ZH 17 AÑOS

medicina salud

# zonahospitalaria navarra

medikuntza eta osasuna

ospitaleko gunea nafarroa

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

www.zonahospitalaria.com añoXVII julioagosto2023 nº102

## SUMARIO

2 La combinación de láser y microespuma ofrece los mejores resultados
3 El ejercicio físico como herramienta de manejo de la osteoartritis
4 La vitamina D, más allá del sol
5 Corrección y eliminación de los juanetes con la cirugía MIS
6 Unidad de Pacientes Crónicos Pluripatológicos del HUN
7 La estética perioral como complemento de los implantes dentales
8 Síndrome post cuidados intensivos o postUCI
10 Cuidado de los pies en pacientes diabéticos
11 Juego y juguetes: desarrollo y salud mental
12 Llega el calor, ¿cuándo es el mejor momento para hacer deporte?
13 Tratamiento de varices sin pasar por el quirófano...
14 Viajes internacionales y salud
16 Sonrisas 'plus' para los mayores de 60
18 Bloqueos nerviosos periféricos
20 Me operan sin ingresar, ¿qué es la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)?
22 Diarrea de origen infeccioso
24 ¿Qué es el asma bronquial?
26 Discapacidad e ictus
30 Vacunación a lo largo de la vida, vacunas para todas las edades...
32 Tarifas de publicidad ZH navarra

**EJEMPLAR GRATUITO**

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

# Feliz verano

CRÉDITOS

**Zona Hospitalaria/*Ospitaleko gune*** 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.*

# La combinación de láser y microespuma ofrece los mejores resultados

Antes y después del tratamiento

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

**Las varices, aparte de su componente estético, son un problema circulatorio real. En ocasiones no producen molestias, pero pueden dar lugar a complicaciones como trombosis, hemorragias, etc.**

Su tratamiento debe ser **personalizado**, por lo que es esencial la valoración por un especialista en Angiología y Cirugía Vascular y la realización de un estudio ecográfico, y de ese modo conocer el estado de los sistemas venosos superficial y profundo y poder ofrecer el mejor tratamiento a cada paciente.

El tratamiento tradicional de las varices no está exento de agresividad, puesto que habitualmente precisa anestesia general o raquídea, la realización de incisiones y ello conlleva varias semanas de recuperación. Por ello, debemos ofrecer en cada caso el tratamiento menos invasivo, pero que aporte la máxima efectividad.

El objetivo principal del tratamiento es tratar el eje causante de las varices, habitualmente un eje safeno, para mejorar el problema circulatorio; y, de forma secundaria, se deben tratar las varices propiamente dichas y de ese modo mejorar el aspecto estético.

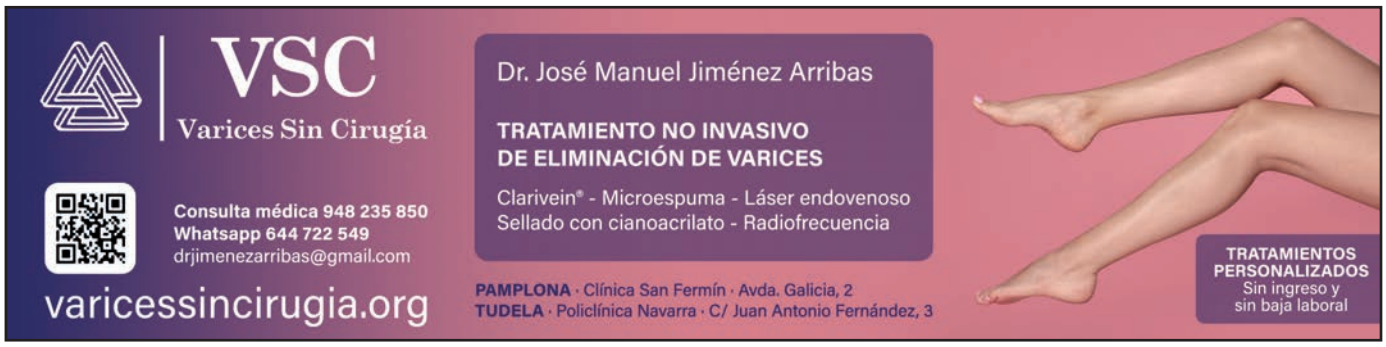
## Efectividad similar a la cirugía

Lo ideal sería elegir el método más efectivo para tratar la safena mayor o menor; y el menos agresivo para tratar las varices, pero con una efectividad similar a la cirugía. Por ello, nuestro concepto es aprovechar las ventajas del láser por su máxima efectividad, y de la microespuma por su escasa agresividad. Con ello se consiguen los mejores resultados: se soluciona el problema circulatorio y se eliminan las varices, con un tratamiento muy poco agresivo y definitivo.

Las guías de la sociedad europea de cirugía vascular para el tratamiento de las enfermedades venosas recomiendan el **láser endovenoso** para el tratamiento de los ejes safenos. Esto se realiza a través de una pequeña punción y sólo con una sedación suave, por lo que el período de recuperación posterior es de unas pocas horas. Por otro lado, es habitual que, tras el tratamiento con láser del eje safeno insuficiente, las varices involucionen y muchas de ellas lleguen a desaparecer con el tiempo, sin requerir más tratamiento. Al ser un tratamiento tan poco agresivo permite tratar las dos piernas a la vez. El paciente se va andando a las pocas horas del tratamiento, pudiendo hacer una vida prácticamente normal.

En cuanto a las colaterales varicosas, la opción menos invasiva para tratarlas es la **esclerosis con microespuma**. A diferencia de la cirugía, tiene la ventaja de que no necesita anestesia, no hay que realizar ningún tipo de incisión quirúrgica, y permite realizar durante el tratamiento las actividades de la vida diaria (trabajo, deporte, etc.), sin interrupción.

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



# El ejercicio físico
## como herramienta de manejo de la osteoartritis

*Pedro María Azcárate*
*Doctor en Medicina por la Universidad de Navarra*
*Especialista en Cardiología. Nº Colegiado: 26/31-06741*
C/ M, 1. Pol. Ind. Talluntxe II. | 31191 Cordovilla
**Cardiología** 686 553 940 | **TDN Clínica** 948 108 982 - 610 965 710
www.doctorazcarate.com

**La OA es una barrera para la práctica de actividad física, debido al dolor mecánico relacionado con esta patología. Hoy en día sabemos que la inactividad física es un factor causal subestimado de la mayoría de las enfermedades crónicas, incluida la OA, diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular y algunos tipos de cáncer y demencia. Por lo tanto, no se trata únicamente de una patología que puede afectar al aparato locomotor, sino que puede favorecer la aparición a largo plazo de otro tipo de patologías relacionadas con la falta de actividad física.**

El **entrenamiento terapéutico**, en comparación con los dos tratamientos farmacológicos más comunes para reducir el dolor, parece ser al menos tan eficaz como los anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) y de dos a tres veces más eficaz que el Paracetamol (analgésico) para reducir el dolor provocado por esta patología. Sin embargo, al igual que la medicación analgésica, **el ejercicio terapéutico debe prescribirse en una cantidad y duración suficiente para ser eficaz y seguro y asegurar un efecto óptimo y clínicamente relevantes**.

### Ahora bien, ¿es necesaria una supervisión?

Los entrenamientos presenciales parecen ser más efectivos por varias razones. En primer lugar, la presencialidad permite al profesional de la salud **ajustar el nivel y tipo de ejercicio basándose en la respuesta individual del paciente** (por ejemplo, el esfuerzo percibido y sensación de dolor) y la ejecución de los ejercicios. En segundo lugar, **permite educar al paciente sobre las expectativas en relación con el dolor** durante los ejercicios y otras actividades, aportando tranquilidad y mejorando potencialmente la auto-eficacia de la persona.

### Y, ¿cuántas sesiones son necesarias y con qué frecuencia?

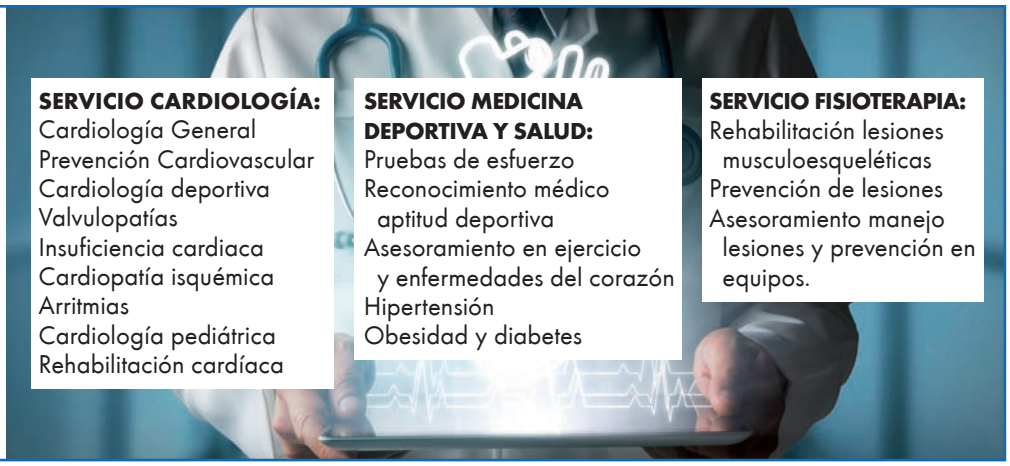
Una de las características principales del manejo de esta patología es la ganancia de masa muscular. Para que esto se produzca, se recomienda que los programas de entrenamiento tengan una **duración mayor de 12 semanas**. Además, considerando los beneficios en la salud antes mencionados, **es importante mantenerlos a largo plazo**, donde las sesiones de refuerzo en las que el paciente vuelve a visitar al profesional parecen ser relevante en la mejora a la adherencia a largo plazo. 3 o más sesiones de ejercicio a la semana resultan ser más efectivas para abordar los síntomas y déficits en pacientes con OA en comparación con menos de dos sesiones por semana. Sin embargo, en relación con la factibilidad en la práctica clínica **dos sesiones a la semana de 30 a 60 minutos de duración**, con un potencial de **una a dos sesiones más por semana de ejercicio no supervisado en casa**, podría ser un buen comienzo para pacientes con OA.

*Autora: Saioa Etxaleku Esteiro*
*Fisioterapeuta TDN Clínica*

**"En TDN Clínica nos hemos unido diferentes profesionales de la salud para ayudarte con aquellos problemas que te dificultan el cuidado de tu salud y mejora de tu condición física"**

CLÍNICA TDN
SADENA
DR. AZCÁRATE

C/ M, 1. Pol. Ind. Talluntxe II.
31191 Cordovilla
T 948 108 992 - 610 965 710
www.tdnclinica.es
www.sadena.es
www.doctorazcarate.com



**SERVICIO CARDIOLOGÍA:**
Cardiología General
Prevención Cardiovascular
Cardiología deportiva
Valvulopatías
Insuficiencia cardiaca
Cardiopatía isquémica
Arritmias
Cardiología pediátrica
Rehabilitación cardíaca

**SERVICIO MEDICINA DEPORTIVA Y SALUD:**
Pruebas de esfuerzo
Reconocimiento médico aptitud deportiva
Asesoramiento en ejercicio y enfermedades del corazón
Hipertensión
Obesidad y diabetes

**SERVICIO FISIOTERAPIA:**
Rehabilitación lesiones musculoesqueléticas
Prevención de lesiones
Asesoramiento manejo lesiones y prevención en equipos.

# La vitamina D, más allá del sol

*Libe Ibarrola Paino. MIR Reumatología. Hospital Universitario de Navarra*

**La vitamina D es una sustancia orgánica que se encuentra en los alimentos y que, en cantidades pequeñas, es esencial para el desarrollo del metabolismo de los seres vivos; el organismo, no puede fabricar esta sustancia por sí mismo.**

Lo que comúnmente llamamos vitamina D, no es una vitamina sino un sistema endocrino, semejante al de las hormonas esteroideas, y no tiene efectos directos en el organismo, se tiene que metabolizar, transformándose primero en 25(OH) D3 (Calcifediol o Calcidiol), o precursor directo, y luego en 1,25(OH)2D3 (Calcitriol), la hormona activa. Para la activación o metabolización, requerimos de luz solar o ultravioleta, por lo que, se recomienda tomar el sol al menos 15-30 minutos diarios. El Calcifediol, se considera el marcador más confiable del estado de la vitamina D y el que por tanto solemos solicitar en los controles analíticos para valorar el déficit de esta vitamina.

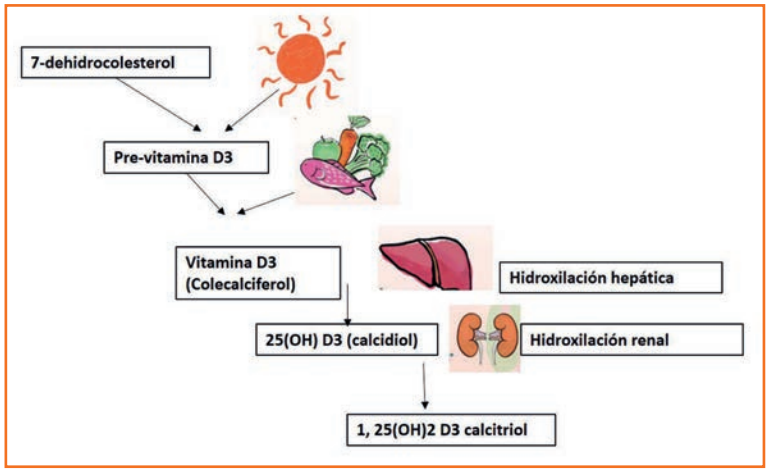



Imagen 1. Metabolismo de la vitamina D

El 1,25(OH)2D3 juega un papel importante en el mantenimiento de un buen estado de salud y actúa en al menos en 36 órganos, tejidos y tipos celulares diferentes entre los que destacamos el hueso o la médula ósea. La vitamina D aumenta la concentración de calcio y fósforo plasmáticos, optimiza el depósito mineral en el esqueleto y favorece el remodelado óseo. Su déficit, por tanto, se considera factor de riesgo para el desarrollo de Osteoporosis, Osteomalacia y Raquitismo.

Sin embargo, debemos tener en cuenta que la vitamina D participa también en funciones extraóseas. Actúa en la modulación de la función muscular, en la contracción cardiaca, en la reparación vascular y en la disminución de la trombogenicidad. Tiene además importantes efectos antiinflamatorios, antioxidantes, antimicrobianos y antiproteinúricos, por lo que podría ser útil en el control o prevención de enfermedades inflamatorias sistémicas. A su vez también aumenta la secreción y la sensibilidad a la insulina, por lo que podría tener un papel destacable en la resistencia insulínica y en la aparición de la diabetes.

En España, 4 de cada 10 menores de 65 años, casi el 50%, presentan déficit de 25-OH-vitamina D y la cifra se duplica en los mayores de 65 años. Se consideran niveles normales entre 20-30 ng/mL, insuficiencia de 12 a 20 ng/mL y déficit <12ng/mL. El déficit de la vitamina D se podría asociar no solo con patología ósea como la Osteoporosis, sino que parece estar asociado a problemas de fertilidad, complicaciones durante y después del embarazo, progresión de algunos tipos de cáncer, insuficiencia cardiaca grave por hipocalcemia, desarrollo de psoriasis, mayor predisposición a desarrollar diabetes y empeoramiento de los brotes en enfermedades autoinmunes sistémicas como la Artritis Reumatoide. Por todas estas complicaciones mencionadas, es necesario realizar un cribado del déficit de esta vitamina. Dicho cribado se recomienda realizar en pacientes con Osteoporosis, Enfermedad renal crónica en los que existe una pérdida urinaria de la vitamina, síndromes de malabsorción como las enfermedades inflamatorias intestinales, pacientes en tratamiento con corticoides, enfermedades granulomatosas como la tuberculosis o pacientes obesos en los que disminuye la biodisponibilidad de la vitamina.

Para paliar el déficit de Vitamina D, se recomienda aumentar la exposición a los rayos solares y la ingesta de alimentos ricos en esta vitamina como el aceite de hígado de bacalao, el pescado azul (sardinas, atún, caballa, salmón, etc.), el marisco, los huevos, los lácteos, las setas, el aguacate o el germen de trigo. Sin embargo, en numerosas ocasiones puede resultar efectiva la ingesta de algún suplemento. Tras todo lo mencionado, podemos confirmar que el sol es importante en la metabolización de esta vitamina, y que los cribados de los niveles de esta vitamina son importantes puesto que el complejo sistema endocrino tiene funciones no solo a nivel óseo sino a muchos otros.

| Normal | ≥20ng/mL | ≥30ng/mL |
|---|---|---|
| Insuficiencia | 13-19ng/mL | 21-29ng/mL |
| Deficiencia | ≥12ng/mL | ≥20ng/mL |

IOM, SEIOMM, SEEN, Endocrine Society

# Corrección y eliminación de los juanetes con la cirugía MIS

*Javier Ayesa Roa*
*Podólogo. Nº Colegiado 89*
*Clínica Podológica AYESA*
*Avda. San Ignacio, 12 bajo*
*31002 Pamplona (Navarra)*
**Cita previa: 948 153 622**
*www.clinicaayesa.es*

La Clínica Podológica Ayesa está especializada en cirugía de mínima incisión

**El Hallux Valgus (popularmente conocido como el juanete) es uno de los problemas más comunes de los pies. Quien lo sufre, nota una desviación y/o inflamación del primer dedo del pie, comúnmente llamado dedo gordo, que suele provocar dolores bastante molestos .**

Gracias al avance y evolución de la ciencia podológica es posible corregir y eliminar el juanete mediante una técnica innovadora. Se trata de la Cirugía de Mínima Incisión, también conocida como **CIRUGÍA MIS** (en inglés Minimal Incision Surgery).

Este método se realiza en régimen ambulatorio con anestesia local. Permite al paciente salir caminando sin dolor y dejando de sentir molestias y dolores al utilizar calzado cerrado.

La Clínica Podológica Ayesa está en Pamplona y al frente de ella Javier Ayesa, ofrece una **Valoración Quirúrgica gratuita** para el que desee conocer el estado de sus pies, con muchos pacientes operados con esta eficaz técnica.

Consiste en realizar pequeñas incisiones de 2 o 3 mm a través de las cuales se introduce el material necesario para realizar la intervención. Esto reduce enormemente las infecciones y la evolución de la cirugía es más rápida para poder volver a nuestra vida cotidiana.

De hecho, el paciente sale de la Clínica el mismo día y vuelve a su casa con normalidad. La Clínica Podológica Ayesa realiza un seguimiento exhaustivo tras la cirugía para verificar y comprobar que el paciente evoluciona satisfactoriamente.

LOS PIES SON UNA PARTE CLAVE EN NUESTRO CUERPO Y NO SIEMPRE LES PRESTAMOS EL CUIDADO QUE MERECEN. PARA VIVIR SIN LIMITACIONES ACUDE A LA CLÍNICA PODOLÓGICA AYESA .

En Clínica podológica Ayesa tratamos: pies doloridos, fascitis plantar, espolones, metatarsos, deportistas, jubilados, juanetes, dedos en garra...

Pide cita para estudio de la pisada y conocer lo más adecuado para tu pie.

CIRUGÍA DE MÍNIMA INCISIÓN DE JUANETES
Y ESTUDIO DE LA PISADA, EN PAMPLONA

Plantillas personalizadas a medida

AYESA
CLÍNICA PODOLÓGICA
CIRUGÍA & BIOMECÁNICA

**VENTAJAS** de la cirugía mínimamente invasiva de juanetes

- Régimen ambulatorio
- Anestesia local
- Rápida recuperación
- Menos dolor
- Menos infecciones
- Menor coste

**Valoración quirúrgica gratuita**

**Reserva tu cita:**
948 153 622
clinicaayesa@gmail.com
Av. San Ignacio , 12. Pamplona
**clinicaayesa.es**

# Unidad de Pacientes Crónicos Pluripatológicos del HUN

***María Teresa Carrasquer Pirla.*** *FEA de Medicina Interna del Hospital Universitario de Navarra.*
***María Ruiz Castellano.*** *FEA de Medicina Interna del Hospital Universitario de Navarra y Jefa de Sección de Unidad del Crónico Pluripatológico, Hospitalización a Domicilio y Equipo Hospitalario de Soporte Paliativo*

**El progresivo envejecimiento de la población española se acompaña de una elevada prevalencia de personas, algunas de ellas frágiles, con dos o más enfermedades crónicas (pluripatológicas).**

Esta evolución epidemiológica en las últimas décadas en España y en todo el mundo ha obligado a modificar el modelo de atención sanitaria tradicional. Estos pacientes con enfermedades crónicas y con pluripatología demandan una elevada utilización de recursos sanitarios y, para mejorar la calidad de su atención y la eficiencia en el manejo de los recursos sanitarios y sociales puestos a su disposición, requieren una gestión sistemática de su asistencia. En los últimos años han surgido varias iniciativas desde las sociedades científicas y distintos servicios de salud de las comunidades autónomas, para desarrollar una asistencia metódica e integral. En este sentido, las Unidades de Pacientes Crónicos-Pluripatológicos constituyen una de las más interesantes.

En Navarra el 18% de la población tiene más de 65 años y actualmente las patologías crónicas suponen el 70% de las consultas de Atención Primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios. El Sistema Navarro de Salud, en el marco de la Estrategia navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos creó en 2014 la Unidad del Paciente Crónico Pluripatológico (UCPP) en el Hospital Universitario de Navarra (HUN). El objetivo de esta estrategia era mejorar los resultados en salud y calidad asistencial, mejorar la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes y cuidadores, mejorar la satisfacción de la atención recibida, promover la autonomía y capacitación de los pacientes, así como contribuir a la sostenibilidad del sistema asistencial.

Son características generales y comunes de los pacientes crónicos y pluripatológicos, que suelen tomar mucha medicación, en ocasiones tienen edad avanzada y disminuida la capacidad funcional, suelen precisar de muchas visitas en las consultas de atención primaria, servicios de urgencias y consultas de atención especializada, ya que sus enfermedades se descompensan con frecuencia y son más vulnerables a los efectos adversos de los fármacos y de las estancias hospitalarias. Aunque lo deseable es que el modelo que plantea la Estrategia Navarra incluya a todos los pacientes crónicos, ha sido necesario comenzar priorizando unas enfermedades concretas: asma, enfermedad pulmonar crónica, demencia, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca e insuficiencia hepática. El equipo que atiende a estos pacientes en Atención Primaria es el responsable de la gestión integrada y quien realiza la detección y solicitud de inclusión en la estrategia para que se beneficien de sus circuitos y de la atención en la UCPP.

## Atención integral del paciente

Los objetivos de la UCPP es la atención integral del paciente acorde con sus necesidades, implementando aquellas medidas necesarias para disminuir el riesgo de descompensaciones y la aparición de eventos adversos, asegurando la prestación integrada de los servicios, la accesibilidad, la continuidad en la atención y la utilización de los medios y dispositivos más adecuados en cada caso. Es de vital importancia también que la Unidad promueva la participación activa del paciente y su familia en los cuidados, fomentando el conocimiento de sus propias enfermedades y la educación sanitaria.

La UCPP del HUN es multidisciplinar, trabajan médicos de Medicina Interna, de Geriatría, enfermeras, trabajadora social, administrativas, auxiliares, celadores, farmacéuticos.... Físicamente, la Unidad se encuentra en la planta 0 del antiguo edificio Virgen del Camino y cuenta con zona de consultas (foto 1), hospital de día con sillones y con habitaciones y unas camas de hospitalización adscritas en el hospital. Actualmente, hay 1085 pacientes en seguimiento en la UCPP. En el año 2022 se realizaron un total de 2500 consultas presenciales médicas, 800 consultas presenciales de enfermería y más de 2000 consultas no presenciales.

La enfermera de enlace o gestora de casos es una de las piezas clave de la UCPP, es la encargada de asegurar la continuidad asistencial estableciendo una comunicación fluida con los equipos de Atención Primaria, residencias y otras especialidades. Se encarga de la gestión de las altas, de las derivaciones a la Unidad, la resolución de dudas clínicas, la gestión de las citas...

La relación y coordinación de la UCPP con otros equipos es imprescindible para conseguir los objetivos marcados. Para la elaboración de un plan de tratamiento integral de estos pacientes es fundamental el trabajo conjunto con el equipo de Atención Primaria responsable, con el paciente y su familia. Desde el año 2017, la UCPP trabaja de forma coordinada con la Sección de Hospitalización a Domicilio (HAD) del HUN, lo que facilita la atención y el ingreso de estos pacientes en su domicilio, con el beneficio que esto conlleva en el mantenimiento de calidad de vida y evitando las complicaciones asociadas al ingreso hospitalario.

Para que los sistemas sanitarios sean eficientes en la asistencia a los pacientes crónicos pluripatológicos, deben incorporarse nuevos modelos de gestión que prioricen la atención compartida, con escenarios de cooperación entre organizaciones y profesionales, de creación de nuevos roles de liderazgo clínico-asistencial, que actúen como capacitadores y facilitadores y que proporcionen una atención integral e integrada, holística, multidisciplinar y basada en la evidencia.

# La estética perioral como complemento de los implantes dentales

"La conservación de todas las piezas dentales y el volumen de hueso es clave en la estética facial

*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

**Es muy palpable la mayor preocupación de los pacientes por la salud oral y, en particular, por la estética dental. El auge de los tratamientos de ortodoncia y de mejora del aspecto externo de la dentadura va en paralelo al aumento de las alternativas que los profesionales de la salud dental y la cirugía oral y maxilofacial podemos ofrecer a las personas.**

En el caso de los implantes dentales, área en la que Clínica Bustillo tiene un alto nivel de especialización, también se han incrementado las posibilidades de complementar los tratamientos con actuaciones de estética facial mínimamente invasiva.

En muchos casos, se trata de intervenciones con ácido hialurónico para mitigar el efecto del envejecimiento prematuro causado por la pérdida de dientes. Este se manifiesta en pérdida de volumen de labios, aparición de grasa submental, presencia de arrugas debajo de la nariz, o la acentuación de las líneas de expresión, entre otros apartados.

## Estética perioral de efectos inmediatos

Las actuaciones de estética perioral, de carácter ambulatorio y con efectos inmediatos, son una excelente alternativa a tratamientos más convencionales de cirugía plástica facial, que requieren procesos más complejos e invasivos para el paciente.

Por otra parte, al tiempo que se restauran los tejidos blandos, también cabe realizar otras acciones en la dentadura, como la colocación de carillas dentales y fundas, las reconstrucciones con composite, o el recurso a la ortodoncia y a diversas técnicas quirúrgicas, como la cirugía de las encías.

Todas ellas contribuyen a devolver la firmeza y el atractivo al rostro e, indudablemente, ayudan a mejorar la autoestima y la proyección social de las personas.

## Restauración dental antes que estética

Sin embargo, no debemos olvidar que la base de la estética facial y dental no descansa en las intervenciones más superficiales. Aun cuando cumplen su papel, antes de abordarlas es esencial resolver los problemas que existen en el interior de la cavidad bucal y, sobre todo, si se ha producido la pérdida o el deterioro de piezas dentales.

Al quedarse sin algunos dientes (en especial los de la parte posterior, molares y premolares que quizá no son tan visibles, pero sí de enorme importancia funcional) también comienza a degradarse la estructura ósea que alberga las piezas dentales y que sostiene el conjunto muscular y de tejidos blandos.

La desaparición progresiva del hueso conduce a acelerar el envejecimiento y está detrás de los efectos estéticos negativos que se muestran en las personas con graves carencias bucodentales. Cae la nariz, se adelgazan los labios, rota la barbilla y, en general, surgen modificaciones de la armonía natural de la cara debidas especialmente a la desaparición de uno o varios dientes.

Por ello, no tiene sentido mejorar en exclusiva el aspecto de los dientes anteriores, si no hemos resuelto antes la ausencia de piezas dentales y la probable reconstrucción del hueso.

En Clínica Bustillo realizamos un diagnóstico integral a nuestros pacientes para determinar tanto la intervención de implantología como los posibles tratamientos de estética facial y dental que les ayudarán a recuperar su mejor sonrisa.

# Síndrome post cuidados intensivos o postUCI

*Dra. Eva Regidor Sanz. FEA Medina Intensiva HUN*
*Dr. Aitor Ansotegui Hernández. Jefe de Servicio Medicina Intensiva HUN*

**En los últimos años, el número de pacientes que ingresa en las unidades de cuidados intensivos (UCI) ha aumentado y su supervivencia ha ido mejorando en relación al desarrollo de nuevos tratamientos y técnicas de soporte vital.**

Cada vez son más los pacientes que sobreviven a un ingreso en la unidad de cuidados intensivos y un porcentaje significativo de ellos se convertirán en pacientes crónicos al alta hospitalaria. Muchos de estos pacientes padecerán en ocasiones secuelas atribuibles al ingreso en UCI, secuelas que no están relacionadas directamente con la patología que motivó dicho ingreso y que tendrán un gran impacto en su calidad de vida.

## ¿Qué es el síndrome post-cuidados intensivos o post-UCI?

El síndrome post-cuidados intensivos (PICS) descrito recientemente, afecta a un número importante de pacientes críticos (30-50%). Engloba las secuelas físicas, psíquicas e intelectuales que aparecen tras un ingreso, generalmente prolongado, en UCI y que repercuten de forma negativa en su calidad de vida.

## ¿Qué pacientes tienen más riesgo de padecerlo?

Tienen más riesgo de padecerlo los pacientes que ingresan en situación más grave y aquellos con ingresos más prolongados en UCI. Se consideran patologías con mayor riesgo de desarrollar PICS los cuadros sépticos (infecciones generalizadas), la insuficiencia respiratoria o el fallo de varios órganos. Durante el ingreso en UCI la indicación de tratamientos como la sedación y ventilación mecánica prolongadas, el tratamiento con corticoides o la necesidad de realizar diálisis aumentarán también la probabilidad de desarrollar síndrome postUCI. Por otro lado, pacientes de edad avanzada o que padezcan ciertas enfermedades previas al ingreso, como déficits cognitivos o enfermedades neuromusculares, son más vulnerables y con mayor riesgo de padecer PICS.

## ¿Qué secuelas físicas son las más frecuentes?

La disminución de la capacidad respiratoria, que habitualmente se normaliza a los seis meses del alta y la debilidad muscular, caracterizada por disminución de la fuerza y de la resistencia, debido a una pérdida significativa de masa muscular, son las secuelas más frecuentes. Esta debilidad puede manifestarse al alta como pobre movilidad o por caídas frecuentes. Pueden aparecer otras complicaciones físicas como déficit nutricional, dolor crónico, rigidez articular, daño de nervios periféricos, alteraciones en la voz, dificultad para la deglución, disfunción sexual, úlceras o heridas en las zonas de apoyo así como desarrollo de pie equino o caído y problemas estéticos como escaras, alopecia transitoria, estrías y cicatrices.

## ¿Cuáles son las secuelas psíquicas más habituales?

Hasta el 60 % de los pacientes puede padecer secuelas psicológicas, las más frecuentes son ansiedad, depresión y estrés post-traumático. Se han descrito otros muchos trastornos psíquicos en pacientes tras el alta de UCI como sentimiento de culpa, miedo a la muerte, estado de ánimos cambiantes, irritabilidad, pesadillas, agorafobia, ataques de pánico, aislamiento social etc.

Durante el ingreso en UCI es muy frecuente la aparición de delirium o síndrome confusional agudo. Puede manifestarse como agitación, agresividad o desorientación pero también como somnolencia e inactividad.

Es frecuente también el desarrollo de secuelas cognitivas; capacidad de atención, memoria, concentración y las funciones ejecutivas pueden verse afectadas. Este deterioro neurocognitivo puede perdurar meses o incluso años tras el alta e impedir el retorno al nivel funcional previo.

## ¿Qué es el PICS familiar?

El síndrome postUCI puede afectar también a los familiares del paciente crítico. Los cuidadores principales son una población vulnerable que puede sufrir consecuencias negativas a nivel físico, psicológico y social por las que pueden ver deteriorada su propia calidad de vida. Hasta un 70% de los familiares presentan ansiedad y un 35% depresión, añadidos a las situaciones iniciales de estrés en el momento agudo del ingreso y estrés postraumático que pueden durar años.

Pueden presentar además síntomas físicos como fatiga y comportamientos de riesgo para la salud como alteraciones del sueño, descanso insuficiente, falta de ejercicio físico, alimentación desequilibrada y falta de adherencia al tratamiento médico. La carga que supone el cuidado de un paciente postcrítico puede afectar a aspectos personales sobre sus planes vitales, a sus relaciones sociales, profesionales y puede llegar a ser en ocasiones causa de conflictos familiares.

## ¿Se puede prevenir el síndrome postUCI?

El desarrollo de estrategias dirigidas a detectar y prevenir el síndrome postUCI realizadas de forma estructurada, precoz y con participación multidisciplinar ha demostrado que puede reducir la aparición del síndrome postUCI.

Medidas como el control óptimo del dolor, una sedación adecuada, el manejo del delirium, movilización y fisioterapia precoz, así como la implicación y participación de las familias en los cuidados de los pacientes críticos, pueden ayudar a prevenir las consecuencias de este síndrome.

## ¿Qué papel tienen las consultas postUCI?

Los servicios de seguimiento post-UCI, se están desarrollando en los últimos años con el objetivo de desarrollar un importante papel en el proceso de recuperación integral tras la enfermedad crítica.

La consulta postUCI permite un abordaje multidisciplinar del síndrome postUCI cuyo objetivo es la detección precoz de las alteraciones en la salud física y mental, tanto de los pacientes dados de alta de UCI como de sus cuidadores principales. La identificación precoz de las secuelas secundarias a un ingreso prolongado permite activar protocolos de tratamiento en colaboración con médicos de atención primaria y de diferentes especialidades hospitalarias, con el objetivo de mejorar lo más precozmente posible la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.


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

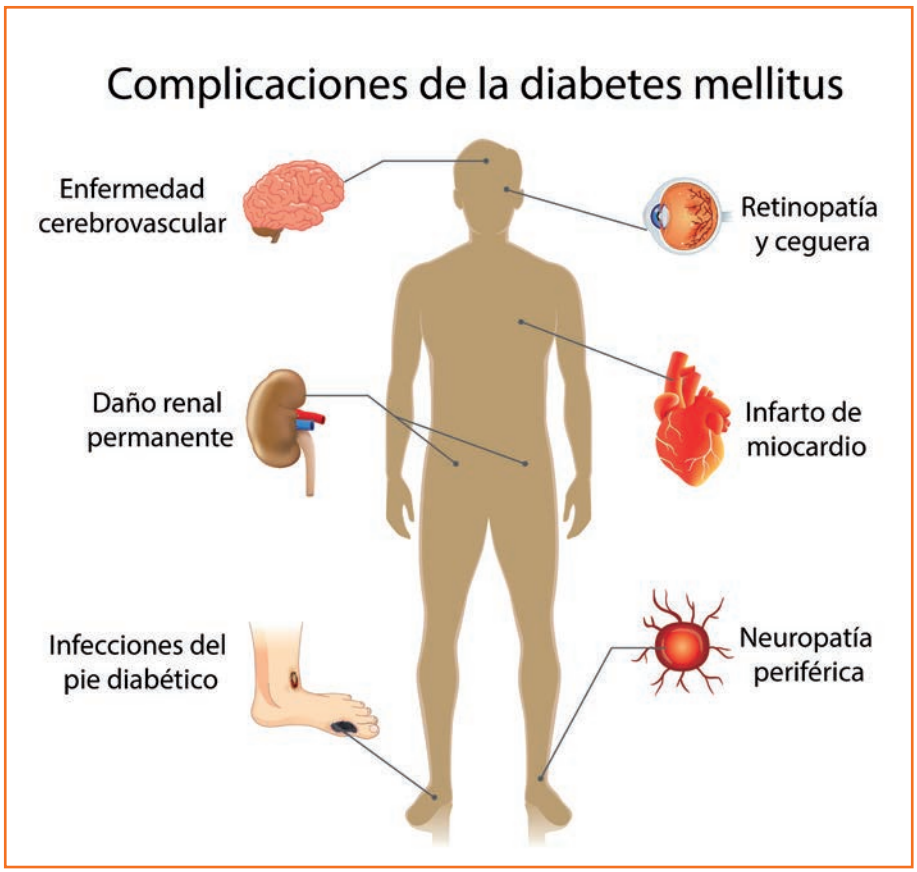
PEREGRINACIÓN AL SANTUARIO DE LOURDES: 23/24 septiembre.
Todo incluido: 168 €. Reservas avanzadas. Incluyen tickets para las cuevas de Betarrán.

AÑO SANTO LEBANIEGO, SANTO TORIBIO DE LIÉBANA, PICOS DE EUROPA
Alojamiento en Potes. Todo incluido con funicular de Fuente de. Próximamente en la página web.

ESCAPADAS DE UN DÍA: Estíbaliz, embalse del Zadorra Vitoria / Zaragoza visitando la alfajería. Mascarilla puesta y puesta Rioja visitando bodega y tarde libre en Logroño
Cerrando el programa próximamente en la web

El detalle de todos los programas en: www.peregrinacionesnavarra.es

SERVICIO ABIERTO A TODO INTERESADO EN PARTICIPAR




# Cuidado de los pies en pacientes diabéticos

*Susana Lusarreta Villanueva, Marta Solano Escudero y Arantxa Preciado Biurrun.*
*Enfermeras del Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario de Navarra*

**La diabetes es un trastorno metabólico crónico en el que el organismo no produce suficiente insulina o no responde a la misma, lo que provoca que los niveles de glucosa en sangre sean elevados.**

Los factores de riesgo como el tiempo de evolución de la Diabetes Mellitus, el mal control glucémico, la hipertensión, el colesterol elevado, el consumo de tabaco entre otros... hacen que disminuya la sensibilidad en las extremidades inferiores que cursa de manera asintomática y suele ser un hallazgo en la exploración física. Esto se conoce como Polineuropatía Periférica Sensitiva.

Al no percibir los roces, cortes, pueden aparecer heridas, infecciones que pueden conducir a la amputación de la extremidad.

## En este artículo vamos a hacer hincapié en el CUIDADO DE LOS PIES

- Se aconseja lavarse los pies cada día con jabón neutro y agua templada para prevenir las quemaduras. Hay que evitar dejar los pies en remojo y procurar secar bien entre los dedos para evitar que la piel se macere y evitar la proliferación de hongos. Es necesario mantener hidratada la piel para evitar que salgan posibles grietas y se puedan infectar.
- Es conveniente revisar con un espejo de mano las zonas interdigitales de los dedos, incluso la planta del pie para observar si hay cortes o cambios de color.
- Las uñas se deben cortar con tijera de punta redondeada, en línea recta por encima del borde del dedo, nunca arrancarlas y limarlas con una lima de cartón. Así evitamos que los bordes de las uñas erosionen los dedos y salgan heridas. Si son gruesas, presentan alguna deformidad o tiene dificultad para cortarlas usted mismo, es mejor que pida ayuda.
- Hay que revisar los zapatos siempre antes de ponerlos. Es conveniente llevar un calzado que le cubra el pie y minimizar el uso de las sandalias. El calzado tiene que ser de la talla correcto, con una horma adecuada, amplio y cómodo, sin costuras en su interior. De cuero ligero y flexible con suela antideslizante. La puntera redondeada con espacio suficiente para evitar que los dedos estén apretados y no se deformen. La altura del tacón no superior a 3cm. Se recomienda comprar los zapatos a última hora de la tarde, cuando los pies están hinchados. Procure no caminar descalzo incluso en zonas de playa o río para evitar posibles cortes.
- Los calcetines o medias deben ser de fibra natural (como el algodón, la lana ...que son materiales que favorecen que la piel transpire, evitando que la piel se macere), sin costuras ni elásticos para evitar que aprieten, dificultando la circulación sanguínea.
- Hay que evitar sentarse cerca del fuego, la calefacción o tener cuidado cuando nos ponemos una manta eléctrica o bolsas de agua caliente porque al tener una disminución de la sensibilidad podemos quemarnos y no darnos cuenta.

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

# Juego y juguetes:
## desarrollo y salud mental

*Esperanza Bausela Herreras*
*Profesora Titular de Psicología Evolutiva y de la Educación.*
*Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Pública de Navarra*

Imagen de Cubo mágico, Paciencia y Complicado. De uso gratuito

**Se atribuye al juego una gran importancia en el desarrollo del niño/a, contribuyendo a un crecimiento saludable. El juego fomenta el desarrollo integral y armónico de las diferentes áreas del desarrollo y procesos cognitivos: cognitivo, sensoriomotor, lingüístico, comunicativo, social, emocional, social, moral, creatividad…**

En este ensayo analizamos muy brevemente algunos aspectos del juego y la asociación con salud mental, entre otros aspectos.

### Juego: Derechos

Los niño/as tienen que jugar, es una idea muy extendida y es, además, un derecho que está recogido en el Artículo 31 de la Convención sobre los Derechos del Niño/a (Asamblea General de Naciones Unidas, 1989).

El juego tiene un fin en sí mismo, no se trata de conseguir objetivos ajenos él, sino que la propia actividad resulta placentera.

El juego contribuye y permite que el niño/a descargue sus frustraciones, anhelos y deseos, contribuye a la relajación, fomenta la espontaneidad y recapitulación, proporciona placer, fomenta la imitación, contribuye a la libertad de organización, es un preejercicio para la vida diaria, es sobremotivadora, permite cumplir deseos inconscientes facilita la adaptación y el control.

### Juego: Salud mental

Los estudios son concluyentes sobre los beneficios que el juego tiene para la salud mental de los niño/as. Se ha constado que ayuda a fomentar las habilidades sociales que se han iniciado en el contexto familiar, a disfrutar del tiempo libre de forma saludable (Gómez del Río, 2021), a mejorar el bienestar físico y emocional de los niño/as y al desarrollo de la creatividad (Caluori, 2020). El juego contribuye a sensibilizar a los niño/as en valores sociales relacionados con: la sostenibilidad, la igualdad de género (Cea, 2005), la accesibilidad y la multiculturalidad.

Recibir muchos regalos en momentos muy puntuales (Reyes, cumpleaños…) puede tener consecuencias negativas: **(i)** escasa y baja tolerancia a la frustración; **(ii)** pérdida de creatividad; **(iii)** pérdida de la capacidad de ilusionarse; **(iv)** aburrimiento y falta de interés por conservarlos.

### Juego: Niño/as que no han tenido ni tienen juguetes

Los juguetes son fundamentales para jugar, pero no todos los niño/as han dispuesto o disponen de juguetes, por ello, nos podemos plantear ¿a qué y con qué jugaban nuestros abuelos o a qué y con qué juegan los niño/as que no tienen juguetes? Sonlleva (2016) analiza utilizando relatos de vida los juguetes y juegos de la posguerra desde diferentes perspectivas: infancia, escuela, entorno y sexo. Los juguetes apenas aparecen en sus vidas ya que la gran preocupación es sobrevivir. Los juguetes se improvisan con los materiales que tienen a su alcance: muñecos, pelotas de trapo, peonzas de madera, cromos de cartón…

En estos momentos son diversas las campañas que tienen como finalidad proporcionar juguetes a niño/as que no los tienen, ejemplo, "Un juguete, una ilusión" (https://diversionsolidaria.org/tienda-solidaria/).

Podemos identificar diferentes tipos de juegos en las diferentes etapas del ciclo vital: **(i)** El juego de ejercicio o juego sensoriomotor asociado al periodo sensoriomotor; **(ii)** Juego simbólico o de ficción, asociado fundamentalmente entre los 2-3 y 6-7 años; **(iii)** El juego de reglas propio de niño/as de 6 años hasta la adolescencia. Pueden a su vez desarrollarse: al aire libre (escondite, fútbol…) o de mesa (ajedrez, parchís, cartas…). Todos los jugadores deben conocer y respetar, ello supone coordinar diferentes puntos de vista para el desarrollo social y superar el egocentrismo.

### Juguetes más adecuados para…

**i)** Niño/as de un año los juguetes que más les atraen son los que favorezcan la estimulación sensorial y la coordinación óculo – manual, permitiéndoles explorar su entorno, así como conciliar el sueño y fomentar buenos hábitos rutinas desde edades tempranas.

**ii)** Niño/as durante los tres primeros años de vida (1-3 años), los juguetes que más interesan son los que estimulan el desarrollo físico, cognitivo y emocional.

**iii)** Niño/as de los tres a los seis años, que más interesa son los que potencian su habilidad manual a través del manejo e interacción con los elementos de juego.

**iv)** Niño/as de los seis a los nueve años, los juguetes más valorados son los que favorezcan la exploración del mundo de forma autónoma y con independencia y los que fomenten su imaginación y creatividad, recreando escenas que permitan imitar los roles adultos.

**v)** Niño/as a partir de los nueve años los juguetes que más interés suscitan en los niño/as son aquellos que les proponen retos y les plantean situaciones que estimulen su razonamiento, ejercitando la resolución de problemas.

Se recomienda, por tanto, disponer de juguetes adaptados a cada etapa del ciclo vital en centros hospitalarios y de salud con el fin de contribuir al desarrollo y bienestar integral del niño/a/a.

### Bibliografía consultada

AIJU (2022). *Guía AIJU 3.0. AIJU. Instituto Tecnológico de Producto Infantil y Ocio*. Ibi (Alicante).

ASAMBLEA GENERAL DE NACIONES UNIDAS (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño/a (CDN)*. Organización de las Naciones Unidas. San Francisco, California, EE.UU.

CALUORI, R. (2020). *El juego LEGO y la creatividad en niño/as de primaria: estudio de la construcción creativa en grupo*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

CEA, M. V. (2005). *Valores de género en el diseño de juguetes infantiles*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

DEL VAL, J. (2011). *El mono inmaduro. El desarrollo psicológico humano*. México. Siglo XXI.

GÓMEZ DEL RÍO, N. (2021). *Gamificación y aprendizaje basado en juegos para la educación en hábitos de vida saludable en la infancia*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

INFOCOP ONLINE (2022). *Los beneficios del juego para cuidar la salud mental en la infancia-Nueva Guía del Juguete AIJU 2022/23*.

SONLLEVA, M. (2016): "¿Con qué jugamos si no hay juguetes? La infancia y el juego en la posguerra española (1939-1951) desde el relato de vida". *Lúdicamente*, 5(9).

# Llega el calor, ¿cuándo es el mejor momento para hacer deporte?

*Amets Albertos Iturralde, Oihane Muñoz Luna, Laura Frías González.* *Fisioterapeutas del HUN*

**Se acerca el verano, y con ello, las altas temperaturas. Es recomendable seguir haciendo deporte, pero, ¿cueste lo que cueste?**

El cuerpo es capaz de realizar la regulación de la temperatura (a través de la sudoración) en condiciones normales; sin embargo, si sumamos el ejercicio físico intenso a las altas temperaturas, el balance de calor de nuestro cuerpo se ve alterado y los sistemas de enfriamiento pueden llegar a fallar. Si además a esto le sumamos la falta de hidratación, corremos un gran riesgo de sufrir un golpe de calor o desvanecimiento.

El golpe de calor ocurre cuando la temperatura de nuestro cuerpo supera los 40º. Puede suceder debido a una alta temperatura ambiental o a haber realizado ejercicio a alta intensidad sin tener en cuenta la hidratación. Y nos puede llevar hasta el desmayo y la pérdida de conocimiento. En los casos más extremos, incluso, puede producir daños neurológicos irreversibles.

## Signos para detectar a tiempo un golpe de calor (Ver Figura 1)

Los **calambres** son espasmos o contracciones súbitas e involuntarias. Esto puede ocurrir cuando en un momento dado no llega el suficiente oxígeno a los músculos o por falta de líquidos y sales minerales.

Figura 1

El **agotamiento** aparece por la deshidratación. La **pérdida de concentración y mareos**, pueden presentarse tras el cansancio producido por la escasa hidratación y el excesivo calor que alcanza nuestro cuerpo. Así como el dolor de cabeza.

También se pueden observar **rojeces en la piel** cuando nuestro cuerpo no está transpirando correctamente y aumenta de temperatura.

## Cómo minimizar el riesgo de tener un golpe de calor

- **FRANJA HORARIA:** Debemos evitar las horas centrales del día. Es aconsejable aprovechar las primeras y últimas horas, cuando el sol no calienta demasiado. En el caso de tener que hacer deporte al mediodía, se debe disminuir la intensidad y la duración del ejercicio. Son más aconsejables los ejercicios de fuerza para los días calurosos, ya que la exigencia cardiovascular es mayor en los ejercicios aeróbicos y de resistencia. Además del calor tendríamos que tener en cuenta la humedad, ya que la combinación de ambas puede llegar a ser peligrosa para nuestra salud.

- **HIDRATACIÓN:** Será necesaria mantener una hidratación constante, realizando descansos más a menudo (cada 20 minutos aproximadamente) para refrescarse y beber agua. Evitar las bebidas alcohólicas, azucaradas o estimulantes como son el té o el café. A la hora de realizar ejercicio físico intenso, complementarlo con sales o bebidas isotónicas.

- **ALIMENTACIÓN:** Evitar las comidas pesadas e ingerir alimentos que aporten un extra de agua, como pueden ser las frutas y verduras.

- **ROPA:** Utilizar ropa transpirable, de colores claros y ligera. Para proteger la cabeza un gorro/pañuelo (incluso podríamos mojarlo para que nos refresque).

- **PATOLOGÍAS ASOCIADAS:** Deben extremar las precauciones las personas con enfermedades cardiorrespiratorias al ser más propensas a sufrir las consecuencias de las altas temperaturas.

- **EDAD:** Desaconsejable sobre todo en ancianos y niños.

# 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 troncolares (grandes) y muchos necesitan tratamiento quirúrgico y, por tanto, pasar por un quirófano, anestesia general o raquídea y varias semanas de baja laboral.**

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

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

### SIN NECESIDAD DE VENDAJES NI MEDIAS DE COMPRESIÓN

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

### PERMITE TRATAR EL MISMO DÍA LAS DOS EXTREMIDADES

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

### SIN manchas y hematomas

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

### SIN anestesia, sin ingreso y sin baja

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

### ¿En qué consiste el tratamiento con Venaseal®?

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

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

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

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

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

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

**www.leopoldofernandez.com**

CPS-C2261/1/14-NA

# Viajes internacionales y salud

***Alba Gasque Satrústegui***
*Médico Interno Residente de la Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de Navarra.*
***Francisco E Teruel González***
*Médico del Centro de Vacunación Internacional de Pamplona*

**En las últimas décadas, se ha producido un incremento del número de personas que viajan. Esta tendencia ascendente, tras el parón debido a la pandemia por COVID-19, parece continuar.**

Cada vez son más los que viajan a países tropicales o regiones exóticas por motivos de turismo, laborales, económicos o humanitarios. Por lo tanto, los viajeros pueden exponerse a diferentes riesgos para la salud en ambientes desconocidos. La mayoría de estos riesgos, sin embargo, pueden minimizarse mediante medidas preventivas a adoptar antes, durante y después del viaje.

Para poder planificar medidas preventivas adecuadas es conveniente conocer la ruta que se va a seguir, duración y tipo de viaje y época del año en que se va a viajar, además de preparar el viaje con suficiente antelación. Es importante también informarse sobre el sistema sanitario local y cobertura del seguro sanitario.

Durante un viaje, las principales fuentes de contagio son alimentos, bebidas e insectos. Se pueden prevenir la mayoría de las enfermedades infecciosas derivadas de ellas siguiendo unas medidas higiénicas básicas.

La principal medida de prevención es lavarse las manos frecuentemente (antes y después de las comidas, de ir al baño…).

## Precaución con el agua y los alimentos

Es importante beber agua debidamente tratada o embotellada, pero, si no es posible, se puede potabilizar mediante métodos como hervir, usar pastillas potabilizadoras… Tener precaución de no tomar hielo que no haya sido preparado con agua segura.

En cuanto a los alimentos se debería seguir este principio: *«hervido, cocido, pelado u olvidado»*, es decir, no consumir productos crudos, especialmente pescado y marisco, verduras crudas o ensaladas. Tomar siempre alimentos calientes y bien cocinados, la fruta debe estar lavada y bien pelada personalmente para consumirse de forma segura. En el caso de los lácteos, consumir leche envasada y lácteos correctamente higienizados. Además, se deberían evitar puestos de comida callejeros. Con estas medidas básicas, reduciremos el riesgo de padecer la enfermedad más frecuente del viajero: *la diarrea del viajero.*

## Infecciones transmitidas por insectos y animales

En determinadas zonas del mundo, las enfermedades transmitidas por insectos son muy frecuentes, por lo que es importante adoptar medidas preventivas frente a estos posibles vectores de enfermedades como malaria, dengue, chinkunguya, zika, etc.

En primer lugar, es importante llevar ropa adecuada y adaptarla a los entornos que visitemos. En exteriores, sobre todo entre el anochecer y el amanecer, es recomendable usar manga y pantalones largos, colores

claros y evitar perfumes intensos que atraigan mosquitos. Si además vamos a caminar por el monte, deberemos llevar botas altas. En aquellas zonas de piel que queden expuestas, utilizaremos repelentes de insectos.

Por otra parte, en interiores, se podrán usar sprays, serpentinas antimosquitos o vaporizadores con piretrinas; es importante que las habitaciones estén protegidas en puertas y ventanas con telas metálicas y las camas con mosquiteras impregnadas de piretroides.

Los animales también pueden transmitir enfermedades, conviene evitar el contacto (incluido con animales domésticos), y tener especial precaución con mordeduras y arañazos. El baño en aguas dulces estancadas como lagos también puede transmitir enfermedades y se aconseja bañarse siempre en el mar o aguas cloradas.

## Vacunación

Algunas enfermedades infecciosas asociadas a viajes se pueden prevenir mediante vacunación. Para viajar a determinadas regiones del mundo, puede ser necesaria la administración de vacunas como fiebre amarilla, hepatitis A, fiebre tifoidea... Por ello, es recomendable pedir cita en el Centro de Vacunación Internacional correspondiente, donde se indicarán vacunas adaptadas al viaje que realice. En dichos centros, se administran algunas de estas vacunas y otras se prescriben para poder obtenerlas en las farmacias. Es conveniente aportar las cartillas de vacunación al acudir a la consulta para conocer las vacunas recibidas anteriormente y conservarla para ir registrando las nuevas.

En todo caso es recomendable contar con el calendario de vacunación actualizado según edad y antecedentes personales.

Algunas vacunas como la fiebre amarilla o la meningitis, son obligatorias para entrar a ciertos países y se requiere el certificado de vacunación internacional.

Las vacunas indicadas son seguras y los efectos secundarios suelen ser leves, los graves son excepcionales. En el caso de que el viajero tenga contraindicada la administración de alguna de las vacunas obligatorias, se expedirá un certificado de exención que exime de la obligación de vacunarse, aunque habrá que advertir del riesgo de realizar el viaje sin estar vacunado.

Es importante vacunarse con antelación ya que las vacunas pueden tardar varias semanas en hacer efecto y algunas requieren varias dosis para conseguir un efecto protector.

Hay una enfermedad para la que no existe vacuna para el viajero, la malaria o paludismo, enfermedad transmitida por el mosquito anófeles. Si se viaja a zonas con alto riesgo de esta enfermedad, además de las medidas preventivas contra los mosquitos, se debe valorar la toma de medicamentos antipalúdicos (profilaxis antipalúdica) para prevenirla.

## Otros riesgos del viajero

Durante un viaje, no deberíamos olvidarnos de las infecciones de transmisión sexual como VIH o sífilis, transmitidas por contacto sexual, contacto con sangre o materiales contaminados. La utilización adecuada del preservativo en el coito vaginal, anal y/o oral es un método eficaz para su prevención.

Además del riesgo de enfermedades infecciosas, hay que tener precaución con ciertos climas y altitudes que pueden afectar a la salud, protegerse frente a los rayos solares e hidratarse en zonas húmedas y calurosas.

Por último, es conveniente disponer de un botiquín que contenga, por lo menos, los productos mencionados anteriormente (potabilización de aguas, repelentes, protección solar...) y material básico de cura (gasas, tiritas...). Es recomendable, además, llevar medicamentos de uso habitual en el equipaje de mano acompañados de su prescripción médica.

Hay que recordar que, al volver del viaje, en el caso de presentar síntomas que requieran atención médica, es importante informar al personal sanitario de la realización de un viaje en los últimos 12 meses, a una zona tropical o a un país en vías de desarrollo, ya que algunas enfermedades no se manifiestan inmediatamente.

**Recuerda: Si viajas, hazlo seguro**

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

# Sonrisas 'plus' para los mayores de 60

*Comunicación Edificio Policlínica Artica*

sannas
DENTOFACIAL

La edad de oro no tiene por qué verse empañada por la salud dental, pero parece que ese es el caso. El 100 % de los adultos mayores de 65 años tiene caries, con una media de quince dientes afectados, según un informe del Consejo General de Dentistas. La prevención y el tratamiento de enfermedades es igual de importante en todas las etapas de la vida. Y qué mejor que invertir en los dientes para obtener el mayor tesoro de la belleza: una sonrisa bonita.

Si las **caries** son un gran temor durante la infancia, ¿por qué dejamos que campen a sus anchas cuando envejecemos? Los datos son reveladores: el 100 % de los adultos mayores de 65 años tiene caries, con una media de quince dientes afectados, según un informe publicado en 2021 por el Consejo General de Dentistas. Y un 7,3 % se considera desdentado total, una cifra que sitúa a este grupo poblacional como el que más sufre este tipo de pérdidas con una media de once piezas.

Al mismo tiempo, el 37 % de los adultos mayores españoles presenta enfermedad periodontal, además de otras patologías bucodentales frecuentes en esta etapa de la vida. Entre los ejemplos se encuentran la **xerostomía** o disminución de la producción de saliva, que afecta a uno de cada diez mayores; la **pérdida dentaria**; la **retracción de encías** o el **cáncer oral**. Todos estos datos ayudan a entender la dimensión del problema y la importancia de prestar atención a la higiene bucal, sobre todo en esta franja de edad.

Por eso, en **Sannas Dentofacial** es un claro objetivo cuidar y tratar las patologías de la salud oral, así como mantener un adecuado nivel de salud oral alcanzado tras un tratamiento. En esta línea y a través del **CPO (Centro de Prevención Oral)**, la clínica dental se enfrenta a un nuevo reto: que sus pacientes mayores tengan un adecuado estado bucodental que les permita disfrutar de una buena calidad de vida.

Si bien llevan mucho tiempo enfocados en el cuidado y mantenimiento de la salud oral de los pacientes de todos los grupos de edad, desde Sannas Dentofacial están prestando una atención especial a los pacientes 60+ este 2023. *"Los pacientes aún tienen una adecuada salud general y pueden recibir tratamientos que les permita gozar de una calidad de vida superior en esta etapa de su vida"*, valoraron desde la clínica.

sannas
DENTOFACIAL

CENTRO DE REHABILITACIÓN ORAL

TRABAJO INTERDISCIPLINAR CON **LABORATORIO**
EXPERTOS EN **CASOS COMPLEJOS**

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

ODONTOLOGÍA HOSPITALARIA
ARO (Alto Rendimiento Odontológico)
IMPLANTOLOGÍA
BRUXISMO Y DOLOR OROFACIAL
UNIDAD DEL SUEÑO
PERIODONCIA
ORTODONCIA
CIRUGÍA MAXILOFACIAL
ODONTOPEDIATRÍA

En los pacientes de la tercera edad es una necesidad disponer de una adecuada salud oral que permita realizar de forma normal la masticación, tan importante para una correcta nutrición, o poder comunicarse adecuadamente. Por eso, son muchos los inconvenientes que supone el no poder hablar con facilidad cuando faltan los dientes, por no decir la falta de autoestima que causa el deterioro dental en la estética facial.

## Los objetivos

Desde su CPO, Sannas promueve la prevención y el cuidado continuo de la salud bucodental, porque existe un gran desconocimiento social sobre los principales factores de riesgo, cómo y desde cuándo podemos actuar para evitarlos. En concreto, el equipo contempla una serie de objetivos con cada intervención:

- Acciones destinadas al diagnóstico preventivo de patologías orales.
- Tratamiento precoz de patologías orales.
- La creación de programas de prevención activa adaptados a las distintas necesidades.
- Ofrecer información de actualidad sobre salud preventiva.
- La realización de actividades didácticas y formativas en nuestras instalaciones para dar a conocer patologías, tratamientos y hábitos saludables.

## Recuperar una sonrisa olvidada

Pero si se trata de tratar una enfermedad como las anteriormente mencionadas, existe una amplia oferta de tratamientos que son efectivos tanto en más jóvenes como en personas adultas. Por ejemplo, a través de los servicios de **periodoncia**, los pacientes podrán recuperar la salud de las encías y la boca, eliminar la placa bacteriana y el mal aliento, frenar la pérdida del hueso dental y otros tejidos, así como conseguir encías bonitas.

Así mismo, los tratamientos de **prostodoncia** buscan restituir la anatomía de la dentadura cuando hay pérdida de piezas dentales. Para ello se enfoca en el diseño y elaboración de prótesis destinadas a restaurar, no sólo la estética, sino también la capacidad de masticación, la correcta oclusión dental y la fonación. En Sannas Dentofacial tienen actualizados los criterios de trabajo, con la incorporación de las tecnologías que permiten desarrollar los conceptos de flujo digital de forma rutinaria, *"mejorando el resultado de los tratamientos y haciendo de forma exhaustiva la trazabilidad de todos los procesos"*.

En esta línea, la clínica de Artica también practica la implantología, ciencia dedicada a los implantes dentales. Estos componentes de titanio simulan la raíz de un diente permiten colocar sobre ellos prótesis muy similares a las piezas dentales originales. Es una técnica de salud y estética que además permite mantener la forma natural del rostro. *"En Sannas somos pioneros en la utilización de la sedación intravenosa e inhalatoria para este tipo de intervenciones. La sedaciónpermite un estado de relajación en el paciente que facilita realizar más tratamientos en una sola intervención y sin molestias"*, explican desde la clínica.

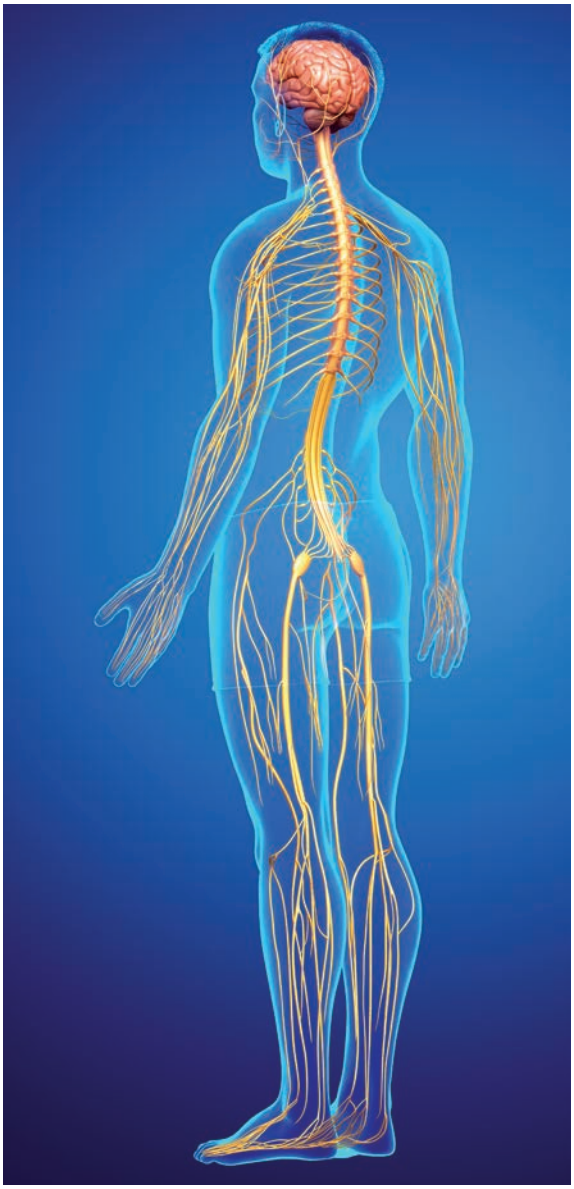
## Prevenir para no lamentar

Con el objetivo de mantener y prevenir, el CPO de la clínica cuenta con tres programas específicos de atención: **SannasPlus**, dirigido a aquellas personas que quieren cuidar y mantener su salud bucodental y prevenir así patologías más graves en el futuro; **SannasPro**, dedicado a personas con prótesis dental y para el cual la clínica cuenta con un laboratorio protésico dental autorizado; y **SannasFam**, un programa pensado para toda la familia.

A través de estos servicios, Sannas está llevando a cabo una 'cruzada' en favor de la salud bucal de los pacientes de la tercera edad y de recuperar la salud bucal perdida, así como mantenerla a través de los años. *"Queremos que los mayores no se vean privados de cosas tan sencillas como comer bien, comunicarse adecuadamente, una buena autoestima... Desde Sannas Dentofacial cuidamos la salud dental de principio a fin y te acompañamos en todas las etapas de tu vida"*, culminan desde la clínica.

# Bloqueos nerviosos periféricos

*David Gutiérrez Mérida y Jesús Villar García.*
*MIR de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Navarra.*
*Roque Guillén Casbas.*
*FEA de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Navarra*



Sistema nervioso masculino

**El dolor postoperatorio se asocia a un enlentecimiento de la recuperación funcional, aumento del riesgo de complicaciones postoperatorias y, en caso de dolor persistente en el tiempo, a la aparición dolor crónico. Por tanto, se recomienda una estrategia de analgesia multimodal, consistente en utilizar fármacos con distintos mecanismos para potenciar su acción y disminuir los efectos secundarios. Consiste en la combinación de paracetamol, antiinflamatorio, técnicas de analgesia locorregional cuando sea posible, y opiáceos en caso necesario.**

La anestesia locorregional engloba un conjunto de técnicas que tienen como objetivo bloquear de forma reversible el impulso nervioso con la inyección de anestésico local. Esto provocará disminución de la sensibilidad, y en ocasiones del tono motor, de una zona del cuerpo eliminando así el dolor. Según el nivel de bloqueo, la anestesia locorregional se puede dividir en local (infiltraciones de tejidos), regional (bloqueos de troncos o nervios periféricos) o central/neuroaxial (subaracnoidea o epidural). Según la cantidad de anestésico local administrado y el lugar de inyección, el bloqueo puede tener un fin analgésico (no tener dolor) o anestésico (permite realizar una intervención quirúrgica sin anestesia general). En este artículo nos centraremos en los bloqueos periféricos.

## ¿Cómo se realiza un bloqueo nervioso periférico?

Guiados por un ecógrafo, localizaremos las referencias anatómicas y las estructuras nerviosas que recogen la sensibilidad de la zona que nos interesa eliminar el dolor. También será importante localizar otras estructuras, ya sean vasculares (arterias, venas...) u órganos importantes (por ejemplo, los pulmones) para evitar alcanzarlos con la aguja o con la medicación que vamos a infiltrar.

Una vez hemos visualizado la zona que nos interesa, accederemos a ese espacio con una aguja, la cual controlaremos en tiempo real con la imagen ecográfica. Trataremos de alcanzar las estructuras nerviosas y, una vez en su periferia, infiltraremos con anestésico local tratando de rodear el tronco nervioso por completo para bloquearlo y conseguir así un alivio inmediato del dolor. En ocasiones, las fibras nerviosas son numerosas y muy pequeñas. En esos casos lo que haremos será infiltrar el anestésico en el espacio por el que sabemos que viajan esas fibras y de esta manera conseguir el mismo efecto.

Bloqueo del nervio ciático a nivel poplíteo

Dependiendo de la intervención, puede ser necesario bloquear distintos nervios:
(Ver Tabla I, página 19)

Además, si se precisa un control analgésico de larga duración, una opción es también la colocación de un catéter a través de la aguja durante el bloqueo para poder seguir administrando anestésico local de forma continua o a demanda.

## ¿Qué fármacos se utilizan?

Los fármacos elegidos para estas técnicas son los denominados Anestésicos Locales. La elección del fármaco se lleva a cabo en función del efecto que queramos conseguir. Si queremos un efecto inmediato y de corta duración, utilizaremos lidocaína o mepivacaína, y si nuestra intención es que el efecto sea prolongado en el tiempo, utilizaremos levobupivacaína. Además del tipo de anestésico local, también son relevantes su concentración y la posible adición de coadyuvantes como corticoides o bicarbonato.

Tabla I

| TIPO DE CIRUGÍA | BLOQUEOS PERIFÉRICOS UTILIZADOS |
|---|---|
| **Torácica y de mama** | - Nervios intercostales y sus ramas (bloqueo paravertebral, BRILMA, serrato-intercostal)<br>- Nervios pectorales (PEC I y II) |
| **Abdominal** | Nervios intercostales y sus ramas (bloqueo TAP o vaina de los rectos) |
| **Miembro superior** | - Plexo braquial a nivel interescalénico (cuello), supraclavicular, infraclavicular o axilar.<br>- Bloqueos distales en brazo y antebrazo (radial, mediano y/o cubital). |
| **Miembro inferior** | - Nervio ciático a nivel subglúteo, por vía anterior o a nivel poplíteo.<br>- Nervio femoral y femorocutáneo.<br>-Nervio safeno (canal aductor).<br>- Nervios geniculados. |

## ¿Qué riesgos puede tener la técnica?

Aunque se trata de técnicas bastante seguras en manos de personal experimentado, como cualquier procedimiento, los bloqueos nerviosos no están exentos de riesgos. Algunos de los eventos adversos relacionados con estas técnicas son:

- **Eventos relacionados con la técnica de punción:** si bien utilizamos distintas medidas para minimizar el riesgo, a veces se producen lesiones en estructuras cercanas de forma inadvertida, como vasos (hematoma) u órganos cercanos (neumotórax, por ejemplo), o incluso en el mismo nervio al alcanzarlo con la aguja o al inyectar el anestésico.
- **Eventos relacionados con el efecto del anestésico local:** como consecuencia de la técnica se produce un bloqueo sensitivo que puede enmascarar lesiones inadvertidas por el paciente, y en algunas ocasiones un bloqueo motor, que puede conllevar accidentes como el aumento transitorio del riesgo de caídas en el caso de los miembros inferiores. Es preciso extremar las precauciones para evitar dañar el área dormida y valorar el riesgo de caídas o las limitaciones que estos bloqueos puedan producir.
- **Otros eventos adversos:** el paciente puede ser alérgico a los fármacos utilizados en el bloqueo provocándole desde una respuesta dermatológica hasta un shock anafiláctico. Además, se puede provocar una inyección inadvertida de anestésicos locales por la circulación sanguínea, en cuyo caso se producirá toxicidad con síntomas como sabor metálico, sensación de pitidos en los oídos o incluso efectos sobre el sistema cardiovascular y el cerebro con convulsiones, pérdida de conciencia u otras complicaciones más severas.

Es importante señalar que gracias a la evolución de las técnicas y a su realización guiada con ecografía y/o con neuroestimulación, estos efectos adversos son cada vez menos frecuentes y, si ocurren, suelen ser leves y reversibles. Es por esto que los bloqueos nerviosos se consideran técnicas analgésicas muy útiles, seguras y efectivas en pacientes que presentan dolor postoperatorio resistente a los medicamentos analgésicos de primera/segunda línea.

# Me operan sin ingresar, ¿qué es la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)?

***Estíbaliz Angulo Otaduy y Ángeles Aragón Martínez.***
*MIR de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Navarra.*
***Roque Guillén Casbas.***
*FEA Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Navarra*

**La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es un modelo de organización de asistencia quirúrgica en el cual el paciente intervenido ingresa y se va a casa el mismo día de la intervención para completar su proceso de recuperación.**

Una vez en domicilio, se pretende facilitar la reincorporación precoz a las actividades básicas de la vida diaria, disminuyendo así el riesgo de infección y de trombosis asociado a la inmovilización.
Para ello el paciente ingresa en una unidad específica e independiente llamada Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). Este régimen ha demostrado ser una estrategia coste-efectiva, porque no requiere ingreso hospitalario, y no compromete ni la calidad ni la seguridad del paciente. El gran avance en técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas y técnicas anestésicas ha posibilitado que hoy en día hasta el 80% de las intervenciones se puedan realizar de forma segura en régimen de CMA.
Debemos distinguirlo de la Cirugía Menor Ambulatoria, donde se incluyen procedimientos muy poco invasivos, no requiere ingreso, ni consulta preanestésica, y se realiza solo con anestesia local.

## Criterios de selección de pacientes

- **Factores psicosociales:** aceptación paciente, disponer teléfono accesible y de un adulto responsable las primeras 24-48 horas, ausencia de barreras arquitectónicas en domicilio, distancia domicilio-hospital menor de 1 hora.
- **Factores** Clínicos: estado basal preoperatorio compensado (ASA 1-3, o incluso ASA 4 estables sin descompensación previa en últimos 3 meses)
- **Factores** Quirúrgicos: intervenciones de corta o mediana duración, no complejas, de duración no mayor a 90-120 minutos, con expectativas de baja tasa de complicaciones (sangrado, riesgo de reintervención, infección), sin necesidad de antibióticos endovenosos o inmovilización en domicilio...), dolor postoperatorio previsible de intensidad leve-moderada (que se pueda controlar con analgesia oral).

Estos criterios pueden ser elásticos, de manera que cada hospital debería decidir, en función de su capacidad técnica y organizativa, que selección de pacientes, intervenciones o situaciones puede o debe incluir en la Unidad de CMA.

## Consulta preanestésica

Una vez seleccionado para el programa de CMA, el paciente es derivado a la consulta preanestésica. Se valora el estado basal del paciente, y se clasifica según escala ASA (ASA 1 – sano hasta ASA 4 - enfermedad sistémica grave). También se explica el tipo de anestesia más adecuada en función del tipo de intervención y su estado basal y se le entrega una serie de recomendaciones preoperatorias, algunas de ellas específicas de la CMA. Si es necesario, a algunos pacientes se les entregan pautas específicas para modificar algún tratamiento antes de la intervención (anticoagulantes, antiagregantes, antidiabéticos o insulina...). Ver Tabla 1, pág. 21

## ¿Qué cirugías pueden hacerse en CMA?

Existe una larga lista de procedimientos (IQ) que son susceptibles de ser incluidos en régimen de CMA (Ver tabla 2, pág. 21). Sin embargo, el anestesista o el cirujano puede decidir que un procedimiento determinado en un determinado paciente debe ser excluido y precisar ingreso hospitalario.

| TABLA 1 | RECOMENDACIONES GENERALES EN CMA |
|---|---|
| **Antes IQ** | Cena ligera la noche anterior, ayunas > 6h, ducharse y traer ropa cómoda, no llevar maquillaje, esmalte de uñas, pendientes o piercings, afeitar la zona de la intervención, venir acompañado por familiar o amigo (especialmente para regresar a casa), traer el consentimiento informado si fuera necesario. |
| **Después IQ** | Durante las primeras 24-48h debe estar acompañado o disponer de un familiar o amigo cercano a su domicilio, no puede conducir, usar maquinaria peligrosa ni tomar bebidas alcohólicas. Debe seguir las instrucciones entregadas por su médico de referencia (analgesia oral, revisión médica...). |

## Técnica anestésica

La CMA permite una gran variedad de técnicas anestésicas, que se pueden adaptar para que sean poco agresivas, de corta duración, rápida recuperación y suficientemente seguras. Se puede utilizar sedación, anestesia general o técnicas locorregionales (intradural, epidural, anestesia troncular, de nervios periféricos o inyección de anestésico local (AL) en el sitio de la intervención). El anestesista le recomendará el tipo de anestesia más adecuada en función de su estado basal, tipo de intervención y capacidad organizativa del hospital. Y también le administrará medicación para prevenir el dolor y las náuseas o vómitos postoperatorios.

Una vez finalizada la IQ, se trasladará a la URPA. En algunas intervenciones, si la anestesia se ha realizado solamente con infiltración local de AL o con bloqueo de un nervio periférico, con o sin sedación ligera, podría pasar directamente a la Unidad de CMA.

## Fase 1 de Recuperación. Estancia en URPA

Se valora la recuperación de las constantes vitales (circulación, respiración, saturación de oxígeno y nivel de conciencia) y la movilidad de las extremidades, especialmente si se ha realizado anestesia locorregional. También se realiza, si fuera necesario, el tratamiento y la prevención de los efectos secundarios más comunes, como el dolor y las náuseas y vómitos, y se detecta la aparición de complicaciones quirúrgicas precoces. Después de 60-90 minutos, si se cumplen los criterios de la escala de Aldrete, el paciente pasa a la fase II.

| TABLA 2 | CIRUGÍAS MÁS HABITUALES EN CMA |
|---|---|
| **Cirugía General** | Colecistectomía por laparoscopia, herniorrafía, hemorroides, fístula anal... |
| **Urología** | Fimosis, vasectomía, resección transuretral (RTU), orquidopexia, litotricia, quistes testiculares... |
| **Ginecología** | Cirugía de incontinencia, cirugía laparoscópica diagnóstica o terapéutica (no compleja)... |
| **Oftalmología** | Cataratas, estrabismo... |
| **Traumatología y ortopedia** | Túnel carpiano, artroscopia de hombro y rodilla, retirada de material de osteosíntesis, cirugía de hallux valgas ... |
| **Otorrinolaringología** | Amigdalectomía y adenoidectomía, miringotomía, timpanoplastia, fractura nasal ... |
| **Otras IQ no complejas** | |

## Fase 2 de Recuperación. Sala de Readaptación al Medio (Unidad de CMA)

Aquí ya puede estar con sus familiares. Inicialmente estará sentado, pero progresivamente inicia la ingesta oral y más tarde la deambulación. Aquí la valoración es más integral, ya que además de las constantes vitales, se valora la presencia de dolor, náuseas y vómitos, signos de sangrado, capacidad de deambulación, y si el paciente ha realizado micción espontánea. Una vez se cumplan los criterios, se permite el alta a domicilio.

## Fase 3 de Recuperación. Alta a domicilio

Previo al alta, se entregan las recomendaciones postoperatorias de CMA (ver tabla 1) y se informa de los signos de alarma específicos de la intervención y las formas de contacto con el hospital. También se facilitan las fechas de citación para revisión y medicación vía oral para el control de las náuseas y el dolor. La analgesia más habitual es la alternancia de paracetamol con un antiinflamatorio. En casos de dolor moderado, se recomienda un opioide poco potente, como el tramadol. Si fuera posible, se recomienda realizar una llamada telefónica al paciente a las 24-48h para vigilar su evolución.

**Médicos y Profesional Sanitario**

**Zona Hospitalaria necesita de tu colaboración, -altruista y desinteresada-, para que escribas artículos desde el punto de vista de la Medicina Preventiva y nos ayudes a mejorar nuestra calidad de vida.**

**Nº caracteres: www.zonahospitalaria.com/colaboraciones**

**Enviar artículos a: redaccion@zonahospitalaria.com**

# Diarrea de origen infeccioso

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

**Con la llegada del buen tiempo dejamos atrás los catarros, resfriados y demás afecciones respiratorias. Sin embargo, aparecen otras enfermedades infecciosas más acordes con la época del año como son las gastroenteritis.**

Al llegar el calor en muchas ocasiones comemos en espacios públicos como playas, el campo o la montaña. En ocasiones los alimentos no han guardado adecuadamente la cadena de frío, por la peor conservación no se encuentran en las mejores condiciones para el consumo o incluso debido al aumento de los viajes encontramos una mayor proporción de la diarrea del viajero. Por estas y otras razones aunque no son exclusivas de esta época del año, sí que nos encontramos una mayor frecuencia de procesos gastrointestinales en los meses calurosos.

## ¿Cómo se producen?

Las gastroenteritis están causadas básicamente por la inflamación que producen diferentes agentes sobre el epitelio que recubre nuestro tubo digestivo, ocasionando diferentes síntomas o signos responsables del cuadro clínico. Los síntomas más frecuentes son: dolor abdominal, náuseas y vómitos, así como fiebre o diarrea. Las causas que las producen son diversas: infecciosas, enfermedades inflamatorias del intestino, ciertos fármacos o productos dietéticos o incluso secundarios a cambios emocionales como el estrés o la ansiedad. En esta revisión dado el amplio abanico de problemas digestivos que podemos encontrar de diversa etiología y complejidad, nos vamos a centrar fundamentalmente en el mecanismo más frecuente como es la gastroenteritis infecciosa. En concreto, las diarreas agudas de causa infecciosa.

## ¿Qué es la diarrea aguda?

La diarrea aguda se define como el aumento del número de deposiciones a tres episodios o más al día, acompañado de un cambio en la consistencia de las heces (blandas o líquidas). Estos cambios se producen debido a la eliminación aumentada de electrolitos y agua secundaria al daño que los microorganismos producen a lo largo del intestino. Dentro de las diferentes etiologías que pueden producirlas la más frecuente es la infecciosa. Se clasifican como:

- **Agudas:** Duración menor a cuatro semanas.
- **Subagudas:** desde las cuatro semanas hasta las doce.
- **Crónicas:** duración mayor de doce semanas.

Constituyen una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial y de mortalidad importante en países en vías de desarrollo, afectando de manera más grave en la infancia y la senectud, así como a las personas inmunodeprimidas.

## Formas de presentación de la diarrea aguda

Los distintos mecanismos de producción de las diarreas agudas nos permiten clasificarlas fundamentalmente en dos grandes grupos:

- **Diarrea acuosa:** La forma más prevalente. Se daña el intestino delgado y se caracteriza por deposiciones de gran volumen acompañadas de hinchazón abdominal y aumento de ventoseo. Por lo general están producidas en su mayoría por virus, bacterias poco invasivas o por toxinas bacterianas. Por lo que no se suelen asociar a la aparición de fiebre y rara vez se acompañan de sangre o moco en las deposiciones. En este caso el periodo desde inicio de la infección y la aparición de los síntomas suele ser por lo general corto (horas). La gran mayoría se autolimitan en pocos días.

• **Diarrea invasiva:** La inflamación se produce en la porción final del intestino delgado, conocida como íleon terminal y el colon. En esta ocasión podemos encontrar destrucción del epitelio celular e incluso formación de úlceras que van a ser responsables de las características mucosas y hemorragicas. De esta manera, se puede producir fiebre, acompañada por dolor abdominal de características cólicas, así como deposiciones menos voluminosas, más frecuentes y en la mayoría de las ocasiones acompañadas de restos de sangre o moco. En este caso, los principales responsables son las bacterias en su mayoría más agresivas y en menor proporción virus y esporádicamente parásitos. Debido al daño de la mucosa intestinal los síntomas suelen presentar un tiempo más prolongado.

## ¿Cómo se diagnóstica la diarrea aguda?

En la mayoría de las ocasiones los síntomas, la forma de presentación, así como la evolución es tan clara que es suficiente para el diagnóstico. Es preciso realizar una buena historia clínica y clasificar a los pacientes según el riesgo de mala evolución, de cara a realizar más o menos estudios complementarios. Investigaremos fundamentalmente:

• Presencia de convivientes u otros comensales con sintomatología semejante.
• Estado y tipo de los alimentos consumidos recientemente.
• Consumo de antibióticos u otros productos en los últimos días.
• Viajes recientes.
• Aspectos de la gravedad de la sintomatología o en la exploración.
• Enfermedades o afecciones de la persona que pueden compromete su evolución.

En aquellos casos con sospecha de gérmenes invasivos o con afectación a otros niveles, cuadros graves o prolongados requerirán realización de una analítica de sangre y toma de muestra de heces para determinación microbiológica o identificación de toxinas.

## ¿Cómo se trata la diarrea aguda infecciosa?

Con respecto al tratamiento, son las características diferenciales que hemos comentado previamente las que van marcarlo.

En las diarreas acuosas al tratarse de gérmenes menos invasivos, en la mayoría de los casos se produce la curación en pocos días. Por lo que mantener una adecuada hidratación que permita mantener ingesta suele ser suficiente. Las medidas básicas son:

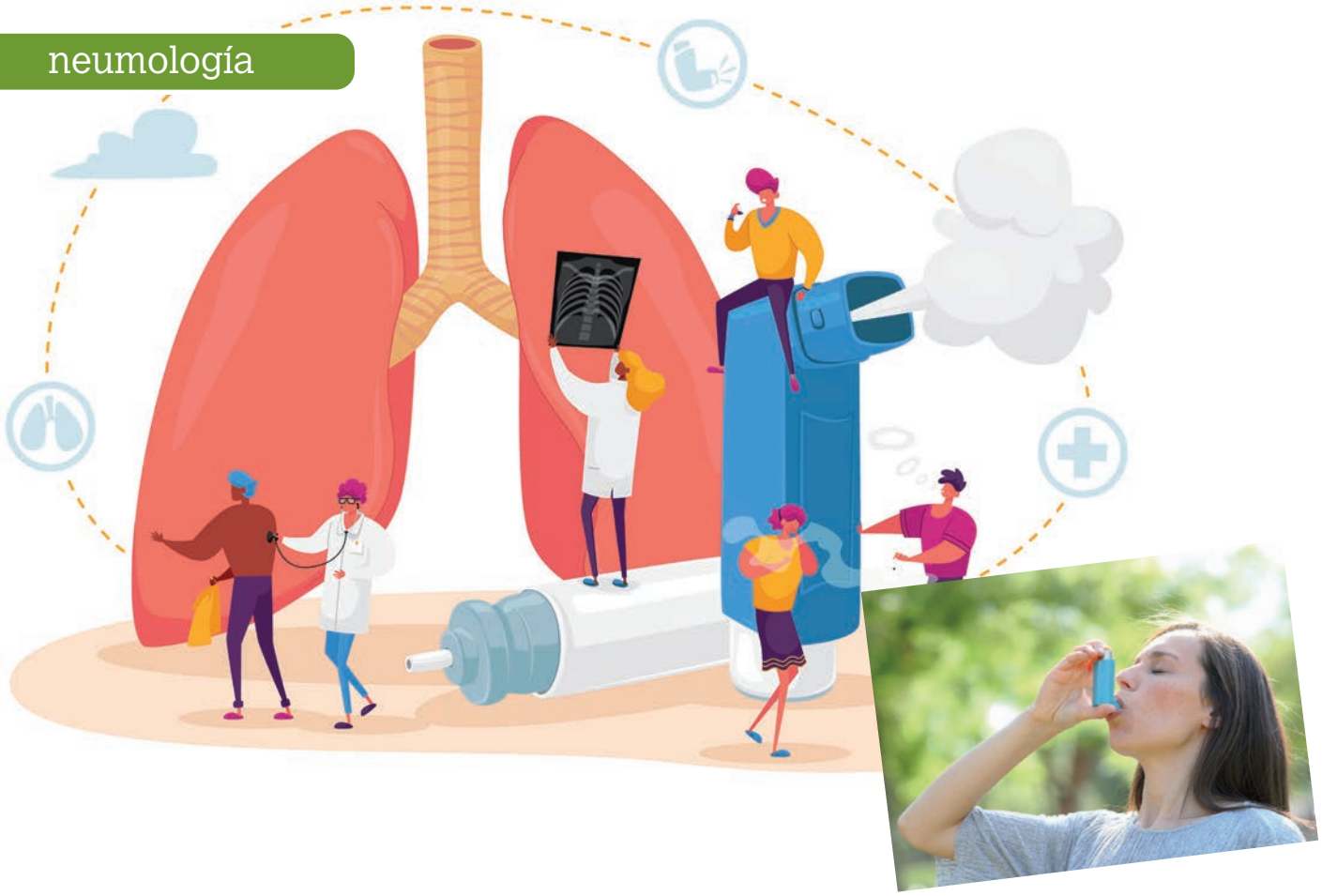
• Hidratación. Siempre que sea posible por vía oral con agua, zumos, infusiones o soluciones comerciales.
• Si no existen náuseas o vómitos se debe mantener la ingesta de alimentos según tolerancia o reintroducirlos lo antes posible.
• Se recomienda evitar los primeros días los productos lácteos, salvo el yogurt. Así como comidas muy ricas en grasas.
• Las dietas deben basarse en productos fundamentalmente cocinados al vapor o la plancha que eviten digestiones pesadas, para ir reintroduciendo progresivamente la dieta habitual.

Sin embargo, en las diarreas invasivas en ocasiones no es suficiente con mantener una buena hidratación y medidas dietéticas, por lo que se plantean otros tratamientos:

• **Antibióticos:** Resultan útiles en algunos casos de diarreas bacterianas para disminuir los síntomas. Por el contrario, pueden seleccionar gérmenes resistentes, aumentar el riesgo de infecciones por otros gérmenes o provocar efectos adversos. Por lo que, se debe utilizar únicamente en enfermedad grave o con factores de riesgo. Fundamentalmente cuando se requieren hospitalización, menores de 2 años o mayores de 70 años, inmunodeprimidos y con patología cardiaca o valvular.

• **Fármacos antimotilidad:** Se utilizan para disminuir el volumen y número de las deposiciones. Pero en la diarrea infecciosa invasiva pueden favorecer la gravedad y su prolongación por lo que no se aconsejan.

• **Probióticos:** los estudios que hay publicados en la actualidad no muestran datos homogéneos en su beneficio. Aunque no se han asocian a eventos graves. Por lo que, podrían usarse en pacientes con diarreas sin realizar una recomendación universal. Destacar que habría que tener precaución en pacientes inmunodeprimidos.



# ¿Qué es el asma bronquial?

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

*El asma es una de las patologías respiratorias más frecuentes, tanto a nivel de nuestro territorio como a nivel mundial. Estudios recientes sitúan las tasas de asmáticos en aproximadamente el 15% en Navarra, cifras que varían ampliamente según rangos de edad y sexos. Es una enfermedad especialmente frecuente en niños y adolescentes jóvenes y, pese a que también es habitual en hombres, las mujeres son el sexo predominante entre estos enfermos.*

Al contrario de lo que ocurre con otras enfermedades, cuando hablamos de asma no existe un especial consenso, ni en los síntomas que refieren los pacientes, ni en la evolución de la enfermedad y ni siquiera en los hallazgos de las pruebas complementarias. Esto ocurre porque en realidad, asma, no es más que la palabra empleada para identificar a un conjunto de cuadros clínicos que comparten unos síntomas relativamente similares pese a que la causa de cada uno de ellos puede ser diferente.

## Definición

Si buscamos la definición de asma en cualquier manual médico, encontraremos algo muy similar a esto: el asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, en la cual participan múltiples elementos pro-inflamatorios y que cursa con un aumento de sensibilidad y respuesta a nivel bronquial y una obstrucción al flujo aéreo, total o parcialmente reversible de forma espontánea o con medicación. Cualquier definición de asma, con independencia de la fuente, siempre deberá incluir tres elementos básicos: inflamación, variabilidad y reversibilidad.

La inflamación es el punto de origen de toda enfermedad asmática. Los pacientes que padecen la enfermedad presentan, en todos los casos, un aumento de inflamación en su organismo. Este aumento de inflamación generalizado se convierte en un incremento de inflamación desproporcionado a nivel de su árbol bronaquial y es la causa de la aparición de hiperrespuesta bronquial ante estímulos que en pacientes sanos pasan completamente desapercibidos.

La variabilidad es el término que mejor define el día a día de los asmáticos. Cualquier pequeña alteración del ambiente desencadena una respuesta en el árbol bronquial de estos pacientes, por ello, situaciones tan habituales como son los cambios de temperatura, del nivel de humedad, la aparición de humos u olores o perfumes intensos... pueden provocar que el paciente en instantes pase de estar asintomático a presentar importantes síntomas de su enfermedad. No sólo eso, es especialmente frecuente que los asmáticos presenten estacionalidad en sus síntomas, es decir, que dependiendo de la estación del año en la que nos encontremos tengan más o menos síntomas y, por tanto, requieran mayor o menor cantidad de medicación para controlar su enfermedad.

Finalmente llegamos al tercer elemento clave del asma: la reversibilidad. Los síntomas asmáticos, así como la hiperrespuesta y obstrucción bronquial que generan la aparición de estos, son por definición reversibles, si no totalmente, como mínimo parcialmente y esto puede ocurrir tanto de forma espontánea como mediante medicación administrada para lograr este fin. Esta característica del asma es la principal diferencia respecto a la gran mayoría de enfermedades respiratorias (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrosis pulmonar idiopática, hipertensión pulmonar...) las cuales una vez aparecen son ya irreversibles.

## Síntomas de la enfermedad

Las manifestaciones clínicas del asma son enormemente variables y difieren de manera notable, tanto de un paciente a otro, como en el mismo paciente en diferentes momentos. Los síntomas más habituales referidos por los pacientes tienden a ser: tos, sensación de falta de aire autoescucha de ruidos respiratorios y sensación de opresión torácica.

El principal problema de estos síntomas es que son muy poco específicos, ya que podemos encontrarlos en múltiples patologías respiratorias. Es por ello que será necesario investigar para ver si se cumplen ciertas situaciones que deben hacernos pensar en asma:

- Predominio nocturno de los síntomas
- Estacionalidad de los síntomas
- Aparición de síntomas ante cambios ambientales (humedad, niebla, calor o frío intensos...)
- Aparición de síntomas ante olores intensos e irritantes (perfumes, combustibles, productos químicos...)
- Aparición de los síntomas acompañado de sintomatología alérgica (goteo nasal, lagrimeo ocular...).

## Tratamiento de la enfermedad

El objetivo principal del tratamiento es lograr controlar la enfermedad, es decir, reducir al máximo los síntomas, siempre que no sea posible erradicarlos de forma total, así como prevenir la reaparición y empeoramiento de estos, especialmente en forma de crisis. A largo plazo este objetivo se traduce en reducir al máximo los posibles efectos deletéreos del asma sobre el árbol bronquial y sobre la propia vida del paciente.
El tratamiento del asma se basa en dos pilares: el primero, medidas generales que deben aplicarse a todos los pacientes y, el segundo, medidas farmacológicas que se adaptarán al tipo de asma que presente cada paciente y a la gravedad del mismo.

**1. Medidas generales:**

- Cese de tabaquismo
- Educación sobre la enfermedad
- Evitación de elementos ambientales que desencadenen la aparición de síntomas
- Tratamiento, si la hubiera, de la rinitis
- En caso de que se demuestre naturaleza alérgica del asma, valorar tratamiento inmunológico (vacunación).

**2. Medidas farmacológicas:** se irán implementando de forma escalonada según los síntomas que presente el paciente y la medicación que este requiera para el control de los mismos.

- **Tratamiento broncodilatador de mantenimiento:** la base del mismo, salvo en contadas excepciones, será siempre el uso de glucocorticoides inhalados (GCI). A este tratamiento, a medida que aumente la gravedad de la enfermedad y por ende sus requerimientos de tratamiento, se le irán asociando otros tipos de broncodilatadores inhalados: agonistas beta2, adrenérgicos de acción larga (LABA) y/o anticolinérgicos de acción larga (LAMA).
- **Tratamiento broncodilatador de rescate:** pueden emplearse tanto los fármacos empleados para el tratamiento de mantenimiento, como broncodilatadores de corta acción tipo el Salbutamol.
- **Antagonistas de los receptores de leucotrienos (ARLT):** en casos de intolerancia al tratamiento inhalado, o como complemento al mismo, puede valorarse la introducción de este fármaco en forma de un comprimido diario.
- **Formas graves de asma:** en caso de que los fármacos previamente expuestos, a dosis alta y en combinación, no sean suficientes para el control de la enfermedad, se plantea el uso de otras terapias como la antibioterapia crónica, los glucocorticoides sistémicos (en comprimidos y/o inyectados), los fármacos biológicos con capacidad inmunosupresora o la termoplastia endobronquial.

# Discapacidad e ictus

***Nuria Aymerich Soler.*** *Neuróloga vascular. Hospital Universitario de Navarra*

**El ictus es una patología causada por un trastorno circulatorio cerebral que altera transitoria o definitivamente el funcionamiento de una o varias partes del encéfalo. Según la naturaleza de la lesión encefálica se distinguen dos grandes tipos de ictus, que son el isquémico (85% de los casos) y el hemorrágico (15%).**

No obstante, independientemente de los condicionantes y características propias de la lesión, es fundamental conocer el mecanismo causante de esta enfermedad para poder efectuar un adecuado tratamiento, así como una prevención eficaz.

Debido al envejecimiento de la población europea y la fuerte asociación entre el riesgo de enfermedad cerebrovascular y la edad, el número de personas que sufren un episodio de este tipo continúa aumentando. Según los datos del estudio Global Burden of Disease 2015, y proyecciones demográficas obtenidas de Eurostat (oficina de estadística de la Unión Europea), se predice un aumento del 34% en el número total de eventos entre 2015 y 2035. Cada año se producen aproximadamente 71.780 nuevos casos de ictus en España, con una incidencia de 187 nuevos casos de ictus cada 100.000 habitantes. No obstante, aunque la edad es un factor de riesgo importante, el ictus no solo afecta a las personas mayores. En las últimas dos décadas han aumentado un 25% el número de casos entre personas en edades comprendidas entre los 20 y 64 años y un 0,5% de los casos se dan en menores de 20 años.

A su vez, la mortalidad por ictus tiende a disminuir tanto en hombres como en mujeres gracias a los cuidados ofrecidos en la fase aguda del ictus y a los nuevos tratamientos instaurados en los últimos años. A pesar de ello el ictus sigue siendo la primera causa de mortalidad en la mujer con 13.854 de un total de 24.858, según datos del INE (Instituto Nacional de Estadísitica) en 2021.

Todo ello hace que actualmente la prevalencia de ictus en España sea del 1,7%, lo que equivale a 661.512 personas según datos de la ENSE 2017, con su consecuente carga social (expresada en discapacidad y dificultades en la vida diaria) y económica (expresada en consumo de recursos sanitarios y pérdidas de productividad laboral por discapacidad y mortalidad).

A día de hoy el ictus sigue siendo la primera causa de dependencia en el adulto y la segunda causa de demencia en el mundo

## Prevención del ictus

En los últimos años se han logrado grandes avances que han permitido mejorar el pronóstico funcional de los pacientes bajo la premisa fundamental de que el control de factores de riesgo y una actuación en las primeras horas tras el ictus son de vital importancia tanto para minimizar su incidencia como su impacto negativo sobre la calidad de vida posterior del paciente.

La prevención relacionada con el tratamiento de los factores de riesgo modificables es la medida más efectiva en la reducción de eventos. Los principales factores de riesgo son las hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes, cardiopatía isquémica, alcohol y tabaco. Uno de los factores de riesgo modificables de mayor peso, por su prevalencia y por ser causa de ictus más graves es la fibrilación auricular no valvular, cuyo adecuado manejo repercute muy favorablemente en la reducción del impacto del ictus. La fibrilación auricular es mucho más prevalente en edades avanzadas y es la principal causante del ictus cardioembólico que ocurre con mayor frecuencia en la mujer (por su mayor esperanza de vida) siendo el principal causante de la elevada mortalidad y discapacidad en estas edades.

Todos estos factores de riesgo se pueden modificar con estilos de vida saludables y tratamiento médico con controles adecuados.

## Tratamiento en la fase aguda del ictus

Una vez ocurrido el ictus es de vital importancia aplicar el tratamiento adecuado en las primeras horas tras su instauración para minimizar de forma muy significativa el daño cerebral y las secuelas neurológicas. Para ello es fundamental que la población reconozca los síntomas fundamentales que hacen sugerir que una persona está sufriendo un ictus y avise a los servicios de emergencias de su comunidad para actuar cuanto antes.

Los principales síntomas que nos hacen sospechar que una persona sufre un ictus son la aparición brusca de una alteración del lenguaje, desviación de comisura bucal o pérdida de fuerza de medio cuerpo (brazo, pierna o ambos). Otros síntomas muy sugestivos si se presentan de forma brusca son inestabilidad, pérdida visual o cefalea intensa diferente de las habituales.

Tras la obstrucción arterial por un trombo el tejido cerebral mantiene viabilidad en las primeras horas, antes de que mueran las neuronas afectadas y el daño sea irrecuperable.

Existe lo que llamamos una "ventana terapéutica" en la cual podemos actuar durante un tiempo limitado, en las primeras horas, evitando de este modo el daño cerebral irreversible, y por lo tanto la discapacidad que sufriría el paciente si no actuáramos a tiempo.

En los últimos años se ha instaurado en los servicios de emergencias el Código Ictus que permite trasladar a estos pacientes con rapidez a un medio hospitalario e iniciar cuanto antes el tratamiento adecuado. Si el paciente llega en las primeras 4 horas y media es posible administrarle un fármaco trombolítico de forma intravenosa y si mediante pruebas de neuroimagen detectamos la obstrucción arterial por el trombo es posible extraerlo mediante cateterismo si actuamos en las primeras 6 horas y en casos muy seleccionados hasta las 24 horas. Este último tratamiento que es el más efectivo para evitar la discapacidad por ictus en fase aguda se puede aplicar a un número limitado de pacientes que cumplen los criterios adecuados, en torno al 15% de los códigos ictus: llegar a tiempo, demostrar una oclusión arterial en neuroimagen y excluir las posibles contraindicaciones.

De lo que si se benefician casi la totalidad de los pacientes con ictus que acuden a urgencias en fase aguda es del ingreso en Unidades de Ictus. Son unidades de cuidados semi intensivos en las que los pacientes se encuentran monitorizados con vigilancia constante en fase aguda. De esta forma se pueden prevenir y tratar eficazmente las complicaciones que se derivan de la fase aguda del ictus reduciendo en un 23% la posibilidad de muerte o dependencia por ictus.

A su vez permiten un estudio rápido de las posibles causas que han originado el ictus para instaurar de esta forma el tratamiento adecuado para evitar recurrencias (prevención secundaria)

Un problema que se plantea en la actualidad dada la elevada edad de la mayoría de los pacientes que sufren ictus, es el grado de discapacidad previa al ictus y las expectativas en cuanto a calidad de vida de los pacientes a la hora de aplicar los tratamientos.

En muchas ocasiones no son temas que se hayan reflexionado con anterioridad y toca tomar decisiones de forma rápida en el momento del ictus contando con la información que aportan los familiares o que se extrae de la historia clínica de la paciente.

Sería importante plantear a pacientes con elevado riesgo vascular la reflexión sobre qué grado de discapacidad consideran "asumible" en caso de ictus para la ayudar a tomar las decisiones clínicas más adecuadas a los deseos del paciente en la fase aguda del ictus.

## Tratamiento Rehabilitador tras sufrir un ictus

El daño cerebral adquirido (DCA), es uno de los principales problemas de salud de nuestro entorno y la principal causa de discapacidad en el adulto en nuestro país. El DCA genera en la persona que lo sufre una amplia y variable combinación de problemas físicos, cognitivos, emocionales, conductuales y dificultades funcionales que conllevan una reducción en el grado de participación, integración y calidad de vida de la persona que lo sufre y de su entorno más cercano. Los servicios de neurorrehabilitación tienen como objetivo fundamental minimizar la morbilidad de estas personas y sus familiares permitiéndoles alcanzar y mantener el mayor grado de funcionamiento físico, sensorial, intelectual, psicológico y social posible.

En el año 2020, la Sociedad Española de Neurorrehabilitación publicó una Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia publicada hasta la fecha intentando responder a las principales preguntas que se nos plantean ante un paciente que ha sufrido un ictus y tiene un DCA como consecuencia. A continuación se exponen las principales recomendaciones.

**¿Quién debe recibir rehabilitación?**

- Todos aquellos pacientes que hubieran sufrido un ictus, que hayan alcanzado una mínima estabilidad clínica y se hayan controlado las posibles complicaciones que afecten al estado vital del paciente.
- La rehabilitación del paciente está indicada cuando se constate una pérdida de las capacidades físicas, cognitivas, sensoriales, emocionales, conductuales y/o funcionales (estructuras y funciones), con repercusión en el grado de actividad y/o participación de la persona que sufre el DCA.
- La decisión acerca del potencial de recuperación ha de recaer en personas con experiencia contrastada en la rehabilitación de pacientes con DCA, empleando herramientas validadas, estandarizadas, y adaptadas a la gravedad clínica.

**¿Cuándo debe iniciarse el tratamiento?**

- El tratamiento rehabilitador del ictus/TCE debe iniciarse lo más precozmente posible una vez se hayan controlado las posibles complicaciones que afecten al estado vital del paciente y siempre teniendo en cuenta las características de la intervención.
- A nivel motor, dado la especial relevancia clínica de las complicaciones derivadas de la inmovilidad prolongada, se recomienda la movilización precoz teniendo en cuenta que en los pacientes de mayor gravedad clínica no se recomienda el inicio de actividad física fuera de la cama, incluyendo trasferencias cama-silla, bipedestación o marcha, en las primeras 24h.
- Transcurridas las primeras 24h y preferentemente antes del tercer día, debe valorarse por profesionales con experiencia la forma más apropiada y segura de movilizar al paciente incluyendo sesiones breves pero repetidas a lo largo del día.

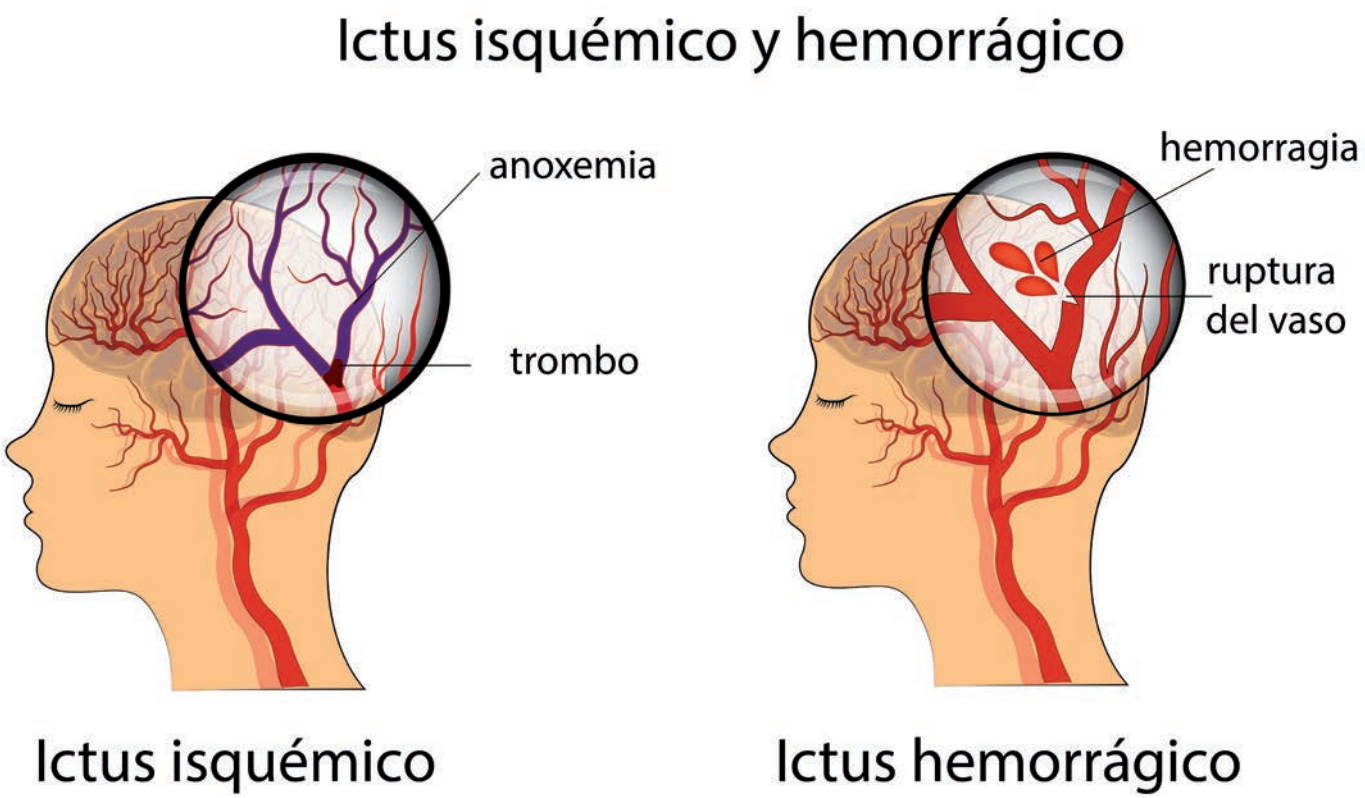
*Sigue en página 28*

**Médicos y Profesional Sanitario**

**Zona Hospitalaria necesita de tu colaboración, -altruista y desinteresada-, para que escribas artículos desde el punto de vista de la Medicina Preventiva y nos ayudes a mejorar nuestra calidad de vida.**

**Nº caracteres: www.zonahospitalaria.com/colaboraciones**

**Enviar artículos a: redaccion@zonahospitalaria.com**




**¿Cuánto tratamiento debe proporcionarse?**

• Los programas de rehabilitación deben estructurarse de forma que ofrezcan, desde su inicio hasta su finalización, tanto tratamiento como sea posible en términos de frecuencia, duración e intensidad entendida como tiempo dedicado a la tarea, siempre teniendo en cuenta las necesidades y objetivos del equipo terapéutico.

• Las GPC recomiendan actualmente al menos 45-60 minutos de cada modalidad de terapia específica (logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional, neuropsicología, etc.) que el paciente precise en función de sus necesidades (habitualmente 3h/día), con una frecuencia que les permita alcanzar sus objetivos de rehabilitación (habitualmente 5 días por semana). Si se necesita más rehabilitación en una etapa posterior, se debe adaptar la intensidad a las necesidades de la persona en cada momento.

**¿Quién debe proporcionar el tratamiento?**

• Independientemente del ámbito de atención, los pacientes con DCA deben tener acceso a una evaluación y tratamiento por un equipo transdisciplinar organizado y coordinado, con el conocimiento, la experiencia y las habilidades para trabajar en equipo con personas que han sufrido un DCA y sus familias, compuesto al menos por personal médico (médico rehabilitador, neurólogo, otros médicos con experiencia en la rehabilitación del DCA), personal de enfermería, y profesionales del ámbito de la fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, neuropsicología y trabajo social.

• Los equipos se pueden beneficiar del apoyo de nutricionista, ortopeda, farmacéutico, auxiliares, pedagogos, terapeutas de ocio-tiempo libre-vocacionales, ingenieros y cualquier otro miembro necesario de acuerdo a los objetivos terapéuticos.

• El equipo ha de reunir la capacidad de abordar tanto los problemas físicos como cognitivo-conductuales y sociales que el paciente pueda presentar a lo largo de todo el proceso de recuperación.

**¿Dónde debe proporcionarse el tratamiento?**

• Una vez que el paciente que ha sufrido un DCA ha sido valorado y las necesidades de rehabilitación han sido establecidas, debe determinarse el lugar más apropiado para realizar la rehabilitación (hospitalización, régimen ambulatorio, rehabilitación domiciliaria o comunitaria).

• En la fase aguda y para los casos más graves, se recomiendan programas de rehabilitación intensivos y transdisciplinares en unidades hospitalarias.

• La transición al ámbito ambulatorio ha de garantizar continuidad en el tiempo (24-72h) y en el conocimiento acumulado en la fase de ingreso (mismo equipo terapéutico o equipos íntimamente coordinados) y se llevará a cabo tan pronto como la situación clínica lo permita, se puedan mantener los criterios de intensidad acordes a los objetivos prefijados y el entorno familiar o social pueda garantizar unos cuidados de calidad.

• Los tratamientos en la fase ambulatoria deben incluir los mismos elementos en cuanto a estructura y contenidos que los servicios coordinados de rehabilitación de pacientes hospitalizados.

**¿Hasta cuándo debe proporcionarse el tratamiento?**

• La duración del tratamiento necesario no debe estar sujeta a limitaciones temporales sino que debe basarse en la respuesta al tratamiento y en las posibilidades de mejoría en base al mayor grado de evidencia disponible a juicio del equipo terapéutico.

• Tras el alta, deben ofrecerse servicios de promoción de la salud, actividad física, apoyo y seguimiento a largo plazo para garantizar que se mantengan los beneficios alcanzados, detectar posibles complicaciones médicas o valorar posibles cambios en la funcionalidad o grado de dependencia que hagan necesario el acceso a nuevos programas de tratamiento.

## Impacto sobre el estado de salud y la calidad de vida

Según datos proporcionados por la SEN (Sociedad Española de Neurología), en nuestro país actualmente unas 350.000 personas que han padecido un ictus presentan alguna limitación en su capacidad funcional como consecuencia de este. Si se comparan sus secuelas con las de otras enfermedades crónicas, las personas que han padecido un ictus tienen una peor percepción de su estado de salud, presentan un mayor riesgo de problemas mentales y se ven más afectados en las distintas dimensiones de la calidad de vida, especialmente en aquellas referentes a la movilidad (62,4%), la realización de actividades cotidianas (59,1%) y en la sensación de dolor o malestar (64%).

Dos de cada tres personas que han padecido un ictus tienen 65 años o más. De estos, el 43,8% tiene dificultades para ducharse o bañarse sin ayuda y el 56,3% para realizar tareas domésticas ligeras.

En cuanto a las actividades relacionadas con el hogar, las personas que han padecido un ictus presentan mayores dificultades en todas las áreas, frente a otros grupos de enfermedades discapacitantes.

La salud autopercibida y la calidad de vida después del ictus son peores en los pacientes mayores de 65 años y en las mujeres que también tienen más discapacidad y, por tanto, un mayor consumo de recursos asistenciales sanitarios y no sanitarios. La percepción de su salud es peor en las mujeres que en los hombres (un 19,2% la perciben como muy mala vs. 11,2% en hombres), así como las personas mayores de 65 años (el 17,6%) en comparación a los pacientes menores de 65 años (9,3%).

Las personas que han padecido un ictus presentaban una media de 0,50 ± 0,46 AVAC anuales, lo que significa una menor calidad de vida relacionada con la salud frente a otras enfermedades crónicas, tumores malignos, y pacientes con lesiones o defectos permanentes causados por un accidente.

EN 2020 la asociación de enfermeras del Grupo de estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN junto con la asociaciones de familiares y pacientes de ictus realizaron una encuesta a nivel nacional en la que participaron 849 personas, el 67% pacientes con ictus y el resto familiares de pacientes.

En ella se reflejaba que hasta el 71% de los participantes percibía su estado de salud después del ictus como regular, malo o muy malo (el 37,3% perciben su estado de salud como regular y el 36,5% como malo o muy malo). Los aspectos en los que los encuestados mostraron una mayor limitación fueron: la práctica de actividad física y deporte 49%, la capacidad de conducir 37%, la capacidad de trabajar o estudiar 40%, la capacidad en el cuidado personal 36%.

Muchos de los pacientes que sufren un ictus se encuentran en activo, lo que supone una importante pérdida de productividad laboral por discapacidad y mortalidad debida al absentismo, bajas laborales temporales o permanentes, mortalidad prematura, y jubilación temprana que se producen como consecuencia de la enfermedad.

## Coste del Ictus

Las necesidades de cuidados post-ictus y costes tanto para el sistema como para, en algunos casos, el paciente o familia son significativos:

Un 42% de los pacientes necesitaron adaptaciones en el hogar, un 27% de los pacientes necesitaron un cuidador externo, un 43% apoyo a la movilidad, un 40% un fisioterapeuta, un 52% sesiones de rehabilitación, un 52% neuropsicólogo, un 12% una residencia, un 28% un logopeda, un 11% un centro de día, un 29% de los pacientes necesitaron que un familiar abandonase su trabajo para su cuidado.

Los costes en pacientes con secuelas graves implican una inversión inicial significativa (>3.000 /mes) en cuanto a los siguientes aspectos: adaptaciones en el hogar 7.6%, apoyo a la movilidad 2.1%, sesiones de rehabilitación 2.5%, Residencia 2.1%, centro de día 0.4%, cuidador externo 0.5%, neuropsicólogo 0.5%, logopeda 0.6%, fisioterapeuta 0.7%. No obstante, a largo plazo en muchos de los casos los costes son más asequibles, no superando los 500 /* mes.

En España, el coste total medio por paciente que ha sufrido un ictus es de 27.711 al año, de los que el 67% corresponderían a costes directos no sanitarios, el 31% a costes directos sanitarios y el 2% restante a costes indirectos. El coste total de los nuevos casos de ictus en España supondría cada año 1.989 M. En comparación con otras enfermedades, el consumo de recursos sanitarios es mayor entre los pacientes que han padecido un ictus. A pesar de ello sólo el 10% de los pacientes con discapacidad por ictus reciben alguna prestación económica como ayuda. Este porcentaje se reduce a la mitad en personas de más de 65 años. En conjunto, la cuantía de las ayudas percibidas es menor en pacientes ancianos y en mujeres, a pesar de sufrir más discapacidad.

Entre los pacientes con dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria, disponían de ayuda el 90,3% de los pacientes que habían presentado un ictus, el 85,6% de las personas con otras enfermedades crónicas, el 89% de los pacientes con tumores y el 84,4% de los pacientes con secuelas de accidentes. Sin embargo, un 68% de las personas que habían padecido un ictus mencionaron que esta ayuda era insuficiente, frente al 54%-60% de las personas en los otros grupos.

## Conclusión

El ictus es una enfermedad muy frecuente que ocasiona una gran discapacidad en los supervivientes, haciendo precisa la prestación de atención especializada de apoyo y rehabilitación, lo que la convierte en una de las afecciones que genera mayor carga social y económica. Dos de cada tres personas que sobreviven a un ictus presentan algún tipo de secuela, en muchos casos discapacitantes, lo que incrementa notablemente la necesidad de recibir asistencia o cuidados.

Los datos aportados justifican la necesidad de optimizar la asignación de recursos para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes con ictus para reducir el impacto de esta enfermedad.

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

# Vacunación a lo largo de la vida, vacunas para todas las edades.

## Importancia de las vacunas

*Nerea Díaz Sánchez. MIR Medicina Preventiva y Salud Pública*
*Judith Chamorro Camazón. Jefe de Servicio. Medicina Preventiva e Higiene Hospitalaria*
*Hospital Universitario de Navarra*

**La vacunación es la mejor herramienta de prevención de algunas enfermedades transmisibles, tanto a nivel individual como colectivo, y una de las medidas de salud pública que más vidas ha salvado a lo largo de la historia.**

Gracias a las vacunas la frecuencia y potencial gravedad de muchas enfermedades se han visto reducidas drásticamente. En nuestro medio apenas hay casos de sarampión, tos ferina, meningitis, hepatitis B... y a nivel mundial se ha conseguido erradicar la viruela, estando en vías de eliminar también la poliomielitis.

Si bien es cierto que estamos muy familiarizados con las recomendaciones de vacunación en la infancia, no lo estamos tanto para la etapa adulta.

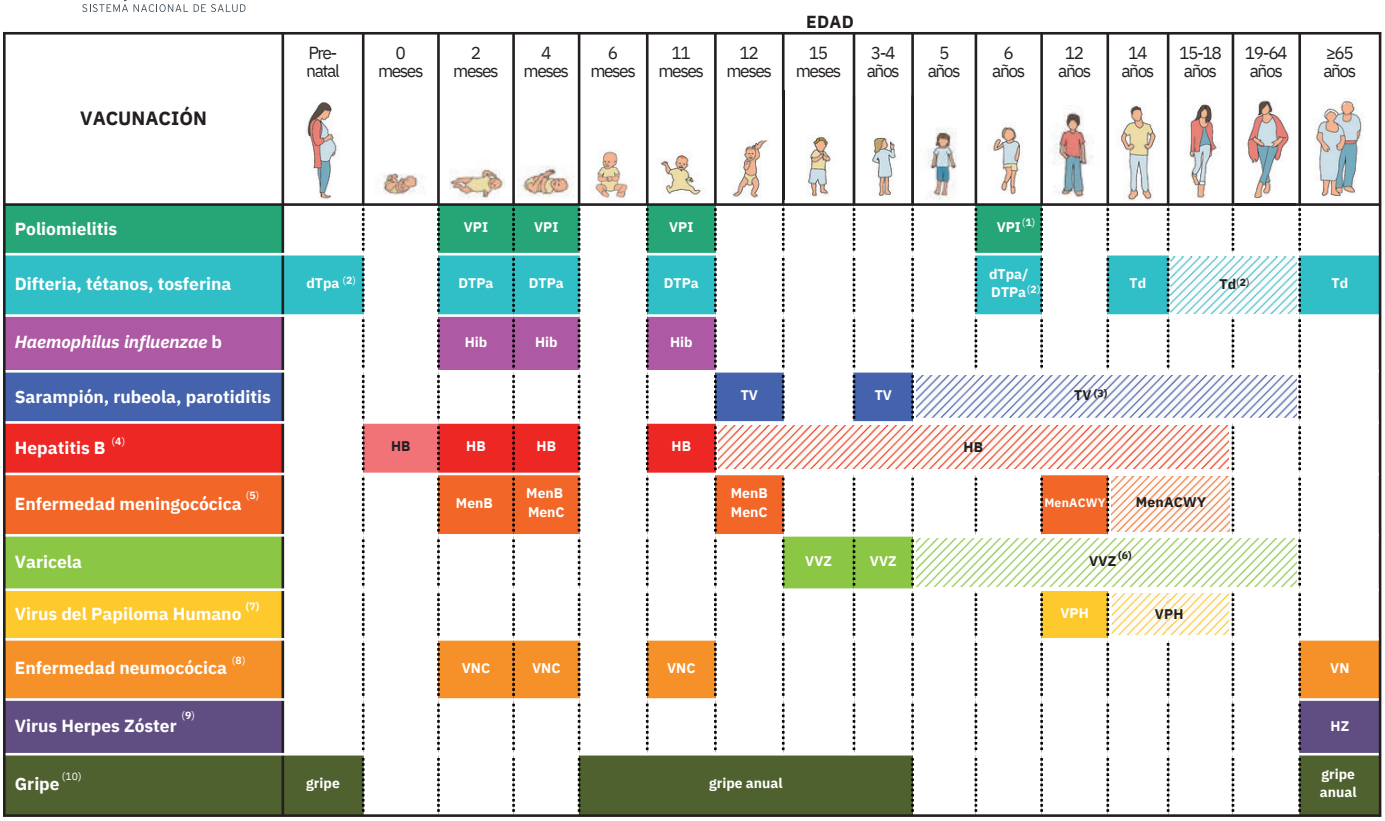
Hay que tener en cuenta que la vacunación infantil sistemática es una estrategia relativamente reciente y es por ello que algunas cohortes de población adulta no se han podido beneficiar de ella y tampoco han desarrollado inmunidad natural frente a determinadas enfermedades transmisibles. Además, algunas de las vacunas administradas en la infancia no inducen inmunidad para toda la vida, por lo que es necesario reforzarla con dosis de recuerdo.

De ahí la gran importancia de mantener la vacunación a lo largo de toda la vida y de administrar las vacunas que correspondan según la edad, tanto en niños como en adultos.

Por fortuna cada vez vamos tomando más conciencia de cómo la vacunación es una estrategia efectiva no solamente para mantener una alta esperanza de vida, sino también, para vivir más años con la mejor calidad posible, y de cómo favorece no solo la salud individual sino también poblacional, generación tras generación.

Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

## CALENDARIO COMÚN DE VACUNACIÓN A LO LARGO DE TODA LA VIDA
Calendario recomendado año 2023




*Calendario aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS el 19 de diciembre de 2022*

Color Administración sistemática

Con rayas Administración en personas susceptibles o no vacunadas con anterioridad



## ¿Qué vacunas forman parte del calendario?

Un calendario de vacunación es una secuencia cronológica de las vacunas que se administran sistemáticamente a toda la población y cuya aplicación, si se consiguen las coberturas adecuadas, favorece tanto a los que se vacunan como a los que no se vacunan.

En el año 2019 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) pone en marcha un calendario de vacunación único para toda la vida, que incorpora al calendario de vacunación infantil las indicaciones de vacunas en el adulto. Comienza antes del nacimiento, incluyendo la vacunación de la embarazada y se prolonga hasta las personas mayores de 65 años.

Todos los años el CISNS realiza una revisión del calendario, bien sea para valorar y decidir la inclusión de una nueva vacuna o para modificar el programa vigente de vacunación en función de diversos criterios (carga de enfermedad, efectividad y seguridad de las vacunas, aspectos éticos y económicos, repercusiones de la modificación en el programa de vacunación…)

A consecuencia de ello, el Ministerio de Sanidad ha publicado el 19 de diciembre de 2022 el calendario vacunal para toda la vida correspondiente al año 2023, que incluye importantes novedades:

- Vacunación infantil frente a meningococo del serogrupo B a los 2, 4 y 12 meses de edad.
- Vacunación infantil frente a la gripe entre los 6 y 59 meses de edad
- Vacunación frente al virus del papiloma humano en adolescentes varones a los 12 años
- Vacunación frente al herpes zóster a los nacidos en 1958 (65 años).

Estas modificaciones deberán incorporarse a los calendarios de vacunación de las CCAA entre 2023 y 2024. (Ver figura CALENDARIO)

Como profesionales sanitarios debemos aprovechar cualquier contacto de la población con el sistema sanitario para informar y actualizar su estado de vacunación. En función de la información aportada por los pacientes, o bien recogida en su historial médico o en el registro de vacunaciones de Navarra (Inmunis) completaremos las dosis de vacunas que falten, evitando reiniciar pautas innecesarias.

## ¿Tiene riesgos la vacunación?

Las vacunas son medicamentos muy eficaces y seguros que previamente a su comercialización se han validado en ensayos clínicos. Son los productos farmacéuticos a los que se les exige estándares de seguridad más altos.

Para minimizar el riesgo de efectos secundarios, previamente a la administración de cualquier vacuna hay que descartar contraindicaciones como por ejemplo alergia a alguno de sus componentes. Se valorará así mismo si hay determinadas situaciones que indiquen postponer la vacunación como la existencia de una infección aguda.

Una contraindicación a una vacuna es una situación específica en la cual no se debe utilizar ya que puede ser dañina para la persona, aumentando considerablemente las posibilidades de una reacción adversa grave. Algunos ejemplos son:

- Los antecedentes personales de una reacción anafiláctica grave después de la administración de una vacuna contraindica poner una segunda dosis.
- La hipersensibilidad a los principios activos o a los excipientes de la vacuna (revisar antes de la administración los componentes de la ficha técnica).
- El uso de vacunas vivas (Triple vírica, varicela) está contraindicado durante el embarazo (se recomienda también evitar el embarazo hasta un mes después de la vacunación), y en pacientes con inmunosupresión grave.

No obstante, y tras descartar contraindicaciones a la vacunación, hay que tener presente que la mayoría de las reacciones que pueden producirse tras la administración de una vacuna son leves y pasajeras.

De hecho, el riesgo de que ocurra algún problema grave es muy pequeño y en cualquier caso mucho menor que el riesgo derivado de contraer la enfermedad.

No hemos de olvidar, tal y como se comentó al principio, que la vacunación es una de las medidas de salud pública que más vidas ha salvado a lo largo de la historia.

# ZONA HOSPITALARIA NAVARRA 2023

## CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LA REVISTA ZONA HOSPITALARIA NAVARRA

- **Zona Hospitalaria Navarra** se edita en papel y en digital (www.zonahospitalaria.com). Se financia exclusivamente con la publicidad.
- La escribe el profesional sanitario público y privado de Navarra: médicos, enfermeras, psicólogos...
- Tamaño DIN A4 (210 mm ancho x 297 mm alto).
- Tirada 8.000 ejemplares.
- Tiene 2.114 suscriptores (en aumento cada semana), a los que se les envía por email 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.

**Se reparte en los edificios del Hospital Universitario de Navarra y en 15 Centros de Salud de Pamplona**.

## FORMATOS Y TARIFAS DE PUBLICIDAD EN LA REVISTA

**-ANUNCIO EN CONTRAPORTADA**, tamaño 210 mm ancho x 297 mm alto = **1.200 €**+IVA/Número.

**-ANUNCIO O PUBLIRREPORTAJE DE 1 PÁGINA INTERIOR** (tamaño 210 mm ancho x 297 mm alto, texto con 3.000 caracteres, incluidos los espacios entre palabras, + fotografía de cabecera, + 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.*

## 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 **200 €**+IVA/mes.

**2-**Publicar un **banner de 1 módulo solo en la página Home,** tamaño 230 ancho x 170 pixeles de alto, son **100 €**+IVA/mes.

**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 2022 más de 5.300.000 visitas.*

## CALENDARIO ANUAL (6 publicaciones/año)

-Publicación de los artículos 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