que nos permite mantener y manejar información de forma temporal. Aunque este impacto suele ser menor que el observado en otras funciones cognitivas, el calor

puede dificultar tareas que requieren recordar y actualizar información de manera continua.

- Control ejecutivo: esta función es considerablemente más vulnerable al estrés térmico que la atención simple.

En la **Tabla 1** presentamos algunos ejemplos de los efectos del calor sobre funciones cognitivas específicas

Tabla 1. Efectos de la exposición al calor sobre los principales dominios cognitivos.

Función / Resultado	Efecto del calor	Contexto e intensidad
Atención selectiva y velocidad de procesamiento	Respuestas más lentas y menor rendimiento durante olas de calor en edificios sin aire acondicionado	Temperaturas interiores de aproximadamente 26–30 °C durante varios días
Memoria de trabajo	Deterioro bajo hipertermia pasiva; efecto menos intenso que sobre el aprendizaje infantil	Estudios experimentales en condiciones de calor extremo y estudios poblacionales
Control ejecutivo o control cognitivo	Mayor vulnerabilidad que la atención simple	Estudios experimentales de estrés térmico

Atención y funciones ejecutivas

Durante las olas de calor, especialmente en espacios sin sistemas adecuados de climatización, los estudiantes pueden mostrar tiempos de reacción más lentos y un peor rendimiento en tareas que requieren atención y cálculo mental. Además, la exposición cotidiana a temperaturas elevadas puede dificultar la concentración y el control de los procesos cognitivos.

La evidencia científica coincide en señalar que el calor afecta con mayor intensidad a las tareas complejas que requieren planificación, razonamiento y otras funciones ejecutivas, mientras que las actividades más simples y rutinarias suelen verse menos afectadas.

Memoria y aprendizaje a lo largo del tiempo

Las temperaturas extremas pueden perjudicar la memoria, dificultando el recuerdo de información aprendida previamente. Diversos estudios han observado que tanto niños como adultos expuestos a ambientes muy calurosos presentan un peor rendimiento en tareas de memoria verbal. Además, la exposición prolongada a temperaturas superiores a 32 °C puede tener efectos acumulativos, asociándose con una disminución progresiva del rendimiento cognitivo a lo largo del tiempo.

Factores moderadores: rango térmico, aclimatación y refrigeración

El rendimiento académico es mayor cuando la temperatura se sitúa entre 23 y 26 °C. Tanto el frío como el calor excesivo pueden afectar a la atención, la memoria y otras capacidades cognitivas. La adaptación al calor y el uso de aire acondicionado ayudan a reducir estos efectos.

Mecanismos explicativos

El deterioro cognitivo se explica por varios factores interconectados:

- Estrés fisiológico: sobrecarga cardiovascular y deshidratación.
- Alteraciones del sueño provocadas por las altas temperaturas que afectan a la memoria.
- Incomodidad térmica subjetiva y elevación de la temperatura cutánea.

Conclusión

La evidencia científica sostiene de forma consistente que el calor prolongado perjudica la atención, la memoria y las funciones ejecutivas. Esto representa un desafío crítico para la equidad educativa y el aprendizaje en un contexto de calentamiento global, ya que los estudiantes más



vulnerables son quienes enfrentan los mayores riesgos de presentar un descenso en su rendimiento cognitivo.

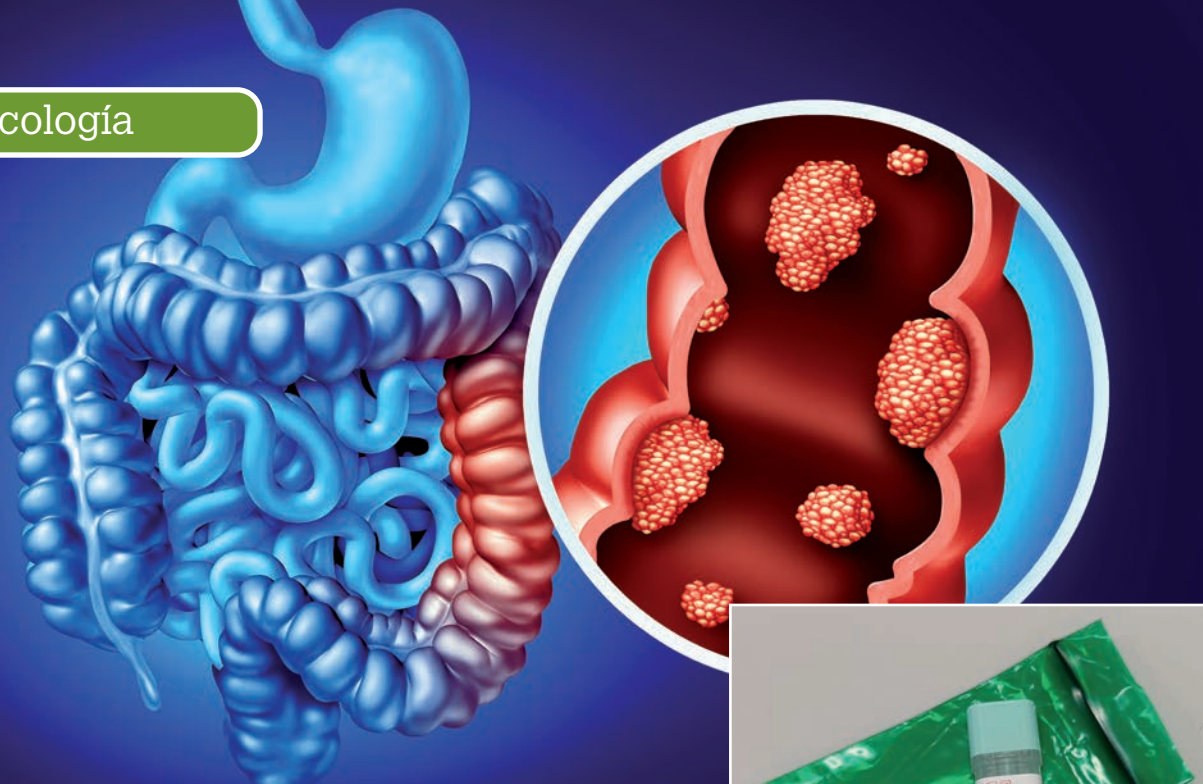
Seguidamente podemos resumir en un decálogo de buenas prácticas para combatir el calor en las aulas, basado en las recomendaciones del Plan Nacional de Actuaciones Preventivas de los Efectos del Exceso de Temperaturas sobre la Salud 2025 del Ministerio de Sanidad, aplicadas al contexto educativo.

Tabla 2. Recomendaciones de buenas prácticas para combatir el calor en las aulas basadas en el Plan Nacional de Actuaciones Preventivas de los Efectos del Exceso de Temperaturas sobre la Salud 2025 del Ministerio de Sanidad

1. Mantener una hidratación frecuente
2. Evitar la exposición al calor en las horas centrales del día
3. Ventilar adecuadamente las aulas
4. Adaptar la actividad física
5. Utilizar ropa ligera y transpirable
6. Identificar al alumnado más vulnerable
7. Reconocer los síntomas de alarma
8. Favorecer espacios frescos y sombreados
9. Promover pausas más frecuentes
10. Actuar rápidamente ante un posible golpe de calor

El calor no solo afecta a la salud física sino también puede reducir la atención, la memoria de trabajo y el rendimiento académico.

Mantener aulas frescas con sistemas adecuados de climatización, hidratación adecuada y horarios adaptados es una medida de protección de la salud y del aprendizaje.



Cribado de sangre oculta en heces

Idoia Díaz Tirapu. TEL del Servicio de Preanalítica y Gestión de Calidad del HUN.

Daniela Díaz Giraldo y María Ángeles Fajardo Gómara. TEL del Banco de Sangre y Tejidos de Navarra.

¿Para qué se hace el cribado de cáncer colorrectal? El cáncer colorrectal es un tumor maligno que se origina en el intestino grueso o en el recto. Comienza casi siempre como un pólipo, no todos los pólipos son cancerosos, pero algunos se pueden convertir en cáncer con los años. Por eso la detección precoz es tan importante. Este tipo de cáncer es el de mayor incidencia si sumamos ambos sexos.

Por eso el cribado no es una prueba que te hagan porque tienes algún síntoma. Es una iniciativa dirigida a personas sanas que forman parte de una población de riesgo, en este caso personas entre 50 y 69 años de forma general.

Cuando cumples 50 años te llega una carta con la invitación al programa de cribado de colon y un kit con toda la explicación. El kit consta de una bolsita verde con un dispositivo de recogida de muestra que parece más un mechero, parecido a los que usabas en los conciertos en tu juventud, que un dispositivo médico.

Este dispositivo no detecta directamente el cáncer de colon. Lo que este dispositivo detecta es la sangre oculta en heces. Son cantidades minúsculas de sangre que no son visibles a simple vista. Esto es importante porque los pólipos en las fases iniciales son muy frágiles y suelen sangrar levemente. Por lo que la detección de sangre en heces es el primer signo de alarma.

Cuando te llega el dispositivo los pasos a seguir son muy sencillos, con el kit te viene todo explicado de forma clara. Lo único que tienes que hacer es ir al baño tal como te pone en la explicación, recoger una pequeña muestra de heces con el palillo que viene dentro del tubo.

Cerrar el tubo y depositarlo en el centro de salud en un plazo máximo de 2-3 días.

Una vez depositado en el centro de salud, se envía al Laboratorio Unificado de Navarra (LUNA) en los que los técnicos de laboratorio son lo que procesan la muestra. Ellos son los encargados de tener todos los aparatos en perfectas condiciones para que en cuanto llegue tu muestra se pueda procesar en cuestión de horas.

Una vez se procesan esos mismos técnicos de laboratorio son los encargados de comprobar que los resultados son correctos y liberarlos para que el médico pueda verlos.

La prueba si es negativa, que pasa en un 90% de los casos, te volverán a enviar el kit en 2 años, hasta cumplir los 69 años. En el caso de que sea positiva, no indica que tengas cáncer. El positivo solo indica la presencia de sangre en las heces y para eso hay diversas causas, como las hemorroides u otras irritaciones. El siguiente paso a realizar es una colonoscopia.

Gracias a este programa se detecta más del 60% de los cánceres en estadios iniciales, con un alto porcentaje muy alto de supervivencia. Por lo que esto reduce significativamente la mortalidad por esta causa.

Participar en el cribado es una oportunidad única para prevenir el cáncer de colon antes de que aparezca. Cuando recibas la carta no lo dudes: es una prueba sencilla, gratuita y que puede marcar la diferencia entre un susto y una enfermedad grave.

Tu salud está en tus manos ¡Participa!



La epidural:

lo que te gustaría saber antes del parto

Yolanda Durán Luis, Leire Igea Monreal e Irene Ortiz Martín. Médicos adjuntos de Anestesiología y Reanimación en el Hospital Reina Sofía de Tudela.

Alba Cebrián García. Médico adjunto del Aparato Digestivo en el Hospital Reina Sofía de Tudela.

Andrea Ilarri Urabayen. Médico adjunto de ginecología y obstetricia en el Hospital García Orcoyen de Estella.

Sara Navarro Lázaro. Enfermera en el Hospital Reina Sofía de Tudela

Si estás embarazada, es muy probable que hayas oído hablar de la epidural. Y también es muy probable que tengas dudas.

¿Duele? ¿Cuándo se pone? ¿Voy a poder moverme? ¿Frena el avance del parto?

La epidural es una de las herramientas más utilizadas para aliviar el dolor durante el parto. Entender bien en qué consiste, saber qué nos va a pasar, es clave, ayudándonos a vivir este momento con mucha más tranquilidad.

¿Qué es la epidural?

La epidural es una técnica analgésica que permite aliviar el dolor del parto manteniendo a la madre consciente, pudiendo así participar en este momento único. Actúa bloqueando la transmisión en los nervios que transmiten la sensibilidad y dolor a la zona inferior del cuerpo (incluyendo útero, vagina, piernas...).

¿Quién la pone?

La epidural la realiza siempre un médico anestesista o un médico anestesista en formación. Somos los médicos encargados de valorar si la paciente es candidata a ponérsela (tratándose de una población de mujeres jóvenes y sanas la mayoría son candidatas, aunque existen casos en los que esto no es así), somos los encargados de ponerla y de manejarla (administrar la dosis adecuada, aumentar el tratamiento si fuera necesario o resolver problemas que puedan surgir). En definitiva, el anestesista es el responsable de vigilar que la analgesia del parto funcione correctamente.

¿Cómo se coloca?

Existen dos maneras de colocar la epidural. La primera opción y más usada es

con la paciente sentada con la espalda arqueada hacia el anestesista (como si fuéramos una pequeña bolita) y la segunda forma menos habitual es con la paciente tumbada sobre su lado izquierdo en posición fetal.

Durante la técnica es muy importante estar lo más quieta posible.

Lo primero que hacemos es aplicar anestesia local (un pequeño pinchazo) que insensibiliza la zona para posteriormente, pinchar la espalda con una aguja específica para esta técnica que nos permite dejar un catéter (un pequeño tubito) para poder administrar medicación durante lo que dure el parto, sin necesidad de repetir pinchazos.

La parte más desconocida...

Antes de poner la epidural, existe un momento especial. Un momento en el que aparece lo humano...

Las dudas "tengo miedo", "¿me va a doler?", "¿Seguro que no pasa nada?" Esa mirada en silencio que transmite nervios, incertidumbre y necesidad de confianza. De nuevo, la figura del anestesista es clave para transmitir tranquilidad. Explicar por qué tienen que mantenerse quietas, aunque les venga una contracción, intentar responder a sus dudas una a una, o incluso hablar sobre su embarazo y su futuro hijo.

Somos muy insistentes a la hora de colocar a una paciente porque prácticamente es el éxito de la técnica. Si la madre se moviera, nos distorsionaría la anatomía, aumentando el riesgo de punción en localizaciones que no son el objetivo y pueden llevar a daño sin quererlo.

¿Qué voy a sentir?

Durante la técnica se pueden sentir diferentes sensaciones: un pequeño escozor (con la anestesia local), algo de presión (cuando estamos localizando el punto exacto) y en ocasiones un pequeño calambre cuando pasamos el catéter a su sitio.

Una vez colocada lo que vamos a sentir es un alivio del dolor, manteniendo algo de sensación de presión con la contracción y debilidad de las piernas. El efecto suele tardar alrededor de 10-15 minutos. No buscamos la anestesia de la zona (es decir ausencia absoluta de dolor e inmovilidad) sino la analgesia (disminución considerable del dolor, con tal vez alguna molestia, pero con la capacidad de mover las piernas). Mantener la sensación de presión con la contracción nos permite en el momento de empujar durante el parto, hacerlo en el momento que corresponde.

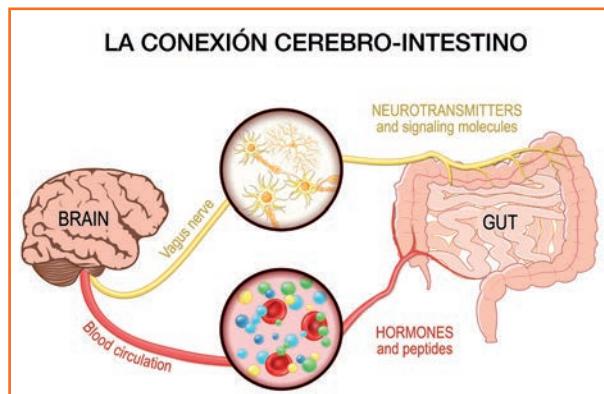
¿Y por qué me dejan encamada?

Como hemos mencionado, la epidural asocia ligera debilidad de las piernas. Si no tenemos la sensibilidad adecuada podemos caernos y hacernos daño, por lo que por seguridad preferimos que la paciente continúe la dilatación encamada. Esto no significa que no te puedas mover en la cama, sino que necesitarás ayuda.

¿Y los riesgos?

Si existen, como en todos los procedimientos. Existe riesgo de dolor de cabeza, riesgo de dolor en la espalda en la zona de punción, riesgo de bajada de tensión, o incluso riesgos muy muy raros como infección o daño nervioso.

Por lo general la epidural es una técnica segura y los problemas graves son muy poco frecuentes.



El segundo cerebro: la estrecha relación entre el cerebro y el estómago

Mario Jiménez Jiménez. Enfermero en urgencias hospitalarias en el Hospital Reina Sofía.

Malena Falces Argerich e Itziar Uriel Villafranca. Enfermeras en Área quirúrgica del Hospital Reina Sofía

Durante décadas, pensamos que el aparato digestivo era simplemente una “máquina de procesamiento de alimentos”. Creíamos que su única función era extraer nutrientes y desechar lo que no servía. Sin embargo, la ciencia médica ha descubierto algo que cambia por completo nuestra forma de entender la salud mental: tenemos un “segundo cerebro” en el vientre, y este tiene una línea directa de comunicación con nuestra mente.

¿Mariposas o nervios?

Esa sensación de “nudo en el estómago” cuando estamos preocupados o las “mariposas” al ver a alguien que nos gusta no son metáforas poéticas. Son pruebas físicas de que el intestino y el cerebro están conectados por un cable de alta velocidad llamado nervio vago. A través de este nervio, los dos órganos se envían mensajes constantes. Lo más sorprendente es que el 90% de la comunicación va del intestino hacia el cerebro, y no al revés. Es decir, tu estómago le está contando a tu cabeza cómo se siente mucho más de lo que pensamos.

La fábrica de la felicidad

Aquí entra en juego un concepto que cada vez escucharemos más: la microbiota. Se trata de un ecosistema de billones de bacterias que viven en nuestro intestino. Aunque la palabra “bacteria” suela asustarnos, estas son nuestras mejores aliadas.

¿Sabías que la serotonina, conocida como la “hormona de la felicidad”, se produce en un 90% en el intestino? Si nuestras bacterias intestinales están en desequilibrio debido a una mala alimentación, el estrés o el uso excesivo de antibióticos, la producción de serotonina cae. Esto explica por qué muchas personas con problemas digestivos crónicos

también sufren de ansiedad o bajo estado de ánimo. No es que sean “hipocondríacos”, es que su fábrica química interna está enviando señales de auxilio al cerebro.

El ciclo del estrés y la comida basura

Todos hemos tenido un día horrible en el trabajo y hemos terminado buscando consuelo en una bolsa de patatas fritas o en chocolate. El estrés nos empuja a comer alimentos ultraprocesados, y estos alimentos dañan nuestra microbiota. Al dañarse, estas bacterias envían señales de malestar al cerebro, lo que nos hace sentir más estresados y tristes, cerrando un círculo vicioso difícil de romper.

Sin embargo, tenemos una herramienta poderosa para romper este ciclo: la alimentación. No se trata de “hacer dieta” para encajar en unos pantalones, sino de alimentar a nuestras bacterias buenas. Alimentos como el yogur natural, el kéfir, las legumbres, las frutas y las verduras actúan como “fertilizante” para ese jardín interno. Cuando cuidamos lo que comemos, estamos, literalmente, fabricando bienestar mental.

Hacia una nueva medicina

Este descubrimiento está abriendo puertas increíbles. Ya se empieza a hablar de los “psicobióticos”, que son probióticos específicos que ayudan a tratar la depresión o la ansiedad. En el futuro, es muy probable que una consulta con el psicólogo incluya recomendaciones nutricionales personalizadas.

Entender que somos un todo, donde lo que pasa en el plato afecta a lo que pasa en nuestra mente, nos da un control mayor sobre nuestra salud. La próxima vez que te sientas abrumado, antes de juzgar tus pensamientos, pregúntate: ¿Cómo he tratado a mi estómago hoy? Quizás la paz que buscas empiece con un buen desayuno.



Médicos y Profesional Sanitario

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

Nº caracteres: 3.000 ó 6.000, incluidos espacios entre palabras

Enviar artículos a: redaccion@zonahospitalaria.com

La Fibrilación Auricular:

una Guía para Pacientes



Mercedes Vicente de Vera Bueno. MIR de 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 de Oftalmología en el Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona.
Albert Gil Arrieta. MIR de Cirugía General en el Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en adultos y una de las principales causas de ingresos hospitalarios por problemas del corazón. Se caracteriza por un ritmo cardíaco irregular y, en muchos casos, excesivamente rápido. Esta condición puede causar síntomas molestos como palpitaciones, fatiga o dificultad para respirar, pero también puede aumentar el riesgo de complicaciones graves, como el ictus.

Afortunadamente, existen tratamientos eficaces para controlar la fibrilación auricular y reducir sus riesgos. Este artículo ofrece una guía clara y accesible para pacientes, con el fin de comprender mejor esta arritmia y aprender a convivir con ella de manera segura. Recuerda que siempre debes seguir las indicaciones de tu equipo médico y consultar cualquier duda sobre tu estado o tratamiento.

1. ¿Qué es la Fibrilación Auricular?

La fibrilación auricular es un trastorno del ritmo cardíaco en el que las aurículas (las cámaras superiores del corazón) laten de manera rápida y desorganizada. Esto provoca un ritmo cardíaco irregular y, a veces, acelerado.

Algunas características clave:

- **Latido cardíaco irregular:** es el signo más característico de la FA.
- **Puede ser intermitente o permanente:** algunos episodios duran minutos u horas, otros se mantienen de forma crónica.
- **Aumenta el riesgo de coágulos sanguíneos:** esto puede causar complicaciones importantes, como un ictus.

Síntomas más comunes: Palpitaciones | Falta de aire | Cansancio extremo | Mareos | Dolor o presión en el pecho (Este último siempre debe motivar consulta urgente).

No todas las personas sienten síntomas; algunos pacientes descubren la FA de manera casual en un control médico.

2. ¿Por qué es importante tratar la Fibrilación Auricular?

El tratamiento de la fibrilación auricular es fundamental para:

- **Reducir el riesgo de ictus:** hasta cinco veces mayor en personas con FA sin tratamiento adecuado.
- **Controlar el ritmo y la frecuencia cardíaca:** para aliviar síntomas y evitar daño cardíaco.
- **Mejorar la calidad de vida:** los pacientes pueden retomar sus actividades habituales sin limitaciones innecesarias.
- **Prevenir complicaciones:** como insuficiencia cardíaca o descompensaciones agudas. Un manejo correcto permite vivir de forma activa y segura.

3. Tratamientos disponibles y cómo tomarlos correctamente

El tratamiento de la fibrilación auricular suele incluir una combinación de medicamentos y, en algunos casos, procedimientos específicos. Entre los más utilizados:

- **Anticoagulantes**
Evitan la formación de coágulos y reducen el riesgo de ictus.
- **Antiarrítmicos**
Ayudan a mantener un ritmo cardíaco estable y regular.
- **Betabloqueantes y otros fármacos para el control de la frecuencia**
Controlan la velocidad de los latidos, reduciendo síntomas.
- **Procedimientos como la cardioversión o la ablación**
Indicados en ciertos pacientes para corregir o controlar la arritmia.

Indicados en ciertos pacientes para corregir o controlar la arritmia.

Recomendaciones clave:

- Toma la medicación exactamente como la prescribió tu médico.
- No modifiques dosis ni suspendas ningún medicamento sin consulta.
- Establece una rutina horaria para no olvidar las tomas.
- Sigue las indicaciones específicas (con comida, en ayunas, evitar ciertos alimentos).

4. Efectos secundarios comunes

Aunque la mayoría de los tratamientos son seguros, algunos efectos secundarios pueden aparecer:

- **Anticoagulantes:** sangrados leves, moretones fácilmente.
- **Betabloqueantes:** cansancio, mareos o pulso lento.

- **Antiarrítmicos:** alteraciones digestivas, mareo o sensación de latidos irregulares. Si notas síntomas importantes, persistentes o preocupantes, avisa a tu médico para ajustar el tratamiento.

5. Interacciones frecuentes con medicamentos y alimentos

Algunos tratamientos para la fibrilación auricular pueden interactuar con otros fármacos o alimentos:

- **Anticoagulantes:** alimentos ricos en vitamina K (espinacas, acelgas) pueden alterar su efecto.
- **Antiarrítmicos:** pueden interactuar con antibióticos y otros medicamentos.
- **Betabloqueantes:** pueden afectar el control de la glucosa en personas con diabetes. Informa siempre a tu médico de todos los medicamentos y suplementos que consumes, incluso los de venta libre.

6. Consejos para mejorar tu tratamiento y cuidar tu corazón

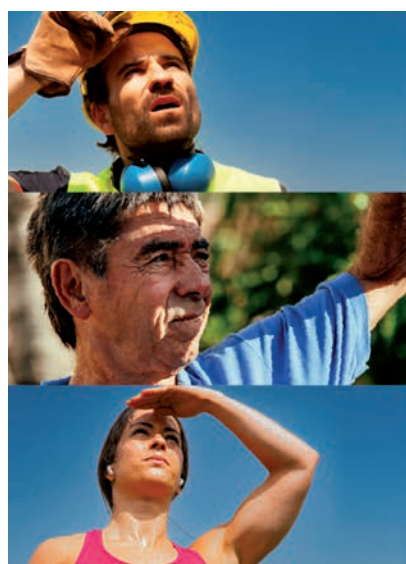
Además de seguir el tratamiento médico, estos hábitos son esenciales:

- Mantén una dieta saludable, rica en frutas, verduras y baja en sal.
- Haz ejercicio regular, adaptado a tus capacidades y bajo indicación médica.
- Evita el alcohol y la cafeína en exceso, ya que pueden desencadenar episodios de FA.
- No fumes, el tabaco aumenta el riesgo de complicaciones.
- Controla factores de riesgo como hipertensión, diabetes y colesterol.
- Asiste a tus controles periódicos, incluyendo electrocardiogramas y análisis.

7. Conclusión

La fibrilación auricular es una condición frecuente, pero controlable. Con el tratamiento adecuado, una buena comunicación con el equipo de salud y la adopción de hábitos saludables, es posible reducir los riesgos y llevar una vida activa y plena.

Recuerda que cada paciente es diferente. Consulta siempre ante cualquier síntoma nuevo, duda o cambio en tu estado de salud. Tu equipo médico está para acompañarte y ayudarte a cuidar tu corazón.



CABEZA FRÍA CONTRA EL CALOR BURUA HOTZ BEROAREN AURKA

Prevención en la consulta ante las altas temperaturas

Estrella Miqueleiz Autor. Técnico Superior en Salud Pública.

Irene Iniesta Martínez. Enfermera familiar y comunitaria.

Nerea Álvarez Arruti. Jefa de Servicio de Promoción de la Salud Comunitaria ISPLN.

Isaías Bautista Sanz. Jefe Servicio Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental ISPLN.

Amelia Aguilar Bailo. Titulado Universitario Grado Medio Servicio Técnico de Salud Laboral

La intensificación de los episodios de altas temperaturas ha dejado de ser un fenómeno meteorológico estacional para transformarse en un determinante de salud de primer orden con un impacto directo en el sistema sanitario.

En este contexto, la consulta sanitaria se posiciona como un espacio preventivo privilegiado, donde la intervención temprana y el consejo clínico pueden anticiparse a las complicaciones graves. Integrar el riesgo térmico en la anamnesis o entrevista habitual permite al profesional identificar grupos de riesgo y prescribir pautas de autocuidado específicas que, a menudo, resultan más efectivas que el tratamiento de la patología ya desencadenada, actuando así como un agente clave frente a las consecuencias de las altas temperaturas en la salud humana.

Efectos del calor sobre la salud

A nivel poblacional, los episodios con altas temperaturas producen un incremento de mortalidad, de las demandas de atención en urgencias y de ingresos hospitalarios. Mientras que, a nivel de la salud individual, las variaciones térmicas pueden originar una respuesta fisiológica insuficiente, que ocasiona trastornos y alteraciones.

Cuando esta variación es progresiva, la capacidad de adaptación es mayor, pero cuando se da de manera más brusca, no hay ese proceso de aclimatación, y puede originar mayor alteración de la salud. Además, los impactos en salud pueden mostrar distinta gravedad, desde calambres, agotamiento por calor, cuadros de deshidratación... hasta síncope y golpe de calor, con consecuencias fatales sin las medidas oportunas.

Factores de riesgo ante las altas temperaturas

Las temperaturas extremas afectan la salud de todas las personas, pero el nivel de riesgo también depende de una serie de factores personales, sociales y ambientales.

Entre los posibles factores de riesgo destacan:

- **Personales:** lactantes y menores de 4 años, personas mayores de 65 años, mujeres gestantes, personas con enfermedades cardiovasculares, respiratorias o crónicas, personas con tratamientos médicos, personas con trastornos mentales, de memoria, dificultades de comprensión o de orientación o poca autonomía en la vida cotidiana, entre otros.
- **Ambientales, laborales o sociales:** personas que viven solas, personas sin hogar, con condiciones económicas desfavorables, personas migrantes y/o turistas, viviendas no climatizadas o sin capacidad de regular la temperatura, exposición excesiva al calor por razones laborales, deportivas o de ocio.

A mayor número de factores de riesgo, mayor vulnerabilidad. Entre ellos, la edad es un factor importante puesto que la mortalidad se concentra en mayor medida en mayores de 65 años y, especialmente, en mayores de 75. Igualmente, las situaciones que impiden asegurar viviendas bien climatizadas y protección ante las altas temperaturas son otro factor de gran importancia.

Plan de Prevención en Navarra

Todos los veranos se activa en Navarra el Plan de prevención de los efectos en salud del exceso de temperaturas y de la contaminación del aire, que está disponible en el siguiente enlace: <https://portalsalud.navarra.es/es/temperaturas-extremas-y-salud>

El Plan define cuatro niveles de riesgo para la salud por altas temperaturas que vienen identificados por un código de colores de tipo semáforo. Por un lado, está el nivel 0 (ausencia de riesgo) y, por otro, los niveles 1, 2 y 3 indican riesgo creciente para la salud y cuyos colores son amarillo, naranja y rojo, respectivamente.

Estos niveles de riesgo determinan las medidas preventivas a adoptar y pueden interpretarse de la siguiente forma:

Nivel amarillo	Riesgo leve para personas mayores de 65 años con otros factores de riesgo.
Nivel naranja	• Riesgo leve en población general sin factores de riesgo. • Riesgo moderado para personas mayores de 65 años o menores de 65 años con múltiples factores de riesgo. • Riesgo elevado para mayores de 65 años con otros factores de riesgo adicionales.
Nivel rojo	• Riesgo moderado en población general sin factores de riesgo. • Riesgo elevado para personas mayores de 65 años y menores de 65 años con algún factor de riesgo. • Riesgo extremo para mayores de 65 años con otros factores de riesgo adicionales.

Medidas generales de prevención

Con altas temperaturas, para prevenir problemas de salud se recomienda:

- Evitar salir en las horas de más calor y hacer esfuerzos físicos (compras, limpieza, actividad física...).
- Beber más agua, más a menudo aun sin tener sensación de sed, así como hacer comidas ligeras.
- Evitar bebidas con cafeína, con alcohol o azucaradas.
- Mojarse o ducharse con agua fresca, usar ventilador y acudir a lugares frescos.
- Usar ropa ligera, crema solar, gafas de sol y sombrero.
- No dejar a ninguna persona o animal en un vehículo.
- Cuidar especialmente a las personas mayores, menores, embarazadas o personas con enfermedades crónicas.
- Consultar en los Servicios de Salud si hay fiebre alta, confusión o pérdida de conocimiento.

- Para quienes cuidan a personas mayores, familiares o profesionales, o están cerca de ellas, es importante estar pendientes. Conviene recordarles estas recomendaciones y contactar al menos dos veces al día, para asegurarse de su estado de salud y de que aplican estas medidas. En el marco de la Campaña "Cabeza Fría contra el Calor / Burua hotz beroaren aurka", se han desarrollado diferentes materiales preventivos con medidas generales y otras más específicas para colectivos con mayor vulnerabilidad, como personas que trabajan o que practican ejercicio al aire libre. Este material puede encontrarse en el siguiente enlace: <https://portalsalud.navarra.es/es/temperaturas-extremas-y-salud>

Prevención en la consulta

En definitiva, la consulta es un espacio idóneo para trabajar la prevención y la promoción de la salud. En relación con las altas temperaturas, el Ministerio de Sanidad recomienda (https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/lesiones/temperaturasExtremas/docs/TemperaturasExtremas_Prevencion_Olasdec calor.pdf) hacer una VALORACIÓN INTEGRAL para identificar a las personas con mayor riesgo.

ASPECTOS A VALORAR

- Valorar el estado general de la salud	- Valorar el grado de autonomía o dependencia
- Valorar la medicación prescrita	- Identificar a una persona cuidadora o de apoyo si es preciso
- Categorizar el posible riesgo	
SALUD	AUTONOMÍA
APOYO SOCIAL	AMBIENTE Y HABITABILIDAD
- Valorar disponibilidad apoyo: Permanente / Ocasional/ Sin apoyo	- Evaluar condiciones en domicilio (ventilación, climatización, higiene...)
- Identificar a una persona cuidadora o de apoyo si es preciso	- Evaluar condiciones del entorno
	- Valorar trabajo y actividad deportiva

Por todo ello, es importante:

- Informar por escrito y asegurar la comprensión de: las medidas generales de prevención frente al calor y los síntomas y signos por los que se debe consultar a un profesional sanitario.
- Garantizar que se dispone de habilidades y recursos para adoptar las medidas de prevención.
- En caso de activación de cualquier nivel de riesgo, sobre todo naranja o rojo, garantizar un seguimiento SEMANAL o DIARIO, según la valoración integral, por familiares o bien profesionales sanitarios, sociales, voluntariado, etc.
- Asegurar que las personas que cuidan y apoyan son informadas de las medidas generales de prevención y tienen una adecuada comprensión.

medicina salud
zonahospitalaria

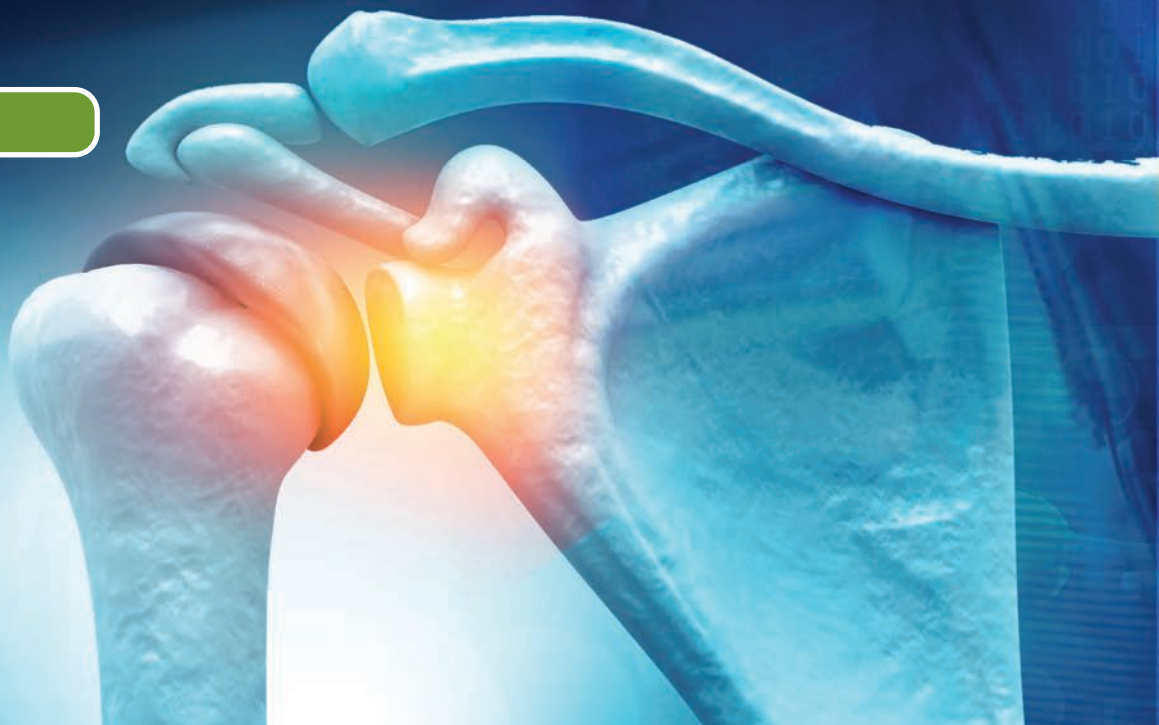
www.zonahospitalaria.com

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



Hombro congelado

*Eva Vilchez Ruiz, Lucía Méndez Terrazas y María Lourdes Choque Carrasco.
Fisioterapeutas del Hospital Universitario de Navarra*

|| Llamado también **capsulitis adhesiva o retráctil**, causa dolor y rigidez en el hombro. Con el paso del tiempo, se genera gran dificultad para mover el hombro.

|| El **hombro congelado** ocurre aproximadamente en el 2% de la población. Es más frecuente que afecte a personas en edades entre los 40 y 60 años, y ocurre más en las mujeres que en los hombres.

La principal articulación del hombro es la glenohumeral la cual corresponde a una articulación sinovial de tipo enartrosis. Esta presenta la mayor movilidad en el cuerpo humano, pero al mismo tiempo es la más inestable. Se compone por: la cabeza humeral, rodete glenoideo o labrum de la cavidad glenoidea de la escápula, ligamentos (glenohumerales, coracoacromial y transversos del húmero), manguito rotador (músculos supraespinoso, infraespinoso, subescapular y redondo menor), tendón de la cabeza larga del bíceps y la cápsula articular.

Descripción de los síntomas

En el hombro congelado, la cápsula del hombro se espesa y se endurece. Se desarrollan bandas rígidas de tejido, llamadas adherencias. En muchos casos, hay menos líquido sinovial en la articulación.

El signo característico de esta condición es la incapacidad de mover el hombro, ya sea el mismo paciente, por sus propios medios (movimiento activo), o con la ayuda de otra persona (movimiento pasivo).

Esta rigidez progresiva hace que los pacientes ya no puedan realizar actividades cotidianas como peinarse o tomar objetos de estantes superiores. Además, puede aparecer dolor en la zona de inserción del deltoides, de inicio insidioso e intensidad severa, el cual aumenta en la noche (el paciente no puede dormir del lado lesionado). Es importante consignar antecedentes de trauma, cirugías previas o inmovilizaciones.

Se desarrolla en tres etapas:

Fase 1: Congelamiento o Congelación. Aparece una rigidez involuntaria progresiva, lentamente hay cada vez más dolor con exacerbación nocturna. A medida que el dolor empeora, su hombro pierde rango de movimiento. Se ha documentado una duración de entre 2 semanas a 7-9 meses.

Fase 2: Congelado. Los síntomas dolorosos en realidad podrían mejorar durante esta etapa, pero la rigidez permanece (máximo periodo de rigidez). Hay una disminución de la intensidad del dolor. Existe atrofia muscular. Presenta una duración entre los 4 a 6-12 meses de la etapa de "congelado", las actividades diarias pueden ser muy difíciles.

Fase 3: Descongelado o Descongelación. Incrementa el rango de movimiento articular (ROM) esto quiere decir que el movimiento del hombro mejora lentamente durante esta etapa. Y el dolor sigue disminuyendo en intensidad. La recuperación completa de la fuerza y movimiento normales o cercanos a lo normal típicamente lleva de 6 meses a 12 meses- 2 años.

Causas

Las causas del hombro congelado no se comprenden plenamente. No hay una conexión clara con el predominio del brazo ni con la ocupación de la persona. Sí que hay factores que podrían generar más riesgo de desarrollar hombro congelado como son:

- **Diabetes:** el hombro congelado ocurre mucho más en personas con diabetes, y afecta del 10% al 20% de estas personas. No se conoce la razón.

• **Otras enfermedades:** hipotiroidismo, hipertiroidismo, anemia, enfermedad de Parkinson, enfermedad cardíaca, artritis acromioclavicular, enfermedad de Dupuytren, entre otras. También por desequilibrios hormonales, inmunológicos y/o biomecánicos.

• **Inmovilización.** Puede desarrollarse después de que un hombro ha sido inmovilizado durante un período de tiempo debido a una cirugía, una fractura de húmero o clavícula, u otra lesión.

Examen físico

Destaca una marcada atrofia muscular del lado afectado. Se desencadena dolor difuso a la palpación en inserción deltoidea, cápsula anterior y cápsula posterior. Si hay dolor focal se debe pensar en otra patología. La clave para la presunción diagnóstica es la pérdida ROM tanto activo como pasivo a la flexión, abducción, rotación externa e interna, además de la presencia de un tope al movimiento pasivo. Teóricamente, la fuerza se mantendría conservada ya que no se afectan los estabilizadores dinámicos, pero en ocasiones no existe ROM suficiente para realizar un test de fuerza.

Exámenes complementarios

Se pueden solicitar exámenes imagenológicos, principalmente para descartar otras patologías. Las radiografías de hombro evalúan el componente óseo. Y el ultrasonido y la resonancia magnética nuclear nos detallan las estructuras blandas de la misma zona.

Tratamiento

Conservador: lo primero es la educación al paciente, en donde se le describen las fases de ésta enfermedad ya explicadas anteriormente y se le clarifica que el ROM mejora, pero puede no volver a la normalidad o tardar mucho en hacerlo.

En cuanto a las opciones farmacológicas, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), corticoides y por último infiltración subacromial serían los tratamientos utilizados siempre bajo la recomendación médica. Otras técnicas consideradas dentro del manejo conservador son la hidroilatación que presenta mejores resultados y la movilización bajo anestesia. Todas estas técnicas facilitan la fisioterapia que las precede.

Tratamiento de fisioterapia

Tiene por objetivo principal: bajar la inflamación y con ello el dolor y reducir las adherencias lo que ayudaría a un mejor movimiento del hombro.

Un tratamiento precoz en las fases iniciales parece disminuir el tiempo de recuperación. Se realizarán ejercicios de ROM a tolerancia progresivos y estiramientos pasivos. La opción más tradicional corresponde a ejercicios con peso y movimientos pendulares. Y dentro de la electroterapia o agentes físicos utilizamos los ultrasonidos e iontoforesis como ayudantes al tratamiento.

Ejercicios

Los ejercicios realizados por el fisioterapeuta pueden ser complementados con ejercicios en casa para estirar la cápsula articular con ejercicios de abducción, rotación externa e interna y flexión.

Las técnicas de movilización articular tienen efectos beneficiosos en los pacientes con capsulitis aunque en algunos casos no son bien tolerados por los pacientes debido al dolor, especialmente en la fase inflamatoria. La movilización pasiva continua ha demostrado su utilidad en capsulitis adhesiva en pacientes diabéticos.

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 publinreportajes) 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

Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE): un riesgo mortal que se puede prevenir



MANIOBRA DE HEIMLICH

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

La obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE) representa una causa poco común pero prevenible de fallecimiento accidental. Lo positivo es que, en muchas ocasiones, la persona afectada se encuentra consciente en las primeras etapas, lo que permite intervenir rápidamente para evitar consecuencias fatales.

¿Qué ocurre durante un episodio de OVACE?

Habitualmente, cuando se produce una aspiración accidental, el propio reflejo de la tos y el esfuerzo respiratorio logran expulsar el objeto sin necesidad de asistencia médica. No obstante, si el cuerpo extraño se queda atorado y no se elimina espontáneamente, puede ocasionar complicaciones severas, incluyendo la muerte por asfixia.

¿Quiénes tienen mayor riesgo?

Aunque cualquier individuo puede sufrir un atragantamiento, existen ciertos factores que incrementan la probabilidad de sufrir una obstrucción en la vía aérea, según la edad y condición del paciente.

Factores de riesgo en adultos

- Edad avanzada y pérdida de dientes naturales.
- Uso de prótesis dentales removibles.
- Consumo de alimentos en porciones grandes.
- Personas con síndrome de Down (debido a lengua grande y baja tonicidad muscular).
- Enfermedades neurológicas que afectan la coordinación de la deglución.

Factores de riesgo en niños

- Ingesta de alimentos pequeños como frutos secos o uvas.
- Mala masticación de la comida.
- Tendencia a llevarse objetos pequeños a la boca (monedas, piezas de juguetes, canicas).
- Curiosidad típica de la infancia.
- Sistema deglutorio aún en desarrollo.

Signos y síntomas de un OVACE

La asfixia ocurre cuando el flujo de oxígeno a los pulmones se ve interrumpido por una obstrucción en las vías respiratorias. Es una urgencia médica donde cada segundo cuenta, ya que puede derivar en daño cerebral irreversible o la muerte.

Clasificación de la obstrucción

Obstrucción parcial o leve:

- El aire puede pasar, aunque con dificultad.
- La persona está consciente, puede hablar o hacer sonidos.
- La tos es fuerte y continua (tos eficaz).

Obstrucción total o grave:

- El paso del aire está completamente bloqueado.
- La víctima no puede hablar ni respirar (tos ineficaz).
- Aparición de cianosis (color azulado en labios y piel).
- La persona se lleva las manos al cuello (gesto clásico de asfixia).
- Puede perder el conocimiento si no se resuelve la obstrucción.

¿Cómo diferenciar la tos eficaz de la ineficaz?

Tos Eficaz

- Puede respirar entre tosidos.
- Lloro o responde verbalmente.
- Tose con fuerza.
- Consciente y alerta.

Tos Ineficaz

- No puede respirar.
- No puede hablar.
- Tos débil o ausente.
- Cianosis y posible pérdida de conciencia.

¿Qué hacer ante un OVACE?

El abordaje dependerá de si la obstrucción es parcial o completa, y del estado de consciencia de la persona.

Si la obstrucción es parcial:

- No interferir de forma invasiva.
- Estimular la tos, ya que es la manera más efectiva para desalojar el objeto. La tos genera suficiente presión interna para expulsar el cuerpo extraño.

Si la obstrucción es completa (en adultos o niños mayores de un año):

- Golpes dorsales: colocarse de pie, justo detrás de la víctima.
- Inclinar su torso hacia adelante.
- Sostener el pecho con una mano para evitar que se caiga.
- Aplicar hasta 5 golpes firmes entre los omóplatos con el talón de la otra mano.

Maniobra de Heimlich (compresiones abdominales):

- Rodear a la persona por detrás, pasando los brazos por debajo de los suyos.
- Formar un puño con una mano y colocarlo entre el ombligo y la parte baja del esternón.
- Sujetar el puño con la otra mano.
- Ejecutar movimientos rápidos hacia adentro y hacia arriba.
- Repetir hasta 5 veces, o alternar con los golpes en la espalda si no hay mejora.

Si la persona pierde la conciencia: acostarla suavemente en el suelo. | Llamar inmediatamente al 112 (o número de emergencias local). | Comenzar maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP).

Importante: no intentes sacar el objeto a ciegas con los dedos, ya que podrías empujarlo más. Solo debe hacerse si la persona está inconsciente y el objeto es visible claramente en la boca.

Casos especiales: en personas con obesidad o mujeres embarazadas, las compresiones abdominales deben evitarse. En su lugar, rodear el torso de la víctima por debajo de las axilas. | Colocar el puño en el centro del pecho (esternón). | Realizar compresiones firmes hacia atrás, evitando zonas blandas.

La soledad no deseada: un desafío silencioso para la salud en Navarra

Raquel Villanueva Goyeneche.

Enfermera. Servicio de Radioterapia, Radiofísica y Medicina Nuclear. Hospital Universitario de Navarra



La soledad no deseada se ha convertido en uno de los grandes retos sociales y sanitario de nuestro tiempo. No se trata simplemente de “estar solo”, sino de la percepción subjetiva de aislamiento, de falta de vínculos significativos o de apoyo emocional. Es una experiencia que puede afectar a cualquier persona y que tiene consecuencias directas sobre la salud física y mental.

En Navarra, al igual que en el conjunto de España, el envejecimiento poblacional, los cambios de modelos familiares y el aumento de hogares unipersonales han contribuido a visibilizar este fenómeno. Sin embargo, la soledad no deseada no es exclusiva de personas mayores, sino que también impacta en adolescentes, personas con problemas de salud mental, cuidadores, migrantes o quienes atraviesan situaciones vitales adversas.

La soledad como determinante social de la salud

Diversos estudios han demostrado que la soledad y el aislamiento social se asocian con un mayor riesgo de mortalidad, con un impacto comparable al de otros factores de riesgo clásicos como el tabaquismo o sedentarismo. Asimismo, se relaciona con depresión, ansiedad, deterioro cognitivo, enfermedades cardiovasculares y mortalidad prematura.

Desde el ámbito sanitario, es fundamental comprender que la soledad no deseada actúa como un determinante social de la salud ya que no solo influye en la aparición de enfermedad, sino también en la evolución, adherencia a tratamientos y la utilización de recursos sanitarios.

En España, el Ministerio de Sanidad ha incorporado la promoción de la salud y el abordaje comunitario como ejes estratégicos del Sistema Nacional de Salud. Además, el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 ha publicado informes específicos que alertan sobre la magnitud crecientes de la soledad no deseada y su impacto social.

Desde el punto de vista asistencial, la evidencia muestra que las personas que experimentan soledad presentan mayor deterioro funcional y mayor riesgo de hospitalización y muerte.

La realidad en Navarra

El envejecimiento de la población navarra plantea retos específicos. La pérdida de pareja, de amistades o de roles sociales puede desencadenar una profunda sensación de vacío. Sin embargo, es importante evitar estigmatizar la vejez como sinónimo de soledad.

Muchas personas mayores mantienen redes activas y satisfactorias pero el reto está en identificar a quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad, respetando su autonomía y dignidad.

En la Comunidad Foral, instituciones como el Gobierno de Navarra y el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra han incorporado la perspectiva comunitaria en sus estrategias de promoción de la salud. La coordinación entre los servicios sociales, sanitarios y entidades del tercer sector resulta clave para detectar situaciones de riesgo y ofrecer respuestas adaptadas.

En el entorno hospitalario, la soledad no deseada puede hacerse especialmente visible en ingresos prolongados, enfermedades crónicas o procesos oncológicos ya que pueden intensificar el sentimiento de aislamiento. El hospital, además de espacio asistencial, puede convertirse en un punto de detección e intervención.

El papel de los profesionales sanitarios

La identificación precoz es clave y los profesionales sanitarios desempeñan un papel esencial. Preguntas sencillas sobre el apoyo social percibido pueden facilitar la detección de situaciones de riesgo.

La escucha activa, la derivación a recursos comunitarios y la colaboración con servicios sociales son herramientas fundamentales. No se trata de medicalizar la soledad, sino de abordarla desde una mirada psicosocial, integrando la dimensión emocional y relacional en el cuidado.

Los hospitales y centros de salud pueden impulsar iniciativas como:

- Programas de voluntariado y acompañamiento.
- Coordinación con asociaciones vecinales y redes comunitarias.
- Actividades grupales de educación para la salud.
- Espacios de encuentro para pacientes crónicos y cuidadores.

Conclusiones

La soledad no deseada, no es solo un problema individual, sino un fenómeno social que requiere una respuesta colectiva. Administraciones públicas, profesionales sanitarios, entidades sociales, familias y comunidad deben actuar de manera coordinada. El sistema sanitario no puede ni debe afrontar en solitario este desafío, pero si puede liderar una mirada más humana y comunitaria del cuidado. Detectar, acompañar y conectar son verbos que deben integrarse en la práctica diaria. En definitiva, abordar la soledad no deseada es apostar por una sanidad más cercana, más integral y más centrada en la persona. Porque cuidar la salud también implica cuidar los vínculos.

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

