ZH
16 AÑOS

medicina salud
zonahospitalaria
medikuntza eta osasuna
ospitaleko gunea nafarroa
navarra

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

www.zonahospitalaria.com añoXVI julioagosto2022 nº96

SUMARIO

2 ¿Cómo eliminar las varices?
3 El monitor de presión arterial Oscar 2
4 Dolor de vejiga, no siempre es infección
6 Tengo Fibrilación auricular...
7 Medicina regenerativa en la artrosis de rodilla...
8 Poliomelitis
9 El riesgo de la periimplantiti tras los tratamientos de implantes dentales
10 ¿Por qué debo dejar de fumar hoy mejor que mañana?
12 Trastorno del espectro autista y cognición social
13 Tratamiento de varices sin pasar por el quirófano ...
14 ¿Sabes qué es el dolor Neuropático?
15 Medida ambulatoria de la presión arterial
16 ¿Cómo vencer el miedo al dentista?
18 La Unidad de Atención al Ciudadano del HUN
20 El hábito de la Lectura, medicina preventiva para el cerebro al alcance de todos
22 Recogida de muestras de orina en niños/as...
23 Somos cuidadores del sueño... ¿y tú?
24 Protección solar en la infancia
25 Doctor, mi hijo camina con los pies hacia dentro
26 Anestesia en endoscopia digestiva...
28 ¿Se sueña durante la anestesia?
30 "No hago deporte porque me muevo mucho en el trabajo"
31 Documento de voluntades anticipadas o testamento vital...
32 Oferta de Publicidad 2022

EJEMPLAR GRATUITO
Para recibir el pdf de la revista:
zonahospitalaria.com/suscripciones

Verano con calor

Zona Hospitalaria/*Ospitaleko gunea* Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona **Edita/*Edizioa*** PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L.
Dirección/*Zuzendaritza* Merche Ferrer **Redacción/*Erredakzioa*** (redaccion@zonahospitalaria.com) **Fotografía, diseño y producción/*Argazkiak, diseinua eta produkzioa*** PubliSic **Publicidad/*Publizitatea*** 618 463 122 (mercheferrer@publisic.com)
D.L./*L.G.* NA2471/2006 **ISSN** 2253-9026. **Distribución** 8.000 ejemplares.

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

¿Cómo eliminar las varices?

Antes y después del tratamiento

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

La insuficiencia venosa crónica es la enfermedad vascular más frecuente, con una incidencia aproximada del 60 %. Las varices constituyen su manifestación visible más habitual, por lo que no son un trastorno estético, sino la consecuencia de un problema circulatorio.

Como es de dominio público que existen diferentes métodos para eliminar las varices, la duda de los pacientes es ¿qué método es el mejor en mi caso?. Hay una gran confusión respecto a la gravedad de las varices, métodos no invasivos para eliminarlas, eficacia de los mismos y resultados...

Debido a ello, es imprescindible su valoración por parte de un especialista en **Angiología y Cirugía Vascular**, con experiencia en el tratamiento de varices. Es el único que va a poder asesorar de forma real sobre el método o métodos más eficaces.

Todas las técnicas no invasivas, bien indicadas, tienen una eficacia altísima, pero cada una presenta alguna particularidad que la hace especialmente efectiva. Del mismo modo, la técnica que buscamos puede no ser la más indicada en nuestro caso concreto. Incluso puede ser necesaria una combinación de diferentes métodos.

La **esclerosis con microespuma** es la técnica menos invasiva, totalmente ambulatoria y sin necesidad de ningún tipo de anestesia, y es útil para todo tipo de varices. Su efecto se basa en un método químico.

Por otro lado, las técnicas de **termoablación** (láser, radiofrecuencia, vapor de agua...), son muy útiles para ejes safenos de gran calibre, que discurran a cierta distancia de la piel, pero no permiten tratar colaterales. Requieren un corto período de recuperación (48/72 horas), y necesitan realizarse con sedación.

El tratamiento con **cianoacrilato** es un método químico y físico, que se realiza con anestesia local y no requiere recuperación. Permite tratar con gran efectividad ejes safenos, pero no es la mejor técnica para eliminar colaterales.

Por último, el **catéter Clarivein** es una técnica mecánico/química (MOCA), que permite tratar ejes safenos con anestesia local y sin necesidad de período de recuperación.

La **valoración especializada y personalizada** es esencial, dada la variedad de técnicas, y el hecho de que no hay dos pacientes iguales. Consultar con un profesional con experiencia en todas las técnicas permite una valoración objetiva, así como acceder al mejor tratamiento o, habitualmente, a una combinación de ellos, y así potenciar sus ventajas. Por ejemplo, tratar el eje safeno con radiofrecuencia y las colaterales con microespuma.

El **doctor Jiménez Arribas** posee más de 25 años de experiencia en el tratamiento de las varices, con miles de casos tratados y con dominio de todos los procecimientos existentes. Le ofrecemos profesionalidad: una valoración honesta de su problema, la indicación del mejor tratamiento para su caso y un seguimiento inmediato y cercano a lo largo de todo el procedimiento.

VSC
Varices Sin Cirugía

TRATAMIENTO NO INVASIVO DE VARICES
CLARIVEIN® –MICROESPUMA–LÁSER ENDOVENOSO
SELLADO CON CIANOACRILATO – RADIOFRECUENCIA

drjimenezarribas@gmail.com
http://varicessincirugia.org

TRATAMIENTOS PERSONALIZADOS
SIN INGRESO
SIN BAJA LABORAL

Dr. José Manuel Jiménez Arribas:
PAMPLONA. Clínica San Fermín. Avda. Galicia, 2
TUDELA. Policlínica Navarra. C/Juan Antonio Fernández, 3

CONSULTA MÉDICA
948 235 850
644 722 549

El monitor de presión arterial Oscar 2

Pedro María Azcárate
Doctor en Medicina por la Universidad de Navarra
Especialista en Cardiología. Nº Colegiado: 26/31-06741

Calle Cipriano Olaso, 8 bajo. Pamplona
T 948 22 13 11 | www.doctorazcarate.com/

Dr. Azcárate CARDIÓLOGO

En nuestra idea de seguir preservando el bienestar de nuestros pacientes, la consulta del doctor Azcárate en Pamplona ha incorporado una tecnología de primerísimo nivel como es el monitor de presión arterial Oscar 2 de SunTech Medical.
https://suntechmed.com/

"*El adecuado control de la presión arterial es un factor muy importante. La monitorización ambulatoria de la presión arterial es, probablemente, la mejor forma de conocer la presión arterial que realmente tiene una persona. Además permite controlar de forma muy precisa cómo responde el paciente a la medicación. En otras palabras, con el salto de calidad del sistema de monitorización ambulatoria, la consulta del Dr. Azcárate obtiene una tecnología precisa y moderna para ponerla al servicio de sus pacientes*"

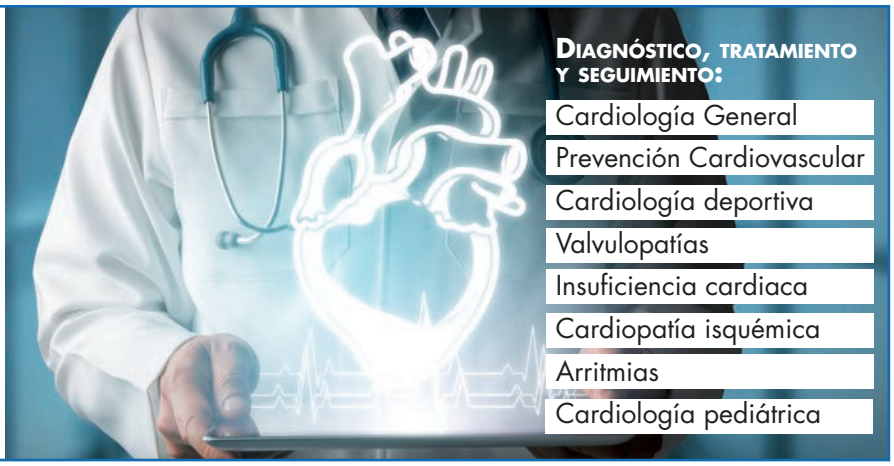
La ciencia sigue protagonizando avances en la medicina. En el caso del Oscar 2, proporciona valiosa información con el fin de establecer un mejor diagnóstico con una solución focalizada en el paciente ya que resulta más cómodo, más fiable y más seguro. El monitor Oscar 2 ha sido probado, de manera independiente, y cumple las exigencias de precisión y rendimiento de la Sociedad Británica de Hipertensión, la Sociedad Europea de Hipertensión Internacional y las normas AAMI-SP10.

El sistema cuenta con el brazalete patentado Orbit ABMP y el software AccuWin Pro4, el diseño de la manga de ajuste asegura la posición exacta del manguito durante todo el estudio, esto propicia lecturas exactas con tolerancia al movimiento y mediante conexión Bluetooth True24. Como conclusión, la consulta del doctor Azcárate en Pamplona adquiere un medio técnico de última generación para modernizar el equipo técnico y, como siempre, seguir evolucionando hacia un tratamiento óptimo.

Dr. Azcárate CARDIÓLOGO

Pedro María Azcárate
Doctor en Medicina por la Universidad de Navarra
Especialista en Cardiología. Nº col.: 26/31-06741

CONSULTA
C/ Cipriano Olaso, 8 bajo. 31004 Pamplona
T 948 22 13 11
www.doctorazcarate.com



Dolor de vejiga, no siempre es infección

Inés Aparicio Agreda. *Fisioterapeuta. Unidad de Suelo Pélvico. Hospital Universitario de Navarra*
Eduardo Montoya Acosta. *FEA Medicina Física y Rehabilitación. Unidad de Suelo Pélvico. Hospital Universitario de Navarra*
Teresa Cisneros Lanuza. *Jefa de Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario de Navarra*

El suelo pélvico o periné forma parte de un complejo entramado de músculos y tejido conjuntivo que tapiza la parte inferior de la cavidad pélvica, encargándose de sostener órganos importantes de diferentes sistemas del cuerpo humano.

Así, formando parte del sistema urinario se encuentran la vejiga y uretra; en cuanto al sistema genital de la mujer, lo componen el útero y vagina. Este sistema está formado por la próstata y vesículas seminales en el caso de los hombres; en cuanto al sistema digestivo, pertenecen el recto y ano. Asimismo, es importante recordar que el suelo pélvico es el principal estabilizador y gestor en la transmisión de presiones intraabdominales.

Todas las estructuras citadas y situadas en el suelo pélvico pueden ser afectadas por patologías, siendo la cistitis la enfermedad más común del tracto urinario.

La cistitis es una inflamación de la pared de la vejiga ocasionada por una infección o cualquier otro agente que la irrita.

Generalmente cuando se habla de cistitis se tiende a pensar en la inflamación vesical bacteriana, siendo E. Coli el germen causal más frecuente.

Sin embargo, existen inflamaciones crónicas de la vejiga de causas no conocidas, llamadas cistopatías crónicas, dentro de las cuales se encuentra la cistitis intersticial.

A menudo la cistitis intersticial se confunde con una infección de las vías urinarias, ya que presentan síntomas parecidos, como dolor e irritación vesical; sin embargo, en la cistitis intersticial la característica diferenciadora es que no existe infección bacteriana.

La cistitis intersticial también es conocida como síndrome de la vejiga dolorosa. Es una de las afecciones crónicas que pueden llegar a limitar mucho la calidad de vida. La mayoría de los casos se diagnostica en mujeres.

La causa de la inflamación de la pared vesical es desconocida, pero se cree que el origen puede ser multifactorial, por eso el tratamiento está enfocado al alivio de los síntomas y a evitar cualquier causa que genere irritación en la vejiga.

Cuando se desarrolla una cistitis las estructuras que se encuentran albergadas en esta esfera pélvica son sometidas a un aumento de su actividad neurovegetativa. Si esto se mantiene en el tiempo, la musculatura y el tejido conectivo, fundamentalmente la fascia y los ligamentos, van a intentar adaptarse al aumento solicitado por parte de la actividad metabólica. Esta sobreactividad es requerida dentro del músculo y, cuando esa adaptación no tiene lugar, aparece el espasmo en la musculatura que rodea a la uretra, vagina o próstata y ano, dando lugar a algunos de los síntomas característicos que se presentan a continuación.

Síntomas

Frecuencia miccional muy elevada, en pequeñas cantidades durante el día y la noche.

Sensación permanente de deseo miccional.

Dolor o escozor durante la micción.

Dolor, molestia o sensación de presión en la zona baja del vientre.

Dolor o malestar durante el llenado de la vejiga y alivio después de orinar. Puede incluso que cueste iniciar la micción.

Diagnóstico

El diagnóstico de la cistitis intersticial conlleva cierta dificultad debido a que las manifestaciones clínicas se pueden confundir con otras enfermedades. Por tanto, es necesario realizar pruebas médicas complementarias para determinar si existe otra afección que cause los síntomas.

Tratamiento

De momento no se ha encontrado un tratamiento para la cistitis intersticial que sea resolutivo. Por eso, el tratamiento está enfocado a aliviar la intensidad de los síntomas, evitando la progresión y el daño tisular permanente.

Es importante que el o la paciente conozca que su proceso es crónico, con periodos de mayor o menor gravedad y, además, que su evolución en el tiempo también será muy variable. Por ello, el objetivo del tratamiento es minimizar el impacto de la sintomatología en la calidad de vida de quien lo padece.

Tratamiento médico-farmacológico

- Antiinflamatorios no esteroides
- Antidepresivos tricíclicos
- Antihistamínicos
- Pentosano polisulfato de sodio

Tratamiento de rehabilitación

La **fisioterapia** es considerada la primera opción de tratamiento por su carácter no invasivo y buenos resultados en el alivio de los síntomas. Incluye las siguientes técnicas:

- **Diario miccional.** Nos da mucha información sobre el funcionamiento y capacidad de la vejiga.

Consiste en registrar el líquido que se toma y la orina que se elimina. Se realiza durante tres días de la semana.

Cada vez que se bebe algún líquido se anota en una hoja la hora, el tipo de bebida y la cantidad, así como la frecuencia con que se va al baño, la cantidad de orina en cada micción y si ha habido pérdida de orina.

- **Estimulación del nervio tibial posterior.** Es una de las técnicas más efectivas y poco invasivas que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del dolor y urgencia miccional en la cistitis intersticial.

Consiste en la estimulación de las raíces nerviosas que inervan la pelvis desde la periferia. Se colocan unos electrodos aplicando corriente eléctrica con parámetros determinados que inhiben el reflejo perineal.

- **Terapia manual.** Mediante diferentes técnicas para aliviar el dolor de la musculatura del suelo pélvico.
- **Técnicas de biofeedback.** Nos permite observar la actividad electromiográfica de los músculos del suelo pélvico. Una señal auditiva o visual facilita al paciente la toma de conciencia de su función motora normalizando hipertonías musculares que provocan dolor.

Consejos

- Tratar de hidratarse correctamente bebiendo 1,5 l de agua a lo largo del día.
- Orinar cada 2,5-3 horas.
- No cortar el chorro de orina durante la micción.
- No empujar en el momento de hacer pis.
- Procurar que la micción se realice en posición sentada para relajar los músculos del periné.
- Realizar una limpieza correcta de la zona genital después de defecar.
- Utilizar productos de aseo que no sean agresivos y que respeten el PH de la zona.
- Evitar llevar ropa ajustada o que no traspire bien.
- No tomar bebidas irritantes como café o té.

Médicos y Profesional Sanitario

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

Nº caracteres: 4.000 ó 7.000, incluidos espacios entre palabras

Enviar artículos a: redaccion@zonahospitalaria.com

Tengo Fibrilación auricular. ¿Qué es lo que tengo?

Uxoa Gutiérrez Urtasun. FEA Medicina Interna Hospital Universitario de Navarra

Se trata de una alteración del ritmo cardiaco (arritmia) que se produce cuando el corazón late con un ritmo desorganizado, irregular y poco eficaz. Es la arritmia más frecuente y afecta principalmente a las personas de edad avanzada. Supone un riesgo aumentado de sufrir un fallo cardiaco o un accidente cerebrovascular, entre otros. A pesar de ser muy común, si se diagnostica a tiempo y se trata de forma adecuada, se puede llevar una vida activa, saludable y plena.

En algunas personas, la fibrilación auricular nunca desaparece (permanente). En otras, puede aparecer y desaparecer, incluso con tratamiento (paroxística). Algunas personas pueden reducir sus probabilidades de volver a tener fibrilación auricular al:

- Controlar su presión arterial.
- Evitar o limitar el consumo de alcohol.
- Reducir el consumo de cafeína.
- Recibir tratamiento para el hipertiroidismo.
- Hacer ejercicio con regularidad.
- Perder peso (si tienen sobrepeso).
- Reducir el estrés.

¿Cuáles son las causas?

Las más habituales son:

- Enfermedades cardiovasculares: hipertensión, angina de pecho, infarto, valvulopatías, insuficiencia cardiaca o una cirugía cardiaca previa.
- Infecciones víricas.
- Hipertiroidismo.
- Obesidad.
- Estrés.
- Trastornos respiratorios.
- Ejercicio físico de alta intensidad, como el que hacen deportistas de alto nivel.
- Causa desconocida.

¿Cuáles son los síntomas más frecuentes?

- Sin síntomas (asintomática): puede no manifestar ningún síntoma y descubrirse de forma casual al tomar el pulso o realizar un electrocardiograma de rutina.
- Palpitaciones: sentir un latido anómalo e irregular. Es el síntoma más frecuente.
- Cansancio o fatiga (astenia).
- Problemas para respirar (disnea).
- Menor capacidad para el ejercicio.

¿Cómo se diagnostica?

- Electrocardiograma (ECG): Es la prueba más habitual para diagnosticar la fibrilación auricular.
- Holter-ECG: Permite registrar la actividad eléctrica del corazón de forma continuada y se pueden detectar los episodios de fibrilación auricular de corta duración (fibrilación auricular paroxística).
- Otras pruebas en función de la causa sospechada.

¿Cuál es el tratamiento?

Tiene dos objetivos: evitar los síntomas que provoca y evitar las complicaciones graves que puede producir. El tratamiento debe individualizarse en función del tipo de fibrilación auricular, los síntomas que produce, la causa, los factores de riesgo del paciente y la evolución de la misma.

- Medicamentos para controlar la velocidad o el ritmo de los latidos del corazón (antiarrítmicos).
- Medicamentos para evitar la formación de coágulos (anticoagulantes).
- Cardioversión: consiste en aplicar una corriente eléctrica al corazón para fijar su ritmo.
- Ablación con catéteres: para lograr cicatrizar o destruir el tejido del corazón que provoca el ritmo cardíaco anormal, si la medicación no consigue mantener el ritmo normal de su corazón.
- Ablación con cirugía mínimamente invasiva: puede plantearse si tras la ablación con catéter se repite la fibrilación auricular.

¿Cuándo tengo que solicitar atención médica?

- Si a pesar de seguir el tratamiento que le han indicado, no se encuentra mejor o los síntomas empeoran.
- Si la medicación le provoca efectos secundarios.
- Acuda a Urgencias o llame al 112 si le cuesta respirar, si siente dolor en el pecho, si se desmayas o si pierde la conciencia o se siente muy débil.

¿Cómo será mi vida?

La mayoría de las personas con fibrilación auricular pueden llevar una vida normal. Aun así, es importante que tome los medicamentos que su médico le recete tal y como le ha indicado. Tomar sus medicamentos según las indicaciones puede ayudar a reducir las posibilidades de que su fibrilación auricular le provoque un accidente cerebrovascular u otras complicaciones. Además, es importante conocer cuáles son las complicaciones que pueden ocurrir y saber cuáles son sus síntomas para poder detectarlas a tiempo. Consulte a su médico para conocer dichas complicaciones.

Medicina regenerativa en la artrosis de rodilla.

Tratamiento con plasma rico en factores de crecimiento

Dr. José Mª Urrutia Merino
Licenciado en Medicina y Cirugía
C.E.S. de Biologie et Medicine du Sport
Université de Bordeaux
Nª Col. 3103882
www.kines.com.es

kines
medicina deportiva y rehabilitación

bti Human Technology

Media Luna, 36. 31004 Pamplona-Iruña
948 23 88 87 / 948 23 99 29

La artrosis de rodilla es una patología degenerativa que se caracteriza por un deterioro progresivo del cartílago articular.

El **cartílago** es un tejido que amortigua y protege la articulación y favorece su movimiento. En la artrosis, el cartílago articular se vuelve frágil y quebradizo, después se adelgaza y, por último, desparece.
Se suele manifestar en personas mayores de 50 años y su progresión habitualmente es lenta. También puede desarrollarse en personas más jóvenes, si han sufrido algún traumatismo o alguna lesión previa en su rodilla y han sido intervenidas quirúrgicamente con anterioridad de alguna patología de cartílago, menisco o ligamentos.

¿Cuáles son los síntomas de la artrosis de rodilla?

El principal síntoma de la **artrosis de rodilla** es el **dolor**. Inicialmente, en una primera fase, el dolor es moderado y se manifiesta cuando se realiza una actividad física. El paciente percibe las mayores molestias al empezar a caminar o a correr y suelen disminuir o desaparecer con el reposo.
En una siguiente fase, el dolor se hace más continuo e intenso y se va añadiendo una sensación de rigidez, con limitación de la movilidad articular y dificultad para la flexión y la extensión de la pierna afectada.
En los casos en los que se alcanzan fases más avanzadas, pueden aparecer alteraciones morfológicas en la articulación (ciertas deformidades) y con la actividad física el dolor se reagudiza, se puede hacer continuo e incluso la rodilla puede hincharse si se forma un derrame sinovial. El paciente cojea, la rodilla se debilita y se puede percibir una sensación de fallo al caminar.

¿Cómo se diagnostica la artrosis de rodilla?

El diagnóstico de la artrosis de rodilla es sencillo, se basa en la historia clínica y en la exploración de la articulación. Se puede confirmar con un estudio radiológico o una resonancia magnética.

¿Cuál es el tratamiento de la artrosis de rodilla?

El principal objetivo del tratamiento de la artrosis de rodilla es reducir el dolor y la inflamación y mejorar la movilidad articular.
Los tratamientos convencionales existentes para la artrosis hoy en día consisten en fármacos analgésicos y antiinflamatorios, protectores de cartílago e infiltraciones de ácido hialurónico.
El **plasma rico en factores de crecimiento** surge como una alternativa eficaz a estos tratamientos.

¿Qué es la medicina regenerativa?

El plasma de BTI Biotechnology, es una **tecnología biomédica** dirigida a estimular la **regeneración tisular** mediante la aplicación de proteinas autólogas.
A partir de un pequeño volumen de sangre del propio paciente, es posible aislar, concentrar e infiltrar un producto basado en las propiedades terapéuticas de los factores de crecimiento presentes en el plasma sanguíneo y en el interior de las plaquetas, que ejercen un importante papel en los procesos de curación y regeneración de los tejidos.
Su aplicación, en el caso de la artrosis de rodilla, puede frenar el avance de esta patología y reducir el dolor y la inflamación.
Por ello, cuanto antes se empiece este tratamiento, mejor será su pronóstico.

Compromiso con la calidad

La tecnología de plasma rico en factores de crecimiento de BTI cumple con todas las exigencias regulatorias y de calidad establecidas por las autoridades sanitarias competentes.
Esta tecnología ha sido concebida para ser aplicada a través de protocolos precisos y muy rigurosos, garantizando siempre la calidad del producto final obtenido.

Poliomelitis

Jaione Fernández García. *Enfermera de Pediatría del C.S. Ancín.*
Beatriz Furtado Eraso. *Enfermera del Hospital García Orcoyen*

La poliomielitis, o comúnmente llamada polio, es una enfermedad altamente contagiosa ocasionada por el virus de la poliomielitis. La gran mayoría de las infecciones por poliovirus no producen síntomas, pero de 5 a 10 de cada 100 personas infectadas con este virus pueden presentar algunos síntomas similares a los de la gripe. En 1 de cada 200 casos el virus destruye partes del sistema nervioso, ocasionando la parálisis permanente en piernas o brazos.

Cómo se trasmite

La transmisión se produce más frecuentemente por la vía fecal oral. Usualmente ocurre debido al lavado de manos inadecuado o por el consumo de alimentos o agua contaminados. Las secreciones respiratorias también diseminan el poliovirus. Las personas infectadas con el virus pueden excretarlos en sus heces durante varias semanas. Los individuos son más contagiosos inmediatamente antes de que aparezcan los síntomas y poco tiempo después.

DIagnóstico diferencial

Existen muchas enfermedades infecciosas y no infecciosas que pueden producir parálisis, y por consiguiente ser confundidas con la poliomielitis, entre ellas están el síndrome de Guillaín-Barré, los golpes o traumas de los nervios de la columna vertebral o nervios principales, y los tumores de la columna vertebral.

Síntomas

Las infecciones por polio pueden mostrar síntomas en varios grados de severidad. En más del 95 % de los casos, la infección es asintomática, de modo que la enfermedad tiene en ellos un curso inaparente. Las otras tres categorías serán descritas más adelante.

La Poliomielitis abortiva

Un curso corto y leve de la enfermedad de aproximadamente 3 días con uno o más de los síntomas siguientes: Fiebre. Apetito disminuido. Náusea, vómito o ambos. Dolor de garganta. Malestar general. Estreñimiento. Dolor abdominal.

La Poliomielitis no paralítica

El niño puede sentirse mal durante un par de días, luego dar la sensación de mejoría y después volver a sentirse mal con los siguientes síntomas: Dolor de los músculos del cuello, el tronco, los brazos y las piernas. Rigidez del cuello y de la columna vertebral.

La Poliomielitis paralítica

Normalmente se inicia con fiebre, que ocurre de 5 a 7 días antes que otros síntomas. Después aparecen los siguientes síntomas: Debilidad generalizada en los músculos. Estreñimiento severo. Respiración debilitada. Dificultad para tragar, babeo continuo. Parálisis de los músculos

¿Cómo se diagnostica?

Además de la exploración y la entrevista clínica, los procedimientos para diagnosticar la poliomielitis pueden incluir los siguientes exámenes: Cultivos de la garganta, orina y heces. Prueba de los niveles de anticuerpos contra la poliomielitis. Punción lumbar.

Tratamiento

Aunque existe prevención contra la poliomielitis, no existe cura para los individuos infectados. El tratamiento es de apoyo, que significa que los síntomas pueden tratarse para mejorar la comodidad y recuperación del paciente. Incluyen: Tratamiento del dolor con analgésicos. Esfuerzo y ejercicio mínimo. Aplicar calor para el dolor en los músculos.

Prevención

Higiene adecuada y lavarse bien las manos. La inmunización contra el polio, administrada en el calendario vacunal de forma sistemática.

Complicaciones

La poliomielitis puede ocasionar parálisis permanente. Se han descrito casos de sujetos que se recuperaron completamente, pero de 15 a 40 años después desarrollaron el síndrome postpolio, en el cual se presentan nuevamente los dolores musculares, la debilidad de los miembros y nuevos episodios de parálisis. Se ha descrito que de 2 a 10 de cada 100 niños con poliomielitis paralítica mueren debido a que la parálisis afecta a los músculos que ayudan a respirar.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA
NAFARROAKO OSPITALE UNIBERTSITARIOA
CUIDADOS ESPIRITUALES RELIGIOSOS
ZAINTZA ESPIRITTALAK-ERLIJIOSO
La Salud también Viaja
Servicio Religioso
Colegio de Médicos
www. peregrinacionesnavarra.es

TURISMO RELIGIOSO CULTURAL

VIAJE RÍAS BAIXAS - AÑO JUBILAR 29 AGOSTO AL 4 SEPTIEMBRE - AUTOCAR + 3 NOCHES EN O GROVE Y 3 NOCHES EN NOIA. PENSIÓN COMPLETA CON VINO Y AGUA. ALMUERZOS EN RUTA + 2 MARISCADAS + ALMUERZO ESPECIAL EN EL REAL CLUB NAÚTICO DE SANJENJO + NAVEGACION RÍA PONTEVEDRA 90 MINUTOS CON DEGUSTACIÓN MEJILLONES. SEGURO. VISITAS POR LA ZONA. COMIDA EN SANTIAGO DE COMPOSTELA EN LA HOSTERÍA SAN MARTÍN PINARIO. HABITACIÓN DOBLE 635 €. IDIVIDUAL 770€. ÚLTIMAS PLAZAS.

SANTUARIO DE LOURDES 24/25 SEPTIEMBRE. TODO INCLUDO 138€.

PEREGRINACION TIERRA SANTA 26 OCTUBRE AL 4 NOVIEMBRE (CONTACTAR).

SERVICIO ABIERTO A TODO INTERESADO EN PARTICIPAR

El riesgo de la periimplantitis tras los tratamientos de implantes dentales

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

CLÍNICA BUSTILLO
CIRUGÍA MAXILOFACIAL
IMPLANTES DENTALES
CASTILLO DE MAYA, 45. T 948152878

La popularización de los implantes dentales como principal modo de restauración de las piezas perdidas ha conllevado también la aparición de un mayor porcentaje de enfermedades periimplantarias. Se trata de una consecuencia que puede parecer inevitable, pero que obliga a intensificar los esfuerzos para mejorar los tratamientos y los protocolos de mantenimiento, que son muy relevantes para garantizar la viabilidad de un implante en el largo plazo.

Al igual que la enfermedad periodontal, las patologías periimplantarias tienen varias fases. En la primera de ellas, que se denomina mucositis, se manifiestan lesiones inflamatorias en los tejidos blandos. Mediante fármacos y procesos de limpieza de la zona se puede revertir y evitar que se llegue a la periimplantitis propiamente dicha. Esta termina en el deterioro de la masa ósea que sostiene al implante y por lo tanto, puede provocar la pérdida de esta pieza artificial y la necesidad de un nuevo retratamiento.

Factores de la enfermedad periimplantaria

En la aparición de la enfermedad periimplantaria influyen varios factores. Los más previsibles son que el paciente mantenga hábitos nocivos y que no realice una higiene adecuada de su salud bucodental. Asimismo, es relevante el hecho de que no se sigan los protocolos de mantenimiento, que recomiendan acudir periódicamente a la clínica para llevar a cabo limpiezas técnicas que no es posible abordar en el cuidado diario. No debemos olvidar que los implantes son consecuencia de la pérdida de los dientes naturales. La dentadura ya no se encuentra en sus condiciones óptimas y hay que cuidarla con más dedicación incluso. Por otro lado, pueden influir otras patologías del organismo en general, que incidan negativamente en la salud bucodental y perjudiquen también a los implantes.

No obstante, más allá de las causas posteriores que afectan a la duración de un tratamiento de implantología, debemos señalar que el éxito comienza en el primer momento de la intervención. Un diagnóstico preciso, que nos indica el enfoque más adecuado para asegurar la restauración, una planificación rigurosa de las fases de la cirugía, la utilización de materiales de calidad y la exactitud con que se trabaje en el apartado protésico, todo ello condiciona un buen desenlace.

La importancia de la osteointegración

Además, hay un factor más esencial, tal como se viene demostrando en las numerosas investigaciones que se realizan sobre la periimplantitis. Nos referimos a la osteointegración. La experiencia clínica de miles de implantes colocados nos demuestra que la presencia de nivel suficiente de masa ósea resulta decisiva en la pervivencia a largo plazo.

Debemos lograr que el implante sea estable desde el momento en que es insertado. Y, para ello, necesitamos una densidad de hueso óptima. Estamos trabajando con un hueso cicatricial, que ha perdido su vitalidad en buena medida al desaparecer el diente. Esto nos obliga a llevar a cabo un proceso de regeneración ósea que es posible ejecutar de manera poco traumática y en un período de tiempo relativamente corto, gracias a los avances en este campo.

Cuando nos aseguramos de que el paciente presenta las propiedades óseas adecuadas para los implantes que necesita, es el momento de culminar el tratamiento. Se habla mucho de implantes de carga inmediata, de implantes en el día, que son indicativos del avance de la disciplina. Pero la mayor agilidad con que trabaja la implantología no debe sacrificar la necesidad de contar con el aporte de hueso necesario. Porque, en este aspecto, descansa verdaderamente el futuro del implante y la posibilidad de minimizar el riesgo de la periimplantitis.

¿Por qué debo dejar de fumar hoy mejor que mañana?

Tina Herrero Jordán. *FEA Neumología Hospital Reina Sofía de Tudela.*
Susana. Clemos, Adriana Ger Buil y María Jesús Igúzquiza Pellejero. *FEA Medicina Interna. Hospital Reina Sofía de Tudela*

En el año 2020 el tabaco fue el responsable de más de 7 millones de muertes en todo el mundo. Y no sólo no se espera que mejoren las cifras, es que las previsiones muestran que el número a finales de la década sobrepasará los 8 millones de muertes anuales. Actualmente la proporción de hombres fallecidos por el tabaco es mucho mayor que la de mujeres, pero la tendencia al incremento de consumo entre las mujeres, especialmente las más jóvenes, está llevando consigo el cierre progresivo de la brecha.

El consumo de tabaco incrementa el riesgo de muerte de formas muy diversas, desde el cáncer de pulmón, ampliamente conocido, hasta el ictus o el infarto agudo de miocardio, pasando por la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o múltiples otras localizaciones de cánceres.

Cáncer de pulmón

El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer en todo el mundo. Presenta unas tasas de supervivencia a los cinco años del diagnóstico de únicamente el 21%, o lo que es lo mismo, 4 de cada 5 pacientes habrán fallecido antes de que se cumplan 5 años de su diagnóstico.

El tabaco es el responsable de aproximadamente el 90% de los cánceres de pulmón. De hecho, el riesgo de desarrollar este tipo de cáncer es hasta 20 veces mayor en personas fumadoras que en las no fumadoras. El mecanismo es sencillo: cada inhalación de humo de tabaco que un fumador realiza contiene aproximadamente 60 sustancias cancerígenas que quedarán depositadas en sus pulmones y vía aérea.

Pero no sólo influye en su aparición, el tabaco también determinará en muchos casos el tipo de tumor y las opciones de tratamiento del paciente: un paciente con una función pulmonar muy deteriorada por un consumo prolongado de tabaco no será candidato a tratamientos agresivos que puedan poner su vida en un riesgo aún mayor, como por ejemplo una intervención quirúrgica que conlleve la resección de parte del pulmón.

Cáncer, ¿sólo de pulmón?

Por desgracia no sólo el cáncer de pulmón ve favorecida su aparición por el tabaco. Todas las zonas del cuerpo que entran en contacto con el humo presentan al tabaco como su principal factor de riesgo: nariz, labio, lengua, faringe, laringe...

Además, la inhalación y depósito de sustancias cancerígenas, con su consecuente metabolización en el organismo, es también un factor de riesgo que, en combinación con otros múltiples factores, favorecerá la aparición de cáncer en lugares distales sin contacto directo con el humo.

Está ampliamente probado que el tabaco actúa como factor de riesgo de cáncer de: esófago, estómago, colon, páncreas, mama, hígado, próstata, ovario, útero, vejiga y riñón.

Enfermedad cardiovascular

Se estima que más del 10% de las muertes por enfermedad cardiovascular son debidas al tabaco. Y en el caso de la población más joven, comprendida entre los 30 y los 45 años, la cifra aumenta hasta casi el 40%.

Los fumadores tienen, respecto a los no fumadores, el doble de riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular (ictus) y más del cuádruple de riesgo de sufrir una cardiopatía isquémica (infarto agudo de miocardio).

Tal y como ocurre en las patologías previas, el mecanismo también es ampliamente conocido: el humo del tabaco, y sus componentes, favorecen la aparición de coágulos y placas de ateroma en las arterias del corazón que dificultan el paso de la sangre, pudiendo llegar a provocar accidentes cerebrovasculares e infartos de miocardio.

Esta alteración vascular aparece en arterias y venas de muchas otras localizaciones del cuerpo, de ahí que muchos fumadores presenten alteraciones circulatorias también a otros niveles, principalmente en brazos y piernas.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es, desde hace más de 30 años, la tercera causa de muerte en España, sólo por detrás de la enfermedad cerebrovascular y el cáncer. Si hay una enfermedad ligada al consumo de tabaco, más allá del cáncer de pulmón, esa es la EPOC.

El humo del tabaco es la principal causa de aparición de EPOC, siendo responsable de entre el 90-95% de los casos. No sólo los fumadores activos tienen un riesgo muy elevado de desarrollar la enfermedad, también aquellas personas que hayan sido expuestas a un ambiente de tabaquismo pasivo de manera prolongada (convivientes de fumadores, trabajadores de hostelería...) presentan un riesgo notablemente mayor de desarrollar la enfermedad.

Los síntomas más habituales de los pacientes con EPOC incluyen la tos, la dificultad respiratoria y la expectoración frecuente. Todos ellos empeoran con el tabaquismo, de ahí que la principal medida para mejorar la supervivencia y evolución de estos pacientes sea el cese inmediato del hábito tabáquico.

Los pacientes EPOC que, pese al diagnóstico de la enfermedad, no abandonan el tabaco presentan habitualmente: empeoramiento clínico mucho más rápido, peor calidad de vida, menor respuesta al tratamiento, complicaciones más frecuentes y letales, supervivencia disminuida, mayores comorbilidades asociadas...

Otras enfermedades respiratorias

El tabaco no sólo tiene efectos deletéreos en la salud respiratoria a medio-largo plazo, también es capaz de generar complicaciones y enfermedades de rápida aparición, o incluso agravar notablemente enfermedades preexistentes.

Múltiples estudios han demostrado que los fumadores tienen mayor riesgo de padecer infecciones respiratorias, desde un resfriado común a una tuberculosis o una neumonía. Y que además la evolución de estas patologías tiende a agravarse y prolongarse en el tiempo en comparación con los no fumadores.

Este aumento de riesgo es especialmente notable en el caso de la tuberculosis: los fumadores tienen más del doble de riesgo de contraer la enfermedad, además habitualmente presentan formas más diseminadas y complejas y las complicaciones son hasta 3 veces más frecuentes. Por último, tanto el riesgo de mortalidad por la enfermedad, como el deterioro funcional y la recaída, son también más del doble de frecuentes en la población fumadora.

Respecto a otras enfermedades respiratorias como por ejemplo el asma, si bien el tabaquismo no está reconocido como causa directa de aparición de asma, sí está ampliamente demostrada su capacidad de provocar, y agravar, crisis de la enfermedad (tanto por el consumo activo como por el pasivo). Además, los pacientes fumadores presentan peor respuesta al tratamiento y mayores requerimientos de medicación de rescate para control de su enfermedad.

Conclusión

Todo lo anteriormente expuesto no son más que los ejemplos más evidentes de los posibles efectos del tabaco sobre la salud. Una rápida búsqueda en internet permite darse cuenta de que el potencial daño es mucho mayor y a infinitos niveles de nuestro organismo.

Por todo ello, tras la lectura de nuestro artículo, animamos a los fumadores a reflexionar, sopesar los beneficios y riesgos y, finalmente, a tomar la decisión de elegir su salud. **Hoy mejor que mañana es el momento de dejar de fumar, ¡ánimo!**

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

8.000 ejemplares/Nº + 6.245.733 visitas en la web en 2021 (Google Analytics) + Redes sociales

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

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

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

+ información: redaccion@zonahospitalaria.com

Trastorno del espectro autista y cognición social

Fermín Goñi Sáez. *Psicólogo Clínico. Director Científico de Fundación Argibide.*

El trastorno del espectro autista (TEA) supone en la actualidad un reto clínico, científico y socio-educativo al ser uno de los cuadros neuropsiquiátricos más complejo -a la hora de explicar sus causas- y singular -en su manifestación psicopatológica y neuropsicológica-.

Cuadro sindrómico del TEA

Las dos clasificaciones diagnósticas (DSM-5 y CIE-11) más utilizadas en salud mental definen la presentación clínica del TEA de forma similar -como trastorno del neurodesarrollo- a través de dos criterios diagnósticos nucleares:

- Dificultades significativas y persistentes tanto en la comunicación como en la interacción social que emerge en diferentes contextos (problemas de reciprocidad socioemocional, déficits en la comunicación no verbal y alteraciones en la construcción de las dinámicas y los procesos de interacción personal).
- Perfil cognitivo-conductual rígido que se manifiesta en patrones restrictivos y repetitivos tanto en las áreas de interés como en las actividades y conductas mantenidas (estereotipias, inflexibilidad, focalización restringida e hiper o hipo-reactividad a los estímulos sensoriales que configuran el entorno).

TEA y cognición social

La cognición social es un dominio neuropsicológico que posibilita nuestra adaptación exitosa a los nichos socio-comunicativos que habitamos. La investigación científica ha descubierto que los pacientes con diagnóstico de TEA manifiestan déficits clínicamente significativos en áreas básicas de la cognición social que condicionan su desempeño en los contextos sociales:

- Percepción social: los pacientes con TEA perciben de forma atípica los estímulos sociales (v. gr., rostros y emociones). Algunas situaciones que podrían caracterizar estas dificultades son el escaso contacto ocular, el seguimiento alterado de la mirada y los déficits en la interpretación emocional de las claves socio-afectivas.
- Teoría de la mente: la capacidad de entender los estados mentales propios y ajenos (intenciones, deseos, conocimiento, creencias...) es deficitaria en los pacientes con TEA. Las consecuencias socio-cognitivas de esta dificultad en la mentalización se evidencian tanto a la hora de responder de forma apropiada a las situaciones sociales como en las dinámicas comunicativas de la interacción social (donde resulta necesario comprender y predecir las conductas de las personas que conforman nuestro entorno socio-comunicativo).

Escenarios facilitares de la cognición social

El reto terapéutico para desarrollar exitosamente la cognición social en pacientes con TEA consiste en generar escenarios que promuevan la comprensión de las emociones (propias y ajenas), potencien el aprendizaje de habilidades mentalizadoras y faciliten los procesos de interacción socio-comunicativa mediante la puesta en funcionamiento tanto de programas terapéuticos convencionales (en formato individual y grupal) como de nuevas herramientas tecnológicas que adapten a formato visual las estrategias de mentalización y percepción social.

Más de 40 años apostando por la Salud Mental
Infancia-Adolescentes-Adultos-Mayores
Psicología-Psiquiatría-Psicogeriatría-Peritajes
FUNDACIÓN ARGIBIDE
C/ Iturrama, 7 Entreplanta
Tfno.: 948 266 511
Fax: 948 266 650
info@fundacionargibide.org
www.fundacionargibide.org

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 (Safenectomía) y, por tanto, pasar por un quirófano, anestesia general o raquídea y varias semanas de baja laboral.

El tratamiento 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** aunque en algunas ocasiones pueden ser recomendables. 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

La cirugía se lleva a cabo mediante la aplicación de una pequeña cantidad de anestésico local en el lugar de la punción por lo que no es necesario ingreso hospitalario ni baja laboral y la recuperación es inmediata.

¿En qué consiste el tratamiento con Venaseal®?

Antes del procedimiento, que se realiza en la consulta, se efectuará una ecografía 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, pasados unos días, es necesario realizar alguna sesión de esclerosis con microespuma en las venas más pequeñas para completar el tratamiento.

Durante más de 16 años nuestro equipo ha tratado más de 3800 pacientes con varices utilizando técnicas poco invasivas como el sellado con cianocrilato y la esclerosis con microespuma, siempre de forma personalizada y en un proceso de constante innovación con el único objetivo de ofrecer a nuestros enfermos procedimientos más cómodos y con mejores resultados.

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

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

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

CPS-C2261/1/14-NA

www.leopoldofernandez.com

¿Sabes qué es el dolor Neuropático?

Ramon Llorenç Piñol Ibarz. *MIR en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario de Navarra.*
José Federico Giarratana. *Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Mutua Navarra*

El dolor neuropático es un tipo de dolor causado por daño en los nervios o un problema en el sistema nervioso. Suele provocar ardor, hormigueo, y ser intenso o punzante pudiendo ser permanente o aparecer y desaparecer. En general, empeora al descansar y por la noche. A veces, las personas sienten mucho dolor con estímulos que normalmente no lo causan, como el roce de un bastoncillo en la piel de la zona afligida.

Puede ser grave y afectar la vida diaria. Por ejemplo, puede impedir que las personas duerman o se alimenten bien, lo cual puede provocar depresión y ansiedad.
En algunos casos, este dolor desaparece por sí solo, pero en otros, puede durar más tiempo.

¿Cuáles son sus posibles causas?

Existen múltiples causas, algunas de ellas son difíciles de determinar. Las más frecuentes suelen ser:

- **La neuropatía diabética:** es una afectación en pacientes con diabetes de larga evolución, la cual puede afectar la sensibilidad en la parte más distal de las extremidades (como manos y pies). Es una de las más frecuentes.
- **La neuropatía posterior a un accidente cerebro-vascular o ictus:** como consecuencia de esto, puede haber un territorio nervioso donde la sensibilidad dolorosa quede alterada.
- **La neuralgia posherpética:** aparece después de la infección por el virus herpes zóster. Suele afectar al territorio de un nervio periférico, con frecuencia en el tórax.
- **La neuropatía postraumática o compresiva:** suele afectar a un nervio periférico. Puede ser de presentación tanto aguda (después de un traumatismo) como crónica (por ejemplo, por compresión de un nervio debido a una degeneración de los huesos de la columna o los elementos circundantes).

¿Existe una única prueba para diagnosticarlo?

No, el diagnóstico se basa en una exploración exhaustiva por el profesional de salud, pudiendo solicitar algunas pruebas para apoyar su sospecha.
Algunas de ellas son la analítica de sangre, las pruebas que valoren la función de los nervios y/o las pruebas de imagen.

¿Existe algún tratamiento?

No existe un tratamiento único, ni tampoco existe una terapia que funcione en todas las personas. Éste, suele ser una combinación de varias herramientas, no siendo los fármacos las únicas que utilizamos.
Los fármacos empleados, suelen ser medicamentos que se utilizan para tratar otras patologías dolorosas, junto con otros que se usan para tratar la depresión. Se ha visto que estos últimos son ventajosos porque hacen su efecto en áreas del cerebro que procesan este dolor. Adicionalmente, es habitual prescribir fármacos que regulan la conducción nerviosa.
Otras medicinas se aplican sobre la piel, por ejemplo, en forma de cremas, parches o spays.
También se pueden realizar infiltraciones (con anestésicos y/o antiinflamatorios entre otros) localizadas en la zona de dolor.
Otras herramientas que han demostrado efectividad son la fisioterapia, corrientes, acupuntura y un apoyo psicológico que nos ayude a comprender, entender y aceptar nuestro dolor.

¿Hay algo que pueda hacer por mi cuenta que me ayude?

Si el dolor es muy localizado en una zona concreta puede ser apropiado utilizar aditamentos que disminuyan el apoyo o roce en el área afectada como almohadillas. Asimismo, puede ser beneficioso el uso de calor o frío local.
Está ampliamente demostrada la efectividad de distintas técnicas de relajación. Por ejemplo, ejercicios de respiración profunda o el llamado mindfulness.
Finalmente, no podemos olvidarnos del ejercicio físico. Éste aporta múltiples beneficios, no solo para mejorar la percepción que tenemos de nuestro dolor, también mejora nuestra condición física, previene distintas enfermedades y mejora la calidad del sueño.
Es importante que acuda a su profesional sanitario de referencia si cree que puede tener dolor neuropático.

Medida ambulatoria de la presión arterial

Uxoa Gutierrez Urtasun. FEA Medicina Interna Hospital Universitario de Navarra

Es habitual que los médicos o enfermeras recomendemos a nuestros pacientes que se vigilen la presión arterial (PA) en sus domicilios ya que es posible que las lecturas realizadas en el consultorio no siempre representen con precisión la presión arterial de un individuo. Muchas personas con presión arterial elevada en el consultorio no tendrán hipertensión después de realizar más pruebas (es decir, tienen hipertensión de bata blanca), y algunas personas que están siendo tratadas por hipertensión pueden tener lecturas elevadas en el consultorio, a pesar de tener presión arterial controlada cuando no están en el consultorio del médico. Por ello, el uso de la medición de la presión arterial fuera de la consulta es apropiado para confirmar el diagnóstico de hipertensión y para monitorizar a los pacientes en terapia.

Tipos de medida de presión arterial ambulatoria

- **Monitorización ambulatoria de la PA (MAPA):** se realiza utilizando un dispositivo que se coloca al paciente que toma medidas de presión arterial durante un período de 24 a 48 horas, generalmente cada 15 a 30 minutos durante el día y cada 30 a 60 minutos durante el sueño. Estas presiones arteriales se registran en el dispositivo, y las presiones promedio diurnas o nocturnas son calculadas por una computadora. Captura los efectos de las actividades diarias normales sobre la presión arterial, proporciona información sobre el comportamiento de la presión arterial durante el sueño y proporciona un mayor número de lecturas que las que se pueden obtener durante un encuentro típico en el consultorio. No siempre está disponible en todos los centros.

- **Automedida de PA (AMPA):** Por lo general, se les pide a los pacientes que obtengan múltiples lecturas de PA durante un período de tiempo limitado, que luego se comparten con el médico o la enfermera. Requiere el uso de aparatos validados y una correcta técnica.

Comparación entre ambas

La MAPA y la AMPA son métodos aceptables para confirmar el diagnóstico de hipertensión y controlar a los pacientes que reciben tratamiento para la hipertensión. La MAPA, no requiere restricciones en el nivel de actividad del paciente, o exposiciones como la dieta, el ejercicio y el uso de cigarrillos. Tanto la MAPA como la AMPA proporcionan un valor pronóstico mayor que las mediciones de la presión arterial en el consultorio. Sin embargo, esto se establece mejor para la MAPA y, además, la MAPA registra la presión arterial nocturna, que tiene un valor pronóstico independiente. Ambas se pueden utilizar como métodos complementarios para la evaluación fuera de la consulta. LA MAPA proporciona datos de presión arterial mientras los pacientes están "en movimiento" y durante la noche, aunque generalmente solo durante 24 horas. Por el contrario, AMPA, aunque solo proporciona lecturas diurnas, se puede usar como una evaluación más frecuente de la presión arterial a largo plazo.

Recomendaciones a pacientes para realizar la AMPA

1. Sobre el aparato de medida:

- Use siempre un aparato de medida para el brazo, automático o semiautomático que esté validado clínicamente.
- Consulte al personal sanitario, en casos de dudas y él le recomendará el aparato más apropiado.
- No use aparatos de dedo ni de muñeca a no ser que se lo indique su médico o enfermera.
- Asegúrese de que el tamaño del manguito es adecuado al grosor de su brazo (el personal sanitario le indicará cuál debe usar).
- Asegúrese de que el dispositivo está calibrado. Todos los aparatos deben ser revisados por los servicios técnicos recomendados por los fabricantes. Si no es posible, puede compararlos directamente con aparatos fiables en su centro de salud o farmacia.
- Lea y siga cuidadosamente las instrucciones del dispositivo.

2. Respete la técnica de medida:

- Sitúese en un lugar cómodo, sin ruidos ni distracciones y con temperatura agradable. Debe estar tranquilo. Evite el consumo de sustancias excitantes (café, alcohol), tabaco, comida y ejercicio físico 30 minutos antes de la toma. Vacíe la vejiga. Siéntese cómodo con la espalda bien apoyada en el respaldo del asiento, con los pies tocando el suelo y sin cruzar las piernas. Ponga el brazo en el que va a tomar la presión arterial en extensión, sin ropa que oprima, a la altura del corazón y apoyado sobre una mesa. Coloque el manguito en posición adecuada, 2-3 centímetros por encima de la parte flexora del codo. Presione el botón para conectar el tensiómetro.
- No hable ni mueva el brazo mientras realice la medición.

3. Medidas:

- Repose 5 minutos con el manguito puesto antes de realizar la primera medición. Espere 1-2 minutos para realizar la segunda medida. Realice dos medidas por la mañana (antes de la utilización de la medicación, incluidas gotas de los ojos y de la nariz y antes del desayuno) y dos por la noche (antes de tomar la medicación y de la cena).
- La frecuencia de las medidas se la indicará el personal sanitario.
- El aparato marcará tres cifras: la de la parte superior corresponderá a la presión arterial sistólica (PAS/máxima), la que le sigue corresponde a la presión arterial diastólica (PAD/mínima), y la cifra inferior corresponde a la frecuencia cardíaca (pulso).

4. Registro:

- Cuando finalice cada toma de tensión anote las cifras obtenidas en la hoja de registro. El personal sanitario le indicará cómo hacerlo, anote también la fecha. Lleve la hoja cuando acuda a los controles.

Siempre debe seguir las recomendaciones dadas por su médico y enfermera.

Como conclusión, la medida ambulatoria de la presión arterial es una herramienta útil para el diagnóstico y seguimiento de la HTA pero debe realizarse con aparatos validados y con una adecuada técnica.

odontología

¿Cómo vencer el miedo al dentista?

Comunicación Edificio Policlínica Artica

sannas DENTOFACIAL

Muchas personas, tanto adultos como niños, sufren estrés o verdadera ansiedad cuando visitan al dentista. Tanto es así, que incluso pueden llegar a evadir acudir a sus revisiones y citas, para evitar el mal trago que pasan cada vez que cruzan la puerta de una clínica dental. De hecho, estudios realizados en Odontología han demostrado que casi un 65% de los pacientes experimenta ansiedad a la hora de ir al dentista. Este problema es más común cuando los pacientes tienen algún tipo de discapacidad, son niños pequeños o personas que padecen fobia. Solución: la sedación consciente.

Estudios realizados en Odontología han demostrado que casi un 65% de los pacientes experimenta ansiedad a la hora de ir al dentista. Ésta es precisamente, una de las principales causas que provoca que un gran porcentaje de los españoles descuiden su salud bucodental. Sin embargo, hoy en día existe la técnica de sedación consciente que permite dejar atrás la angustia, la ansiedad y el temor a la hora de acudir a un dentista, un procedimiento seguro e innovador que, elimina toda sensación negativa a la hora de someterse a un tratamiento odontológico.

El Dr. Luis Felipe Rivas, especialista en esta técnica y director médico en la Clínica Sannas Dentofacial, lo explica *"la sedación dental también conocida como "sedación consciente" permite al paciente permanecer en un estado de relajación absoluto que facilita la realización de más de un tratamiento en una misma intervención y sin molestias. Es la forma más efectiva de garantizar bienestar durante la visita al dentista, reduciendo la duración necesaria de la intervención y controlando la odontofobia, más conocido como miedo al dentista".*

Apunta que, *"esta metodología, además, permite minimizar el número de visitas de los pacientes a la clínica, que resulta ser una de las causas más frecuentes del abandono del tratamiento. De hecho, el paciente acude un 80% menos de veces, que se traduce en ahorro de tiempo, de desplazamientos y de estrés, así como en menor consumo de desechables por tratamiento (disminución de la contaminación y ahorro de tiempo también para el profesional) y una grata experiencia para el paciente".*

> "El paciente está consciente y con sus funciones vitales inalteradas, pero no siente ansiedad ni miedo

Ventajas de la sedación consciente

- Sin efectos secundarios, mínimamente invasiva.
- Eliminación del temor al dentista y de la ansiedad, con mejor experiencia por parte del paciente.
- Posibilidad de realizar todos los tratamientos en una sola sesión, "Odontología de alto rendimiento (ARO)".
- Completa colaboración del paciente y facilitación de la labor del odontólogo.
- Muy buena recuperación y mejor resultado postoperatorio.

Segura, indolora y rápida

Y, ¿cómo se lleva a cabo? El Dr. Rivas lo explica *"después de estudiar cuidadosamente cada caso, de superar los requisitos preanestésicos, y una cuidadosa planificación del tratamiento, se procede a inducir al paciente en un estado de relajación – sueño - bienestar que proporcionan los medicamentos que el anestesista administra. Como la propia técnica indica, es una sedación consciente, lo que significa que el paciente mantiene los reflejos, obedece a órdenes y digamos que, colabora con el equipo de profesionales que interviene durante el procedimiento. Tras finalizar la intervención, el paciente pasa a una sala de recuperación hasta que se certifica el alta y puede salir de la clínica siempre acompañado durante esas primeras horas".*

Ideal para niños

Uno de los ámbitos donde la sedación consciente resulta muy útil es en la Odontopediatría. Con frecuencia, los más pequeños no tienen la capacidad suficiente de colaborar todo lo necesario con los profesionales a la hora de realizarse un tratamiento dental, ya sea porque se cansan de estar sentados, porque son muy inquietos o por temor al dolor. Además, es una forma de convertir su paso por la clínica dental en toda una experiencia positiva.

Desde su aprobación en España, Sannas Dentofacial ha sido una de las primeras clínicas dentales en implantar esta técnica odontológica.

Muy recomendado para personas con discapacidad

Otro perfil de pacientes en los que ya se está utilizando la sedación consciente y con resultados positivos es en personas con discapacidad. Con esta técnica disminuye el estrés, la ansiedad, el riesgo de aparición de crisis epilépticas y se atenúan movimientos involuntarios, haciendo posible realizar el tratamiento dental.

La sedación consciente ayuda a romper el círculo vicioso entre el estrés, la ansiedad, el miedo y el absentismo que se producen ante una revisión bucodental.

En la Clínica Sannas Dentofacial afirman que *"el resultado que los pacientes obtienen tras una sedación es muy satisfactorio, seguro y eficaz. Tal es así, que el 99,99% de los pacientes repite por ser una experiencia positiva y agradable. Nosotros lo llamamos, experiencias Sannas".*

Acerca de Sannas Dentofacial

La Clínica Sannas, tras más de 30 años de esfuerzo e innovación, ha logrado posicionarse como un centro de referencia en Navarra, gracias a un servicio excelente y de calidad. Dispuestos a escucharte, aconsejarte y buscar el camino que más se adapte a ti.

Atención al Ciudadano del HUN (Antiguo Hospital de Navarra)

La Unidad de Atención al Ciudadano (UAC) del Hospital Universitario de Navarra (HUN)

Isabel Macías Domínguez. *Enfermera y Jefa de Unidad de Atención al Ciudadano. Hospital Universitario de Navarra.*
Nieves Izco García. *Enfermera y Jefa de Sección de la Unidad de Atención al Ciudadano y Accesibilidad. Hospital Universitario de Navarra*

La Unidad de Atención al Ciudadano (UAC) pertenece al Hospital Universitario de Navarra (HUN) que está formado por los siguientes Centros asistenciales: antiguo Hospital de Navarra, antiguo Hospital Virgen del Camino, Clínica Ubarmin, Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (CASSYR), Centro de Consultas Doctor San Martín, Centro de Consultas Príncipe de Viana, Centro de Consultas Conde Oliveto y Ambulatorio de Tafalla.

La UAC es la unidad responsable de velar por el correcto ejercicio de los derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la atención dispensada por los distintos centros asistenciales que forman el HUN. Además, es "la voz del paciente" y el último eslabón de la cadena asistencial en el Sistema Sanitario Público. Desde aquí la persona usuaria además de ejercer sus derechos, es escuchada y comprendida por las personas que trabajan en la unidad.
Ésta unidad está conformada por profesionales administrativos y de enfermería que asisten a la persona usuaria de forma presencial y telefónica. Además, es la encargada de atender y tramitar las solicitudes, sugerencias, reclamaciones y agradecimientos vía online, presencial o telefónica.
El profesional que trabaja en la UAC dispone de una serie de habilidades, actitudes y aptitudes concretas que le permiten realizar su trabajo de forma eficiente. Entre ellas, cuenta con un manejo avanzado de las diferentes herramientas informáticas, habilidades de comunicación, conocimientos sanitarios, de gestión y del funcionamiento interno y externo de la organización sanitaria. Todo ello permitirá ofrecer una atención integral al paciente y familiares que así lo requieran.
Por tanto, la labor de los y las profesionales de la UAC no se limita a una ayuda meramente administrativa, sino que persiguen con su actuación, ofrecer un cuidado humanizado, mejorar la satisfacción de la atención prestada y que ésta a su vez sea de calidad.

Dentro de los objetivos de dicha unidad se encuentran los siguientes:

- Facilitar información y asesoramiento al ciudadano/a en relación al motivo por el que acude a la UAC.
- Orientar a la persona sobre los diferentes recursos y funcionamiento del HUN.
- Informar sobre los derechos y deberes del usuario en materia de salud.
- Detectar y proponer las posibles áreas de mejora en el HUN tras el análisis de los datos recogidos en la UAC.
- Aumentar y mejorar la accesibilidad al sistema sanitario en su ámbito de actuación.
- Mejorar la calidad de los servicios que prestan sus cuidados a la persona usuaria del HUN.

Normativa que regulan los derechos y deberes de los/as usuarios/as

- Ley Foral 17/2010, art 45, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra donde se recoge el derecho de participación.
- Decreto Foral 204/1994, de 24 de octubre, establece el procedimiento de quejas y reclamaciones y de propuesta de sugerencias de los ciudadanos respecto del sistema sanitario de la Comunidad Foral de Navarra.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales cuyo objeto es la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos, garantizando los derechos digitales de la ciudadanía conforme al mandato establecido en el artículo 18.4 de la Constitución Española.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica que se encarga de la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

Definición de los trámites que se pueden realizar en la UAC de la Comunidad Foral de Navarra

En relación con la atención proporcionada y/o las prestaciones del sistema sanitario público de Navarra, el/la usuario/a podrá presentar en la UAC:

- **Agradecimientos:** Manifestación de una persona atendida en el sistema sanitario público o cualquier otra persona relacionada con ella, reconociendo su satisfacción.
- **Solicitudes de documentación clínica:** Peticiones de copias de documentación clínica que se encuentren recogidas en la Historia Clínica del Paciente.
- **Sugerencias:** Indicaciones dadas por pacientes o cualquier otra persona relacionadas con la atención y/o las prestaciones del sistema sanitario público.
- **Reclamaciones:** Disconformidades manifestadas por escrito, de una persona atendida en el sistema sanitario público, o de cualquier otra persona que actúa como representante legal y se acredite como tal.

Tramitación

El ciudadano puede enviar su escrito a la UAC utilizando formularios diseñados especialmente para ello. Están disponibles en formato on-line (a través de salud.navarra.es) o en papel (al lado de los buzones en los puntos de atención de la UAC en CSM, Ubarmin y antiguo Hospital de Navarra, en la planta baja del CCI y en los puntos de información de HUN-A y HUN-B.

Puede también solicitar y recibir, pruebas, imágenes e informes médicos de la atención recibida en el HUN que estén validados/as en su Historia Clínica Informatizada.

Antes de realizar una segunda reclamación deberá esperar a la resolución de la que ya está en trámite.

Para conocer el estado del trámite tiene a su disposición el teléfono de la UAC (848 42 20 33).

Vías de presentación

- De forma prioritaria se realizará cualquier trámite vía online, a través del formulario electrónico disponible en la web: www.salud.navarra.es o bien, en "enlaces de interés" desde su Carpeta Personal de Salud.
- Vía presencial, mediante cita previa que deberá solicitar en el 848422033.
- Desde su centro de Atención Primaria.
- En el buzón de cualquier punto de Atención al Paciente: Hospitales, Centros de Consultas.
- Por correo postal enviando su escrito a la dirección: C/Irunlarrea, 3. 31008 Pamplona

Información de interés a tener en cuenta

- Antes de solicitar documentación clínica, deberá cerciorarse de que no conste en su Carpeta Personal de Salud.
- La documentación clínica la recibirá en su domicilio a través del correo postal.
- Los escritos relacionados con un cambio de especialista o una segunda opinión se deberán solicitar a través de Atención Primaria.

No se tramitarán los escritos:

- Dirigidos a otros ámbitos sanitarios tanto públicos como privados.
- Los que no cumplan con los requisitos exigidos en las leyes que amparan los derechos y deberes de los pacientes en la tramitación de sugerencias, reclamaciones, agradecimientos, quejas y solicitudes en la UAC.
- Los formulados de forma incorrecta (ininteligibles, groseros o vacíos de contenido y forma legalmente establecida).
- Como norma general no se tramitarán escritos de personas que se encuentren hospitalizadas en el momento de realización de la reclamación o solicitud. Es preferible tratar el problema directamente con el servicio implicado ya que esto ayudará a que se resuelva en el momento.

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

8.000 ejemplares/Nº + 6.245.733 visitas en la web en 2021 (Google Analytics) + Redes sociales

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

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

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

+ **información:** redaccion@zonahospitalaria.com

El hábito de la Lectura, medicina preventiva para el cerebro al alcance de todos

Susana Clemos Matamoros, Maria Jesús Igúzquiza Pellejero y Adriana Ger Buil.
F.E.A. Medicina Interna Hospital Reina Sofía. Tudela
Tina Herrero Jordán. *F.E.A. Neumologia. Hospital Reina Sofia. Tudela*

Los libros han sido, y son instrumentos que nos orientan, nos entretienen y nos divierten, pero también sabemos que los libros nos ayudan a envejecer de manera óptima. La lectura favorece la actividad cerebral y refuerza las conexiones entre neuronas logrando aumentar la reserva cognitiva de las personas, pero ¿qué es la reserva cognitiva?

La reserva cognitiva es un factor protector contra las enfermedades neurodegenerativas. La reserva cognitiva sería la resistencia de nuestro cerebro a preservar sus funciones y hacer frente a un posible daño neurológico. Sería la optimización de los recursos cerebrales y un mecanismo protector de daño cognitivo, es decir, una defensa frente a enfermedades neurodegenerativas, como las demencias o el Alzheimer.
Pero no sólo eso, la reserva cognitiva también protege contra el deterioro cognitivo normal causado de forma inevitable por el propio envejecimiento.
En concreto, para los adultos mayores (sobre todo a partir de los 65 años), cuando en general el cerebro comienza a dar algunas señales de deterioro cognitivo, leer puede ser una actividad de especial importancia y provecho, sobre todo por los beneficios que se detallan a continuación:

1. Mejora el rendimiento cognitivo

Las personas con nivel de lectura bajo muestran un rendimiento cognitivo general inferior, disminución en la velocidad de procesamiento y déficits ejecutivos.
La reserva cognitiva se refiere a la cantidad y calidad de nuestro "mobiliario intelectual". Es la mejor baza que tiene el cerebro para protegerse del declinar cognitivo que acarrea el paso del tiempo o sobrevenido por una enfermedad degenerativa.
Es algo que se desarrolla a lo largo de toda la vida y que después de los 65 años se continúa reforzando.
La lectura es, para tal fin, una herramienta vital dado que aumenta de forma considerable la reserva cognitiva con el beneficio futuro que ello conlleva.

2. Reduce el riesgo de padecer Alzhéimer y demencia

Varios estudios contrastados concluyen que las personas mayores de 65 años que leen a diario presentan un riesgo menor de padecer Alzhéimer y demencia, o al menos contribuyen a retrasar su aparición. Un dato a tono, desde luego, con el mejor rendimiento cognitivo señalado en el punto anterior.
Está confirmado que los efectos beneficiosos de la lectura en esta etapa de la vida son independientes de la realización de otras prácticas saludables, como el ejercicio físico, una dieta equilibrada y no fumar.
A su vez también está demostrado que una más frecuente actividad cognitiva (no solo leer, sino también la afición a los crucigramas y otros juegos) a lo largo de la vida tiene una asociación con un deterioro cognitivo más lento en la vejez.
Si una persona está predispuesta (naturaleza más ambiente) a sufrir demencia cuando llegue a los 80 años, a mayor reserva cognitiva más tarde comenzará con los síntomas, e incluso podrá alargar tanto ese momento que fallecerá antes de que aparezcan.

3. Favorece la memoria y la fluidez verbal

El hábito de la lectura entre los adultos mayores favorece la memoria episódica y la fluidez verbal, dos de las funciones cognitivas más vulnerables al deterioro neurológico.
La memoria episódica es la que permite recordar con nitidez emociones, lugares y otros

detalles de contexto de ciertos momentos de la vida, y por lo tanto permite que los nuevos conocimientos se asienten sobre la base de experiencias anteriores.
Por su parte, la fluidez verbal involucra procesos de agrupamiento y cambios de palabras al hablar.

4. Reduce el estrés y mejora la salud mental

La lectura reduce el estrés más rápido y con mayor eficacia que otros métodos de relajación, como escuchar música o beber una taza de café, té u otra infusión.
Además, leer o escuchar una lectura -como sucede en el caso de los audiolibros- produce "una mejora significativa" en adultos mayores con problemas que pueden ir de ansiedad y depresión a distintas fobias, trastorno obsesivo compulsivo, psicosis e ideaciones paranoides.

5. Combate la sensación de soledad

La sensación de soledad (es decir, la soledad no deseada) es un problema común en las sociedades desarrolladas: afecta a un tercio de la población, una de cada doce personas la sufre de forma grave, y es más común entre los adultos mayores.
Numerosos estudios han demostrado que las personas que leen por placer se sienten mucho menos solas que aquellas que no leen.
Además, la lectura también abre la posibilidad de socializar, gracias a los clubes de lectura y a la posibilidad de intercambiar opiniones y comentarios acerca de los textos.
Las lecturas colectivas también permiten reforzar algunos de los ya citados beneficios, como el de la memoria. Es más fácil que recordemos un libro o una película si se hace en compañía.

6. Ayuda a dormir mejor

Un último beneficio que, en realidad, muchos conocemos por experiencia propia: leer ayuda a conciliar el sueño.
La ayuda de la lectura para quedarse dormido puede ser de especial valor para los adultos mayores, pues es un hecho que dormir nos cuesta más a medida que envejecemos.
En cualquier caso, un libro o una revista en papel siempre son mejores alternativas para ese momento del día que el teléfono móvil u otros dispositivos con pantallas, cuyo brillo logra el efecto contrario: hace que quedarse dormido cueste todavía más.

Conclusiones

- Leer es una de las principales formas de ejercer la "neurobic" o gimnasia mental, actividades para mantener el cerebro joven y activo.

- Uno de los efectos de la lectura consiste en estimular la neurogénesis, el nacimiento de neuronas nuevas, algo que sucede no solo en los primeros años sino a lo largo de toda la vida.
- Los beneficios de la lectura se pueden aprovechar, desde luego, a lo largo de toda la vida. Y cuanto antes se empieza a leer, tanto mejor. Es un ejercicio que, además de proporcionar placer, modifica las estructuras más profundas de nuestro cerebro.
- Leer y escribir diariamente ayuda a evitar el deterioro cognitivo
- Estimular las funciones mentales es un factor clave para prevenir el deterioro cognitivo, especialmente en relación a trastornos más graves como la demencia.
- Escribir y leer son dos actividades que realizadas habitualmente ayudan a proteger el deterioro cognitivo
- Leer no tiene contraindicaciones ni efectos colaterales. Promover la lectura es promover la salud cerebral.

Recogida de muestras de orina en niños/as no continentes y lactantes

Yolanda Arjona Ruiz. *TCAE. Hospital Universitario de Navarra.*
Sonia Iso Gayarre y María Fe López Gastón. *Enfermeras de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario de Navarra*

La obtención de una muestra de orina limpia es necesaria para poder diagnosticar varias enfermedades o realizar pruebas en los lactantes. En la mayoría de las ocasiones, la orina se recoge en el centro de salud o en el servicio de urgencias de pediatría, aunque también se puede tener que recoger en el domicilio.

La infección del tracto urinario (ITU) es frecuente en la edad pediátrica y viene definida por la existencia de bacterias en el tracto urinario en presencia de síntomas compatibles.

¿Cuándo se recomienda la técnica de recogida de orina?

- Cuando detectamos alguna alteración en la micción o en la orina del niño/a.
- Niños que presenten fiebre sin foco menores de 1 año y en niñas menores de 2 años.
- Niños que presentan irritabilidad, vómitos, rechazo del alimento y estancamiento ponderal.

Técnicas para la recogida de orina en lactantes

- **Métodos invasivos:** Son dolorosos y agresivos en niños
- Sondaje vesical.
- Punción suprapúbica.
- **Métodos no invasivos:**
- Bolsa perineal (en este artículo analizamos este método).
- Maniobra de estimulación vesical y paravertebral lumbar en neonatos.
- Método Quick-wee: Consiste en la estimulación, antes de la recogida de orina, mediante el masaje de la piel de la parte inferior del abdomen de los bebés, con una gasa empapada en suero salino a baja temperatura.

¿Cómo es la bolsa perineal?

- Bolsa de plástico adhesiva y estéril en el interior
- Se adhiere a la zona genital y se mete dentro del pañal.

Técnica de recogida de muestra de orina mediante bolsa perineal

La recogida de la muestra de orina del bebé debe ser por la mañana. De esta forma, las bacterias se multiplican a lo largo de la noche. Esto sería lo ideal, pero también se puede recoger a lo largo del día.

- Lavar las manos y poner guantes.
- Realizar la limpieza de los genitales con agua y jabón o antiséptico tipo clorhexidina y secar la zona con gasas estériles. Separar bien los labios mayores de las niñas y limpiar siempre de la parte delantera a la trasera (hacia el ano) para evitar la contaminación por microbios anales. En el caso de los niños retirar bien el prepucio.
- Secar bien la zona con gasas estériles para facilitar su pegado.
- Colocar la bolsa para la recogida de orina:
  - Introducir el pene dentro de la bolsa en caso de niños.
  - Pegar la bolsa en labios mayores, de tal forma que la abertura cubra aproximadamente la mitad superior de los genitales, en el caso de las niñas.
- Aplicar la parte adhesiva sobre la piel, evitando que se formen arrugas para que no se escape la orina, y colocando la bolsa hacia abajo.
- Esperar a que el niño orine y retirar la bolsa inmediatamente
- Si el niño no orina, debe cambiarse la bolsa cada hora para evitar contaminaciones
- Cuando se termine, se limpia la zona genital con agua y jabón o antiséptico tipo clorhexidina y se seca, para evitar irritaciones en la piel.
- La bolsa con orina se puede introducir en el bote y cerrarlo, o recoger una muestra de la misma con jeringa de 20 cc y aguja, picando la bolsa y aspirando contenido para luego echarlo en el bote de recogida.
- Colocar el paciente cómodamente.
- Quitar los guantes y lavar las manos.
- Enviar la muestra al laboratorio o meterla en la nevera hasta su análisis.

Valoración de resultado de la muestra de orina recogida

- En el caso de que una de las muestras recogidas por esta técnica diera negativo la daríamos por válida.
- En el caso que fuera positivo tendríamos que recoger otra muestra de orina por sondaje vesical, estimulación vesical o método quick-wee para recoger una micción espontánea y seguir con un análisis de orina completo.

Somos cuidadores del sueño…¿y tú?

Carmen Zubeldía Inchaurrondo. *Enfermera gestora de Casos. Unidad Multidisciplinar de Cáncer Ginecológico (UMDCG). Hospital Universitario de Navarra.*
Idoia Jiménez Muro. *DUE en Planta de hospitalización de Cirugía Cardíaca.Hospital Universitario de Navarra*

sueñon® es un proyecto promovido por un grupo de trabajo de la Unidad de investigación en Cuidados de Salud del Instituto de Salud Carlos III que nace con el objetivo de facilitar y cuidar el sueño de las personas hospitalizadas. Proyecto dirigido tanto a profesionales asistenciales de la salud como a gestores y pacientes, así como a la sociedad en general.

Surge de la necesidad de abordar, desde los profesionales de la salud con el liderazgo de enfermería, el problema de la interrupción del sueño en los pacientes hospitalizados y su consecuente falta de descanso. Promover el descanso de las personas hospitalizadas, poniendo en marcha algunas medidas, acoger pequeños cambios que puedan ayudar a mejorar este problema. Algunas de ellas son de fácil implantación como bajar la luz, disminuir el ruido en las unidades, organizar los cuidados de enfermería y preguntar e intentar cumplir las preferencias del paciente.
El sueño de los pacientes hospitalizados se interrumpe varias veces en la noche.
"En humanos, el principal sincronizador es el ciclo de luz/oscuridad [...] el cual es fundamental para la vida, la homeostasis y la regeneración diaria del organismo".

Existen estudios que confirman que varios factores alteran el sueño de los pacientes ingresados: despertarse y acostarse temprano, interrupciones nocturnas, luz excesiva, ruidos, rutinas y cuidados de enfermería al paciente o al compañero de habitación, dolor, fatiga, el miedo, la preocupación, siestas diurnas, poca distracción durante el día.
"A los pacientes hospitalizados fuera de las Unidades de Cuidados Intensivos los factores que les molestan más son las conversaciones y el ruido nocturno. Otros factores adicionales fuera de la UCI son ruidos de tos, registro de peso y cambios posturales."
Dar pautas al paciente y la familia de los pequeños cambios necesarios para ayudar al descanso nocturno como silenciar el teléfono móvil, disminuir la luz de las pantallas de los dispositivos electrónicos entre otras , en las horas llamadas mágicas (24h-6:30h):
"el ambiente hospitalario puede contribuir a la incomodidad del paciente al proporcionar una estructura de iluminación que interfiere con el ritmo circadiano, el sueño, el estado de ánimo y el dolor".

Nuestra propuesta se basa en dos frentes de actuación

1. Empoderar a los profesionales de la salud, liderados por enfermería, para que puedan cambiar sus rutinas usando las recomendaciones que propone la evidencia.

2. Establecer un plan de comunicación para que el mensaje llegue a la población en general a través de los profesionales que les cuidan, las asociaciones de pacientes y los medios de comunicación social.

El proyecto SUEÑON lo conforman instituciones y personas

La coordinación la lleva el Instituto de salud Carlos III, la Unidad de investigación en cuidados Investeen.
Está apoyado por varias instituciones, fundaciones, colegios, grupos de investigación: fffpaciente, Fundación más que ideas y también personas a título personal que se interesan y se adhieren al proyecto.

El **HUN trabaja el proyecto**, impulsado desde la Guía de Buenas prácticas BPSO: cuidado del paciente y familia. Requiere del compromiso de todo el personal que atiende al paciente, el propio paciente y su familia.
"Es importante comprender los posibles causantes multifactoriales de la interrupción del sueño, con el fin de desarrollar estrategias terapéuticas eficientes que engloben, desde el manejo de síntomas, hasta el control ambiental, así como también, la reducción del ruido y la luminosidad".

Dormir bien ES parte del tratamiento del paciente.

Protección solar en la infancia

Alba Azcona Osés. *Enfermera Hospital García Orcoyen. Estella*

El sol tiene gran cantidad de beneficios para la salud; ayuda en la síntesis de vitamina D, mejora el estado de ánimo, favorece la formación de hemoglobina, tiene propiedades terapéuticas en algunas enfermedades dermatológicas, etc...Sin embargo, si no se toman las medidas oportunas puede tener también consecuencias perjudiciales en la salud.

La radiación solar en exceso o sin protección causa múltiples efectos nocivos en la piel, siendo estos de mayor importancia en la edad infantil. Los efectos de la radiación solar son acumulativos e irreversibles; en ocasiones son visibles de inmediato en forma de quemadura o eritema solar sin embargo otros suceden de forma tardía, por la acumulación de radiación con riesgo de originar neoplasias cutáneas.

La exposición solar en las dos primeras décadas de vida es considerada la de mayor riesgo para el desarrollo de cáncer de piel en la edad adulta, aunque difiere según el tipo de piel, intensidad y duración de la exposición. Por lo tanto, es de vital importancia la protección especialmente en estos primeros años de vida.

La OMS propone 6 medidas de fotoprotección básicas:

- Resguardarse a la sombra.
- Usar gafas de sol con filtros para rayos UV.
- Emplear sombreros o gorras.
- Vestir con manga y pantalones largos.
- Evitar la exposición solar en las horas centrales del día (de 12h a 18h).
- Utilizar cremas con factor de protección solar (FPS) igual o superior a 15, excepto en menores de 6 meses (no recomiendan su administración por la mayor capacidad de absorción y riesgo de toxicidad).

No se recomienda la exposición solar en niños menores de 6 meses ya poseen una menor capacidad de producción de melanina y de sudoración por lo que se queman con facilidad y tienen un mayor riesgo de deshidratación. En estos casos la mejor medida preventiva es la no exposición directa a los rayos solares.

Fotoprotectores

Dentro de los fotoprotectores existen diversos tipos siendo unos más recomendados que otros, según la etapa de la vida o las características personales. Tipos de protectores solares:

- Filtros físicos/minerales: su función es reflejar los rayos de sol, tienen escasa o nula penetración en la piel. Son densos y realizan una capa blanca sobre la piel.
- Filtros químicos/orgánicos: su función es la absorción de la radiación. En pieles sensibles pueden producir dermatitis.
- Filtros mixtos (físicos/químicos)

Un buen protector solar debe ser de amplio espectro, es decir que cubra frente a rayos UVA y UVB (en el envase aparecen las iniciales rodeadas por un círculo).

- En menores de 6 meses no se recomienda ningún tipo de crema solar, se debe evitar la exposición total al sol.
- Entre los 6 meses y los 2-3 años es aconsejable el empleo de cremas solares con filtros físicos/minerales. Este tipo de protectores reflejan la radiación en la piel sin penetrar en ella y son efectivos desde el momento en el que se aplican. Sin embargo, no son resistentes al agua y hay que repetir su aplicación de forma más frecuente que con los químicos.
- En mayores de 3 años se pueden emplear filtros químicos preferiblemente con una protección de 50 y nunca inferior a 30. Su acción comienza 20 minutos después de su aplicación. A pesar de ser más resistentes al agua es aconsejable repetir su aplicación cada 2-3 horas.

A la hora de elegir un buen fotoprotector solar, habrá que tener en cuenta las características propias de la piel, pero preferiblemente se elegirán aquellos con protección frente a rayos UVA y UVB, resistentes al agua y al sudor, libres de alcohol y perfumes y con la máxima protección posible (FPS 50+).

Finalmente hay que tener también en cuenta que, aunque el verano es la época de mayor exposición, no se debe dejar de lado la protección solar en las distintas épocas del año, especialmente cuando se realizan actividades al aire libre (montaña, nieve, parque...).

Doctor, mi hijo camina con los pies hacia dentro

José Carlos Irigoyen Chávez, Carlos Sanz García e Íñigo Martiarena Aguirreche. *MIR de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario de Navarra.*
Jon Marti Ayerdi. FEA. *Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario de Navarra*

Caminar con los pies hacia dentro (término anglosajón "In-Toeing") es una variación rotacional de la extremidad inferior en la que los pies o los dedos apuntan hacia la línea media durante la marcha.

Esta marcha convergente es una de las variaciones anatómicas musculoesqueléticas más comunes con las que se encuentran los pediatras de atención primaria y un motivo frecuente de derivación a un cirujano ortopédico pediátrico. Sin embargo, la mayoría de los niños que caminan con los pies hacia dentro tienen variaciones del desarrollo normal de las extremidades inferiores que mejoran espontáneamente y pueden ser controladas por el médico de atención primaria.
La comprensión del crecimiento y desarrollo normal de la extremidad inferior es esencial para evaluar la alineación rotacional del niño y ayuda a dilucidar el mecanismo del in-toeing.
La alineación rotacional de la extremidad inferior está determinada por la alineación del pie, la rotación de la tibia (torsión tibial) y la rotación del cuello del fémur (anteversión femoral). La marcha convergente puede acentuarse entre los seis meses y los cinco años, cuando los niños están desarrollando sus habilidades de marcha y coordinación .
El crecimiento normal y la mejora de la coordinación suelen conducir a la resolución espontánea de las variaciones rotacionales.
Es por ello, que en la mayor parte de los casos se decide de forma conjunta que la mejor opción es simplemente observar la evolución.

Exploración

Aunque el diagnóstico de las deformidades por torsión se puede hacer solo por la exploración física, los antecedentes son útiles para descartar otros problemas y evaluar la extensión de la discapacidad.
En primer lugar observaremos al paciente caminando y corriendo, y objetivaremos si realmente mete los pies hacia dentro y lo cuantificaremos con el ángulo de progresión del pie.
Lo más importante es valorar en la consulta el perfil rotacional de las extremidades, que no orienta hacia si existe una alteración de la marcha y si la causa está en las caderas, tibias o los pies.
La principal causa de caminar con los pies hacia dentro se debe a al anteversión femoral. Consiste en una rotación de la parte superior del fémur y forma parte del desarrollo normal de la cadera.
La intratorsión tibial es la causa más frecuente de "in-toeing"en pacientes entre 18 y 36 meses, ya que durante el desarrollo intrauterino y nacimiento el grado de rotación de la tibia está aumentado, pero mejora de forma espontánea con el crecimiento .
En condiciones normal el borde externo del pie es recto, cuando los pies de los niños presenta una curvatura en la parte externa se denomina metatarso aducto y es motivo para caminar con los pies hacia dentro. Es más frecuente en los primeros dos años de vida y se debe a una posición incorrecta durante la vida intrauterina. Si el pie es flexible y se puede corregir y manipular suavemente, no requiere tratamiento.
Generalmente con la exploración clínica y valoración del perfil rotacional seria suficiente para determinar la causa y no suelen precisar pruebas complementarias.
Se aconseja a los padres que hagan videos de sus hijos cada 6-12 meses para valorar la evolución y mejoría espontánea de la marcha.

Tratamiento

El seguimiento clínico, la observación e información a los padres es el tratamiento más aceptado, ya que la mayor parte de alteraciones en la extremidad son propios del crecimiento y mejorarán con el tiempo.
Cabe recordar que las caídas forman parte del aprendizaje, y no son causadas exclusivamente por caminar con los pies hacia dentro.
Actualmente no hay evidencia científica de la eficacia de las ortesis y otros dispositivos que pretenden corregir la alineación del pie.
Deberá informarse a la familia de que menos del 1% de las deformidades por torsión de fémur y tibia pueden requerir corrección quirúrgica en etapas avanzadas de la niñez.

Signos de alarma

Si bien es cierto que la mayor parte de los casos de in-toeing mejoran sin necesidad de tratamiento, hay algunas condiciones en las que seria necesario derivar al especialista de ortopedia infantil:

- Progresión o asimetría en la exploración.
- Alteración rotacional grave que produzca caídas frecuentes.
- Cuando asocian dolor o cojera en la marcha.

Anestesia en endoscopia digestiva,

¿qué podemos esperar?

Isabel Herranz Gómez-Arnau y María Palacios Aguirre. *MIR de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Navarra.*
Nora Veiga Gil. *FEA Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Navarra*

Cada día es más frecuente encontrarnos en la situación de que a un familiar, un amigo, un conocido o uno mismo, va a ser sometido a una endoscopia digestiva. Y lo primero que se nos viene a la cabeza es: ¿me voy a enterar de algo?; ¿me va a doler?; ¿voy a sufrir algún tipo de molestia?; ¿me tengo que someter a anestesia? y ¿con qué tipo de anestesia se va a realizar el procedimiento? Estas son algunas de las dudas que pueden surgir a la hora de realizarnos una endoscopia digestiva y que vamos a tratar de aclarar y resolver en el siguiente artículo.

Una endoscopia digestiva consiste en la introducción de unos tubos flexibles a través de la boca o el ano, denominándose gastroscopia o colonoscopia, respectivamente. Se trata de procedimientos con objetivo diagnóstico o terapéutico, de corta duración y moderadamente dolorosos. Actualmente existen muchas indicaciones para estos procedimientos, desde programas de detección de cáncer de colon, enfermedades familiares o reflujo gastroesofágico. La gastroscopia, de forma genérica, se puede realizar sin ningún tipo de anestesia (por tratarse de un procedimiento menos doloroso), mientras que la colonoscopia se lleva a cabo de rutina con sedación.

¿Qué es, entonces, la sedación?

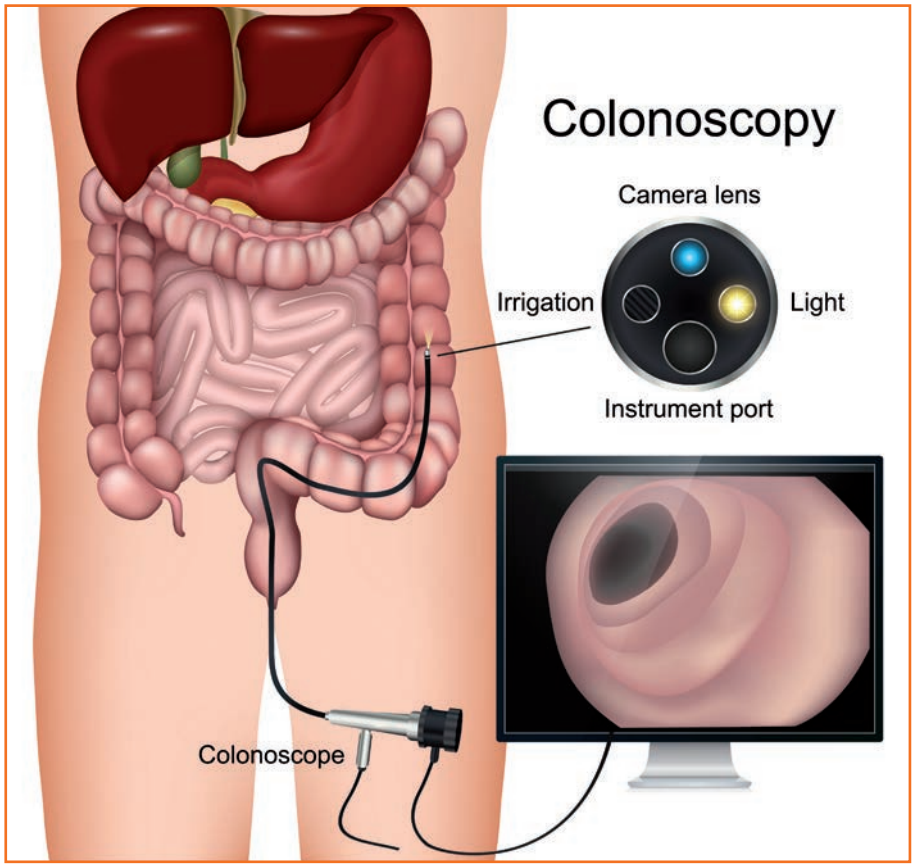
Se trata de la administración de medicación inductora de un estado de ansiolisis o somnoliencia (según la profundidad de la misma) que permite la realización de técnicas diagnóstico-terapéuticas. De esta manera, se

Médicos y Profesional Sanitario

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

Nº caracteres: 4.000 ó 7.000, incluidos espacios entre palabras

Enviar artículos a: redaccion@zonahospitalaria.com



consigue disminuir el nivel de conciencia de un paciente, permitiendo mejorar la calidad de la exploración y disminuyendo la ansiedad y molestias durante la misma.

Una vez realizada la indicación de la endoscopia, un anestesiólogo realizará una valoración preoperatoria (actualmente de forma telemática o presencial) en la que se revisará la patología previa del paciente, su tratamiento habitual y potenciales complicaciones, así como sus alergias medicamentosas. De cara al día de la exploración, será fundamental seguir las indicaciones del médico responsable, ya sea el especialista de Digestivo o el médico de Atención Primaria en cuanto a la preparación de la prueba. Es importante terminar la preparación dos o más horas antes de la exploración, de cara a poder realizar con total seguridad la sedación.

Adecuada monitorización

En la sala de endoscopia será cuando el médico de anestesia corroborará toda la información previamente revisada y que no exista ninguna contraindicación que impida la realización de la técnica.

Para poder llevar a cabo una técnica anestésica, independientemente del tipo de anestesia que se trate, es imprescindible una adecuada monitorización.

Para ello, se utilizan una serie de sensores que controlan en todo momento la tensión arterial (manguito), el ritmo cardíaco (electrocardiograma) y la saturación periférica de oxígeno (pulsioxímetro).

Además, se colocan de rutina unas cánulas de oxígeno adicional en la nariz. Es también necesario canular una vía periférica ("coger un suero") para poder administrar la medicación a través de ella. Este resulta el único momento de toda la prueba que puede resultar molesto, ya que se trata de un pequeño pinchazo en una de las manos.

Sedación vía intravenosa

Una vez se han llevado a cabo todos los preparativos, será el momento en el que se inicie la sedación administrando medicación por vía intravenosa. Esta se mantendrá durante toda la exploración para mantener el nivel de sedación deseado y adecuado, profundizando en aquellos momentos que puedan resultar más molestos para el paciente. Es en este estado de inconsciencia en el que el paciente se encuentra preparado para el procedimiento, que llevará a cabo el endoscopista a cargo de la sala.

Sala de despertar

Una vez terminada la prueba, y tras retirar la medicación que mantiene la sedación, el paciente será trasladado a la Unidad de Recuperación Post-Anestésica (URPA), más comúnmente conocida como "sala de despertar". Como su propio nombre indica, es en esta sala donde el paciente irá recuperando progresivamente la conciencia, despertándose, y recuperándose de la exploración durante el tiempo que sea necesario.

Habitualmente, la estancia en esta unidad no suele superar las dos horas. El anestesiólogo responsable considerará cuándo es posible el alta hospitalaria basándose en una serie criterios clínicos y diferentes escalas.

Durante ese día, se recomienda guardar reposo relativo, así como una serie de precauciones a la hora de realizar algunas actividades cotidianas (conducir, tomar decisiones importantes...) que serán entregadas en un informe médico en papel.

En el **Hospital Universitario de Navarra** se realizan alrededor de medio centenar de endoscopias digestivas al día, y en ellas el anestesiólogo tiene un papel fundamental. Permite realizarlas de forma eficaz y libre de dolor para el paciente a la vez que de forma segura.

¿Se sueña durante la anestesia?

Elías Sendra García y Paúl Mendoza Vázquez. *MIR de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Navarra.*
Nora Veiga Gil. *FEA Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Navarra*

El sueño es un proceso enigmático donde se ponen en marcha muchos mecanismos cerebrales y de los que se conoce muy poco. El ser humano pasa alrededor de la tercera parte de su vida durmiendo y mientras lo hacemos es posible experimentar sueños, a veces tan vívidos, que pueden llegar a ser difícil distinguirlos de la realidad.

En 1846 se produce la primera demostración pública de la anestesia por parte de William Morton. Hasta entonces, la cirugía y el dolor siempre habían ido de la mano. Uno no existía sin el otro. Por esto mismo, el descubrimiento de la anestesia es una de las grandes revoluciones en la historia del ser humano.

Hemos pasado en relativamente pocos años de sufrir durante la intervención quirúrgica a que te induzcan un agradable sueño que haga tu paso por quirófano poco traumático. La idea de poder inducir un sueño, sin embargo, es mucho más antigua. Es habitual encontrarnos personajes mitológicos relacionados con el sueño cuando estudiamos culturas antiguas. Si nos remontamos al libro de Génesis 2:21, podemos encontrar una referencia similar al sueño anestésico: *"Entonces el Señor Dios hizo caer un sueño profundo sobre el hombre, y éste se durmió; y Dios tomó una de sus costillas, y cerró la carne en ese lugar".* De lo anterior podemos observar que desde la antigüedad existe la idea, o el deseo, de que la inducción de un sueño profundo es una condición indispensable para la realización de un procedimiento quirúrgico doloroso con éxito.

Desde entonces muchos misterios y miedos se han relacionado con la anestesia. El hecho de perder el control sobre nuestro propio cuerpo es lo que hace a la anestesia tan misteriosa y temida para la población general.

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

De entre todos los misterios que la rodean, uno muy repetitivo es si durante una anestesia general se sueña.

¿La anestesia es igual que el sueño natural?

La razón es la gran semejanza que hay a simple vista entre estar anestesiado y estar dormido. En ambos estados el paciente tiene una disminución del nivel de consciencia de carácter reversible, aparenta estar relajado y con los reflejos disminuidos. Además, ambos procesos tienen fases y predominancia de un tipo de ondas cerebrales parecidas. Pero, ¿la anestesia es igual que el sueño natural? Es una pregunta muy recurrente entre nuestros pacientes y la respuesta es que no.

El sueño es un estado natural recurrente que se caracteriza por la disminución o ausencia de la consciencia, de actividad sensorial e inactividad de casi todos los músculos voluntarios. Cuando uno es sometido a una anestesia general lo que se le induce mediante fármacos es un estado de coma (nivel de consciencia muy disminuido), analgesia (sin dolor) y, normalmente, relajación neuromuscular (paralizado). Por lo tanto, estar anestesiado no es lo mismo que estar dormido.

Es fácil entender la diferencia si uno piensa que sería totalmente imposible aprovechar el sueño nocturno de una persona para realizarle una intervención quirúrgica sin despertarle.

El sueño natural se divide en sueño REM y no REM. El primero hace referencia a un estado donde existe aumento de la actividad cerebral, se experimentan movimientos oculares irregulares, pérdida de tono muscular y fluctuación en las constantes como la frecuencia cardiaca y la tensión arterial.

Es en el sueño REM donde los sueños son más realistas, más vívidos, y más difíciles de diferenciar de la realidad.

En contraposición, el sueño no REM es de carácter profundo y reparador, con disminución de la presión sanguínea y tono vascular, y los sueños, que se producen con menos frecuencia, suelen ser menos vívidos.

Cada vez que dormimos pasamos por muchas etapas en las que estos dos tipos de sueño se van alternando, siendo ambas necesarias desde el punto de vista biológico.

Anestesia general y sueño no REM

El avance de la ciencia ha podido determinar que durante una anestesia general con adecuada profundidad se asemeja bastante al sueño no REM, razón por la que, a priori, pensaríamos que no es tan frecuente soñar durante el acto quirúrgico. La realidad es que soñar durante la anestesia es posible pero condicionado a unas características relacionadas con la técnica anestésica utilizada por el anestesiólogo y de ciertas características propias del paciente.

En la práctica lo que vemos es que los pacientes refieren haber soñado durante la anestesia con relativa frecuencia (10-36%). Se sabe muy poco sobre cuándo y cómo se generan, pero son similares a los del sueño habitual y en general los suelen describir como una experiencia placentera.

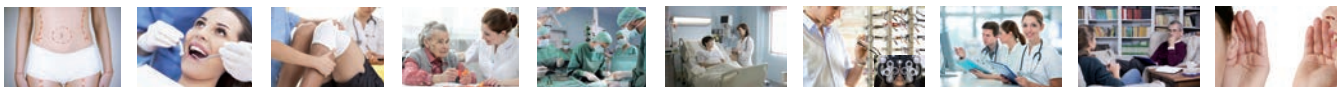
Parece que los pacientes jóvenes, de sexo femenino y que hayan recibido ketamina durante la anestesia son los que más probabilidades tienen de soñar. También predispone a los sueños el uso de agentes anestésicos intravenosos en lugar de inhalatorios y recibir una anestesia superficial (más próximo a estar despierto).

Aunque seguimos sin conocer si el mecanismo neural por el que se sueña durante la anestesia es comparable al del sueño natural, parece que el estado emocional puede afectar al contenido de los sueños en las dos situaciones. Hay estudios que demuestran que pacientes con ansiedad o depresión tienen más riesgo de tener sueños con contenido negativo o desagradable.

A raíz de estos estudios, es frecuente en quirófano escuchar al anestesiólogo antes de iniciar la anestesia pedir al paciente que piense en algo agradable, un hobby o unas vacaciones. Cuando el paciente se queda dormido tranquilo y pensando en algo agradable es más probable que sueñe algo agradable y que el despertar sea también de esas características. En cambio, si el inicio de la anestesia se caracteriza por nerviosismo, preocupación o malestar, el despertar puede ser similar.

Muchos de los sueños que relatan los pacientes tienen que ver con reuniones sociales y experiencias sensoriales como haber oído ruidos similares a los que pueden escucharse en quirófano (gente hablando, sonidos electrónicos, etc). Esto sembró la duda de si los sueños durante la anestesia se producen cuando el paciente está insuficientemente anestesiado. Se cree que este tipo de sueño se producen poco antes del despertar de la anestesia pero en cualquier caso los estudios no confirman esta idea. De hecho, en otros estudios se valoró la relación entre la profundidad anestésica (utilizando los valores de un dispositivo que utilizamos los anestesiólogos para saber cómo de dormido está nuestro paciente) y los sueños, y lo que se observó fue que hacía falta cierta profundidad anestésica para poder soñar. Es decir, un paciente con poca dosis de anestesia no va a ser capaz de soñar.

Lo que está claro es que a lo largo de la historia de la humanidad el sueño ha sido un misterio y continúa siéndolo. La anestesia nació hace menos de 200 años revolucionando el mundo médico al eliminar el dolor de millones de personas y, sin embargo, todavía nos queda mucho por saber. Quizás nunca lleguemos a comprender totalmente lo que ocurre en nuestro cerebro durante el sueño y durante la anestesia pero, bajo nuestro punto de vista, cierto halo de misterio hace nuestra profesión mucho más bonita.



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

8.000 ejemplares/Nº + 6.245.733 visitas en la web en 2021 (Google Analytics) + Redes sociales

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

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

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

+ **información:** redaccion@zonahospitalaria.com

"No hago deporte porque me muevo mucho en el trabajo"

Olatz Monreal Oyarbide, Mónica Ayerra Busto, Eduardo Ramón Zemborain, Amets Albertos Iturralde, Oihane Muñoz Luna y Olaia De Luis Provedo.
Fisioterapeutas del Hospital Universitario de Navarra

Los fisioterapeutas generalmente preguntamos a los pacientes si realizan algún deporte/actividad física en su tiempo libre, ya que es una información muy útil para dar forma al diagnóstico médico y al enfoque del tratamiento. Como respuesta, en muchas ocasiones escuchamos que no les hace falta, ya que "se mueven mucho en el trabajo". Es posible que te sientas identificado con esta respuesta, pero a continuación te explicaremos por qué no es válida.

Muchas profesiones requieren esfuerzo físico, y puede llevar a pensar que con esa actividad es suficiente para mantenerse saludable y activo, pero numerosos estudios han demostrado lo contrario. El trabajo a menudo requiere carga estática, levantamiento de objetos pesados, posturas de trabajo mantenidas incómodas y otras actividades físicas realizadas durante largos períodos sin el descanso suficiente. La actividad física en el tiempo libre incluye movimientos dinámicos a niveles de intensidad adecuados para mejorar el estado físico cardiorrespiratorio y metabólico, realizada de forma voluntaria durante períodos cortos de tiempo con suficiente tiempo de recuperación.

Capacidad cardiorrespiratoria y salud cardiovascular: La mejora de la aptitud cardiorrespiratoria requiere una alta intensidad de actividad física durante períodos breves. En el caso de la actividad física ocupacional, tiene una intensidad baja y una duración demasiado prolongada para mantener o mejorar el estado cardiorrespiratorio y la salud cardiovascular.

Aumento de la Frecuencia Cardíaca: La frecuencia cardíaca se eleva durante y después de la actividad física. La actividad física ocupacional, en el transcurso de largos períodos, aumenta la frecuencia cardíaca durante 24 horas, y si se prolonga puede ser un factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares y mortalidad.

Aumento de la presión arterial: Las contracciones musculares durante la manipulación de objetos pesados y las posturas estáticas mantenidas elevan la presión arterial instantáneamente. Los trabajos que incluyen esas actividades elevan la presión arterial, y la exposición prolongada a ello puede causar que se mantenga alta incluso después de la jornada laboral, siendo un importante factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares. La actividad física durante el ocio también puede implicar levantar objetos pesados, pero durante períodos de tiempo más cortos y en condiciones controladas.

Tiempo de recuperación: El trabajo requiere estar físicamente activo entre 7 y 12 horas diarias durante varios días consecutivos, sin tiempo de descanso suficiente. Largos períodos de actividad física sin una adecuada recuperación, pueden causar fatiga, agotamiento e incrementar los niveles de inflamación, pudiendo así aumentar el riesgo de lesiones y enfermedades cardiovasculares.

Otros factores a tener en cuenta: El control limitado sobre las tareas laborales, la velocidad que requiere el trabajo a nivel de producción, el horario, la ropa de protección, factores estresantes psicosociales y el entorno circundante, y en el caso de trabajadores al aire libre, no tener control sobre el clima, la sombra y la hidratación etc., pueden contribuir a los efectos perjudiciales de la actividad física ocupacional. Es importante mencionar la respuesta a nivel psicológico en cada situación; mientras la actividad física ocupacional puede generar estrés o contribuir a su aumento, la actividad física durante el ocio ayuda a disminuirlo.

Por lo tanto, la actividad en el trabajo no proporciona los mismos beneficios físicos y mentales que la actividad física durante el ocio/deporte. El objetivo de este artículo, a parte de informar sobre los beneficios y los efectos perjudiciales de la actividad física en cada situación, es animar a los lectores a practicar algún deporte o actividad física en su tiempo libre; ya no es válida la respuesta "no me hace falta hacer deporte, en el trabajo me muevo mucho".

Documento de voluntades anticipadas o testamento vital. ¿En qué se diferencian? ¿Es lo mismo? ¿Dónde lo puedo conseguir?

María Ángeles Autor López. *TCAE Hospital Universitario de Navarra.*
María Fe López Gastón. *Enfermera Hospital Universitario de Navarra.*
Lila Mazira Belhadj. *TCAE Hospital Universitario de Navarra*

Cuando una va cumpliendo años, se enfrenta a la muerte de padres, familiares o amigos y surgen los comentarios respecto a la muerte, uno de ellos es la realización del "Testamento vital" y la diferencia entre este último y el "Documento de voluntades anticipadas".

A este respecto en Navarra tenemos la "Ley foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte", en la cual en su artículo 5 dice textualmente: Testamento Vital: es un sinónimo de declaración de voluntades anticipadas.

La regulación de los documentos de voluntades anticipadas nos permite decidir respecto a las actuaciones sanitarias que deseamos recibir, o no, en el futuro, si nos encontramos en una determinada circunstancia próxima a la muerte y que no podamos expresar nuestros deseos.

Una vez resuelta la primera duda vamos con la segunda ¿Cómo hacer el testamento vital? Podemos obtener toda la información en el Servicio de Ciudadanía Sanitaria, Asesoramiento y Garantías (Gobierno de Navarra).

Condiciones de solicitud

Representante

Se podrá designar representante a cualquier persona que conozca la voluntad y los valores personales del otorgante, para que actúe como interlocutor válido con el médico o el equipo sanitario que le asista. Su actuación estará orientada a hacer valer lo que el otorgante hubiera preferido en el caso de que estuviera en condiciones de manifestar su decisión. El representante deberá conocer su designación, aceptarla y firmarla.

Requisitos

Para que el documento de Voluntades Anticipadas tenga validez, deberá realizarse de una de estas 3 formas:

-Ante 3 testigos mayores de edad (2 de ellos no deben tener relación familiar, ni patrimonial hasta 2º grado con el interesado).
-Ante notario.
-Ante empleado público.

Documentación a presentar

Existen tres modalidades para formalizar la documentación, ante empleado público, ante testigos o ante notario. Cada una requiere unos documentos. La primera y más sencilla:

- **Ante empleado público:** Debe ser formalizado en el Servicio de Ciudadanía Sanitaria, Aseguramiento y Garantías o en su Centro de Salud pidiendo cita con la trabajadora de salud que le corresponda
-Solicitud de inscripción en el Registro (castellano/euskara).
-Documento de Voluntades Anticipadas: Modelo orientativo (castellano/euskara/bilingüe).
-Fotocopias del D.N.I. o pasaporte: de la persona otorgante, de la persona o personas representantes, si las hay.
-Documento de formalización ante empleado público (castellano/euskara).
-Si se tramita on-line por profesional del centro de salud: Autorización para tramitación on-line (castellano/euskara).

- **Ante notario:** Debe ser presentado en el Servicio de Ciudadanía Sanitaria, Aseguramiento y Garantías o en el Centro de Salud.
-Solicitud de inscripción en el Registro (castellano/euskara).
-Copia autenticada del Documento de Voluntades Anticipadas.

- **Ante testigos:** Puede ser presentado en el Servicio de Ciudadanía Sanitaria, Aseguramiento y Garantías del Departamento de Salud, en el Centro de Salud o tramitarse on-line.
-Solicitud de inscripción en el Registro (castellano/euskara).
-Documento de Voluntades Anticipadas : Modelo orientativo (castellano/euskara/bilingüe).
-Fotocopias del D.N.I. o pasaporte de la persona otorgante, de las personas que actúan como testigos: tienen que ser tres personas, dos de ellas sin mantener ningún tipo de vínculo familiar o patrimonial con la persona otorgante, de la persona o personas representantes, si las hay.
-Si se tramita on-line por profesional del centro de salud: Autorización para tramitación on-line (castellano/euskara).
-Si se tramita on-line por profesional del centro de salud: Autorización para tramitación on-line (castellano/euskara).

Anulación del testamento vital

En cualquier momento se puede anular el documento de voluntades anticipadas o sustituirlo por otro nuevo, para reflejar cambios en las instrucciones o para adecuarlas a nuevas situaciones, siguiendo el mismo procedimiento que se utilizó para elaborar el documento inicial.

ZONA HOSPITALARIA OFERTA PUBLICIDAD 2022

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LA REVISTA ZONA HOSPITALARIA

-Tiene dos ediciones: Navarra (papel y digital) y Aragón (digital).
-Ambas ediciones son escritas por el profesional sanitario (público y privado) de cada autonomía.
-Tamaño DIN A4 (210 mm ancho x 297 mm alto).
-Tirada 8.000 ejemplares (edición Navarra).
-La edición Navarra tiene 2.054 suscriptores y la edición de Aragón 3.118. Se les envía el pdf de la revista.
-Periodicidad Bimestral (un número cada dos meses, 6 números al año).
-Distribución el día 1 de los meses pares: (1 Feb, 1 Abr, 1 Jun, 1 Ago, 1 Oct y 1 Dic). La edición navarra en el Hospital Universitario de Navarra y por buzoneo los ejemplares destinados a los Centros de Salud.

FORMATOS Y TARIFAS DE PUBLICIDAD (Revista Navarra-Papel y digital)

-ANUNCIO EN CONTRAPORTADA, tamaño 210 mm ancho x 297 mm alto = 1.200 €+IVA/Número.
-ANUNCIO O PUBLIRREPORTAJE DE 1 PÁGINA (tamaño 210 mm ancho x 297 mm alto, texto con 3.000 caracteres, incluidos los espacios entre palabras, + datos de la empresa: logotipo dirección, teléfono y web + foto, con/sin anuncio faldón de 182 mm ancho x 60 mm alto), con promoción en la web y en las redes sociales de Facebook y Twitter = 600 €+IVA/Número.
-ANUNCIO DE 1/2 PÁGINA tamaño 182 mm ancho x 130 mm alto = 400 €+IVA/Número.
-ANUNCIO FALDÓN tamaño 182 mm ancho x 60 mm alto = 300 €+IVA/Número.

NOTA: *Las empresas que participéis durante seis números seguidos (un año) abonáis cinco inserciones y la sexta gratis.*

FORMATOS Y TARIFAS DE PUBLICIDAD (Revista Aragón-digital)

-ANUNCIO EN CONTRAPORTADA, tamaño 210 mm ancho x 297 mm alto = 400 €+IVA/Número.
-ANUNCIO O PUBLIRREPORTAJE DE 1 PÁGINA tamaño 210 mm ancho x 297 mm alto = 200 €+IVA/Número.
-ANUNCIO DE 1/2 PÁGINA tamaño 182 mm ancho x 130 mm alto = 150 €+IVA/Número.
-ANUNCIO FALDÓN tamaño 182 mm ancho x 60 mm alto = 100 €+IVA/Número.

NOTA: *Las empresas que participéis durante seis números seguidos (un año) abonáis cinco inserciones y la sexta gratis.*

BANNER o ARTÍCULO EN LA WEB: zonahospitalaria.com

1-Publicar el banner de cabecera en todas las páginas, tamaño 1092 ancho x 96 pixeles de alto, son 150 €+IVA/mes.
2-Publicar un banner de 1 módulo tamaño 230 ancho x 170 pixeles de alto, solo en la página Home son 100 €+IVA/mes.
Si quieres que este banner aparezca también en la página de Navarra o de Aragón, añadir 50 €+IVA/mes y página.
3-Publicar un banner de 1 módulo, en la página de Navarra o Aragón son 50 €+IVA/mes y página.
4-Publicar un artículo solo en la web (página Home), durante 2 meses, son 200 €+IVA.

NOTA: *Según Google Analytics, la web de* **ZH** *tuvo en 2021 más de 6.245.700 visitas.*

CALENDARIO ANUAL (6 números/año)

-Distribución de la revista el día 1 de los meses pares: 1 feb, 1 abr, 1 jun, 1 ago, 1 oct y 1 dic.
-Necesito el contenido 20 días antes de la distribución: 10 ene, 10 mar, 10 may, 10 jul, 10 sep y 10 nov.

Más Información:

M 618 463 122 | redaccion@zonahospitalaria.com