ZH 15 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 añoXV marzoabril2021 nº88

SUMARIO

2 Tratamiento de varices con microespuma o láser endovascular
3 TDN Clínica y Consulta Azcárate sellan una alianza estratégica
4 Planificando la atención al final de la vida
5 Artrosis, buscando el alivio del dolor
6 Confinamiento domiciliario por COVID-19 y obesidad infanto-juvenil
7 ¿Cuál es el tratamiento más efectivo para mis varices?
8 Quiero editar un libro
9 La calidad en los tratamientos de implantes dentales
10 Diez buenas noticias sobre el coronavirus (un año después)
12 Malestar emocional y enfermedad mental...
13 "Todos los pacientes con varices se pueden tratar sin pasar por el quirófano"
14 Picadura de garrapata
15 Historias de vida oncológica: Josefa (Pepi) Sánchez
16 El enemigo silencioso: apnea obstructiva del sueño
18 Favoreciendo la cultura de la solidaridad: donación de órganos
20 Síndrome de fatiga crónica
22 Caries, por qué
23 Cuidados de enfermería en el paciente con hipertensión arterial
24 Manejo del paciente traqueostomizado
26 El cáncer y la pandemia de la soledad...
28 Merece la pena llevar mascarilla
29 Cómo almacenar leche materna
30 Ejercicio en la dislipemia
31 La enfermedad del beso

EJEMPLAR GRATUITO

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

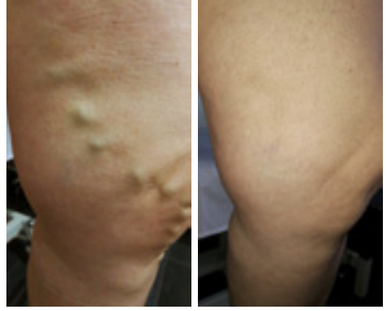
Vencer a la COVID-19

Zona Hospitalaria/*Ospitaleko gunea* Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona **Edita/*Edizioa*** PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L. **Dirección/*Zuzendaritza*** Merche Ferrer **Redacción/*Erredakzioa*** (redaccion@zonahospitalaria.com) **Fotografía, diseño y producción/*Argazkiak, diseinua eta produkzioa*** PubliSic **Fotografía portada/*Azaleko argazkia*** Archivo **Publicidad/*Publizitatea*** 948 276 445 (mercheferrer@publisic.com) **D.L./*L.G.*** NA2471/2006 **ISSN** 2253-9026. **Distribución** 8.000 ejemplares.

© **PubliSic S.L.** El material impreso en esta publicación sólo se puede reproducir si se cita su procedencia. El editor no comparte necesariamente las opiniones y criterios de sus colaboradores expresadas en esta revista. *PubliSic S.L. Argitalpen honetan inprimaturiko materiala soilik bere jatorria aitortzen bada erreproduzi daiteke. Editoreak ez du nahitanahiez aldizkari honetan kolaboratzaileek adierazten dituzten iritzi eta irizpideekin bat egin beharrik.*

cirugíavascular

Tratamiento de varices con microespuma o láser endovascular



ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO
CON LÁSER ENDOVASCULAR

Dr. Gonzalo Villa
Especialista en Cirugía Vascular. Nº Colegiado: 313106416
Clínica San Miguel | Beloso Alto, 32 | 31006 Pamplona
948 296 111 - 644 297 726 | www.gonzalovilla.es |

Una de cada 3 personas padece el problema de las varices con todos los problemas que ocasionan (dolor, pesadez, flebitis, úlceras, ...). Lo importante para tratar esta patología es disponer de los medios más modernos y eficaces y aplicar el más adecuado a cada caso en concreto, ya que no todas las varices se deben tratar igual.

¿Qué son las varices?

Las varices son venas que han dejado de funcionar adecuadamente, provocan un aumento de la presión tanto dentro como fuera de la vena (hipertensión venosa) que lleva a la dilatación de la misma y provoca los síntomas más habituales, la pesadez, dolor de piernas, cansancio, calambres, picor, piernas inquietas, y en casos avanzados flebitis, hemorragias, lesiones en la piel e incluso úlceras de difícil tratamiento.

Valoración del problema

Ante la presencia de varices es conveniente su estudio por un cirujano vascular con experiencia para llevar a cabo una exploración física y SIEMPRE un ecodoppler color para valorar el estado de la circulación venosa de la pierna tanto del sistema venoso profundo como del superficial para escoger el tratamiento más adecuado (no todas las varices se deben tratar del mismo modo).

Tratamiento

El tratamiento tradicional, la cirugía, supone "arrancar" el tronco venoso afectado junto con las colaterales varicosas de cierto calibre, es un tratamiento agresivo, con un postoperatorio que en el mejor de los casos resulta "doloroso" pero que en ocasiones resulta un verdadero "calvario" con la aparición de hematomas, cicatrices, posibilidad de infección, etc.

Afortunadamente existen tratamientos menos agresivos y más eficaces que lo que hacen es provocar que la vena a tratar se cierre y deje de causar problemas sin necesidad de arrancarla.

La **ESCLEROSIS CON MICROESPUMA** consiste en la inyección mediante la ayuda del ecógrafo de un agente químico en el interior de los segmentos venosos insuficientes para provocar una inflamación que conduce al cierre del eje venoso lesionado y la desaparición de las varices que dependen de él.

Se lleva a cabo de forma ambulatoria, en la consulta, precisando de varias sesiones, no necesita de anestesia y el paciente puede caminar, hacer deporte, trabajar... desde el primer minuto del tratamiento.

Para segmentos venosos más grandes tenemos otra forma de aplicar la microespuma, a través de un catéter **(CATÉTER CLARIVEIN)** que se introduce con un simple pinchazo en el eje venoso lesionado causante de las varices (safena interna o externa).

Si el eje venoso afectado está demasiado dilatado el tratamiento más adecuado es el **LÁSER ENDOVASCULAR**, se trata de un procedimiento ambulatorio por el que se introduce a través de una punción, una fibra LÁSER que desprende calor y provoca que la vena a tratar se cierre, precisa de una anestesia local o sedación y la ventaja es que se solucionan piernas con varices enormes en una sola sesión de forma permanente.

El paciente puede realizar una vida prácticamente normal en un par de días pudiendo olvidarse de su problema y sin necesidad de realizar nuevas sesiones.

DOCTOR
GONZALO VILLA
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR
Nº COLEGIADO: 313106416

EL TRATAMIENTO MAS ADECUADO PARA SU PROBLEMA DE VARICES

LÁSER ENDOVASCULAR. MICROESPUMA. CATÉTER CLARIVEIN

Clínica San Miguel | Beloso Alto, 32 | 31006 Pamplona | 948 296 111 - 644 297 726
doctor@gonzalovilla.es | www.gonzalovilla.es

cardiología

TDN Clínica y Consulta Azcárate sellan una alianza estratégica

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

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

Dr. Azcárate CARDIÓLOGO

Aunar recursos en un plan de acción con el fin de incrementar la ventaja competitiva y, sobre todo, ofrecer el mejor servicio destinado a preservar la salud de los pacientes. Ese el motivo del acuerdo que han rubricado TDN Clínica y la Consulta Azcárate.

TDN es una clínica del ejercicio para la rehabilitación de lesiones musculoesqueléticas que dispone además de especialistas para la prescripción del ejercicio en el ámbito de enfermedades crónicas, tanto cardiacas como metabólicas y hormonales. Cuenta con un equipo de profesionales que abarca desde la rehabilitación, medicina deportiva hasta la nutrición, pasando por la preparación física, podología y osteopatía, con una dilatada experiencia contrastada en el deporte profesional y amateur.
Además, cuenta con el servicio TDN 3.0. Esto significa la traslación de los hallazgos que se publican en el ámbito científico y su aplicación directa en la clínica: investigación, desarrollo y aplicación de la ciencia en la praxis profesional. La peculiaridad de TDN radica en que sus profesionales están situados en el ámbito asistencial y docente, además de desarrollar la cobertura en cuanto a la consultoría en el deporte profesional (fútbol, ciclismo, triatlón,...). TDN tiene como objetivo estratégico la aplicación de la ciencia en la práctica clínica.
La consulta del doctor Azcárate, por otro lado, nació hace más de tres años con la finalidad de tratar de una manera eficiente a todo tipo de pacientes, ya sea con motivo de una enfermedad cardiovascular o como instrumento de prevención de la misma.

Dr. Igor Setuain, fisioterapeuta y responsable de TDN

"*La incorporación del doctor Pedro Azcárate pretende ampliar el abanico de servicios e incorporar el ámbito de la cardiología deportiva, tanto para la prevención de eventos fatales asociados a la práctica deportiva como para la evaluación de pacientes crónicos de otro tipo de afectaciones cardiovasculares que puedan ser rehabilitados a través del ejercicio físico*".

"*La asociación con el doctor Azcárate es un motivo de enorme satisfacción ya que su trayectoria le avala como profesional y su capacidad está más que demostrada, estamos muy ilusionados por esta oportunidad de cara a mejorar nuestros procesos asistenciales en el ámbito del reconocimiento, diagnóstico y tratamiento de afectaciones cardiovasculares vinculadas con la práctica deportiva o del ejercicio físico. Además, su perfil de investigador nos va a permitir plasmar la más actual evidencia científica en nuestros procesos de medicina del deporte y la salud. En definitiva, una incorporación de altísimo nivel para iniciar este 2021*".

Dr. Pedro Azcárate, cardiólogo

"*Llegar a un acuerdo con una clínica de referencia como TDN, que cuenta con unos especialistas excelentes en las facetas de tratamiento y prevención con el deporte como una de sus herramientas principales, supone un orgullo y una satisfacción que son consecuencia del trabajo bien hecho por ambas partes. Como médico especialista en tratar y prevenir enfermedades cardiovasculares en gente que practica deporte, la unión con TDN constituye el complemento perfecto. Voy a trabajar junto a especialistas deportivos que me ayudarán a ofrecer los protocolos de entrenamiento más adecuados según las necesidades de cada paciente*".

Tanto **Igor Setuain** como **Pedro Azcárate** son conscientes de la importancia que tiene el deporte en la salud cardiovascular.
Desde el punto de vista de Setuain, "*la relevancia de la cardiología en el deporte profesional es básica porque la ejecución de un buen screening y un buen cribaje del funcionamiento del corazón puede identificar dolencias que eviten episodios fatales como la muerte súbita, ahí es donde el doctor Azcárate nos va a ayudar a diagnosticar posibles alteraciones funcionales que observamos durante las pruebas de esfuerzo*".
"*La práctica deportiva es, para los enfermos cardiovasculares, un pilar fundamental tanto para la prevención como para el tratamiento en casi todas sus patologías*", según el doctor Azcárate.

La sinergia entre un médico especialista en cardiología deportiva con toda una serie de médicos, fisioterapeutas y nutricionistas que tiene TDN va a permitir trabajar, de una manera multidisciplinar y en equipo, utilizando la última tecnología y un conocimiento orientado al bienestar del paciente.

Planificando la atención al final de la vida

Edurne Bidegain Garbala
Médico del Equipo Hospitalario de Soporte Paliativo del Complejo Hospitalario de Navarra

La planificación anticipada de decisiones es un proceso voluntario de comunicación y deliberación entre una persona capaz y el equipo de profesionales sanitarios implicados en su atención, en el que el paciente decide sobre los cuidados de salud que desea o no recibir cuando, por cualquier circunstancia, no pueda hacerlo en una situación crítica futura (fundamentalmente, en los momentos finales de su vida).

¿Por qué es necesaria realizar una planificación anticipada de las decisiones?

Al igual que vivir, morir forma parte del ciclo de la vida. A pesar de que no es posible conocer cuál va a ser el camino que nos depara la vida y cuándo llegará el final, planificar con antelación los cuidados que queremos recibir puede ayudar a reducir el miedo, la incertidumbre y la indefensión que produce el final de la vida, así como el número de pruebas inútiles y tratamientos no deseados. ¿Cuál es entre las opciones planteadas por el médico la adecuada y más beneficiosa en mis circunstancias? El objetivo es elaborar un plan conjunto para que, en el caso de que la persona pierda su capacidad de decidir, bien de forma temporal o bien permanentemente, puedan tomarse decisiones sanitarias coherentes con sus deseos y valores. Esta herramienta se puede utilizar en la población general sana o con problemas menores de salud; no obstante, el colectivo que más se beneficia son los pacientes crónicos complejos, con enfermedades crónicas avanzadas o con alto riesgo de perder las funciones cognitivas superiores.

La planificación anticipada de decisiones es un instrumento clínico muy positivo desde varios puntos de vista: ayuda al paciente a realizar una reflexión previa sobre el periodo final de su vida y los cuidados que desea recibir, en función de sus preferencias, valores y creencias; ayuda a la familia a disponer de una referencia clara de los deseos del paciente, facilitando la toma de decisiones, y ayuda también al equipo sanitario, porque les brinda una herramienta útil para resolver posibles dilemas en los cuidados a aplicar.

En este proceso, el paciente es el protagonista y el equipo asistencial comparte con él las distintas perspectivas de su situación clínica de cara a tomar decisiones para el futuro (tales como dónde le gustaría ser atendido al final de la vida, a qué da valor, qué significado tiene calidad de vida, qué tratamientos desea recibir y/o rechazar, si en el caso de presentar síntomas refractarios y/o situación irreversible que no responde a los tratamientos administrados y no se puede controlar, acepta disminuir el nivel de conciencia...). Siempre que la persona interesada lo permita, deberían participar también sus familiares, personas de confianza y especialmente aquella persona designada como su representante.

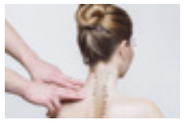
Uno de los componentes más importantes por parte del profesional es mantener una actitud proactiva, introducir conversaciones y buscar el tiempo y espacio adecuado para poder llevar a cabo este proceso reflexivo. Es necesario realizar una escucha activa, mostrar empatía y disponibilidad. La comunicación debe ser honesta y adecuada respetando los tiempos del paciente y familia para procesar los mensajes y dar respuesta. Se considera una buena praxis, contribuye a cumplir los fines de la profesión sanitaria realizando un abordaje integral de la persona.

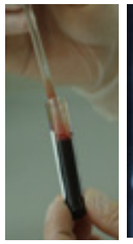
El proceso de la planificación de las decisiones anticipada es continuo en el tiempo y evoluciona con la persona, es decir, es dinámico y susceptible de ser modificado. El lugar principal de registro es en la Historia Clínica del paciente, independientemente de que desemboque o no en la cumplimentación de un Documento de Voluntades Anticipadas. Se debe hacer hincapié en que decida lo que decida el paciente, siempre tendrá el apoyo del personal sanitario y se le proporcionarán los cuidados y el confort adecuados.

La Planificación Anticipada es un proceso de acompañamiento, y acompañar es ayudar a las personas a tomar decisiones en un contexto clínico respetando su autonomía.

Artrosis, buscando el alivio del dolor.

Tratamientos con radiofrecuencia, ácido hialurónico y plasma





Dr. Juan A. Martínez Molina
Especialista en Anestesiologia y Tratamiento del Dolor
Nº Colegiado: 3108040
Clínica San Fermín | Avda. Galicia, 2 | 31003 Pamplona | Cita previa 948 23 58 50 - 623189010
jamtnezmolina@gmail.com | www.drmartinezmolina.com

La artrosis es una enfermedad degenerativa, que destruye poco a poco el cartílago que recubre los huesos. Puede afectar a muchas articulaciones siendo mas frecuente en columna, rodilla, cadera y mano.

¿Cuáles son los síntomas de la artrosis?

El principal síntoma de esta enfermedad es el dolor, generalmente intenso, profundo y mal definido. Suele empeorar a medida que se realizan esfuerzos, siendo más molesto al final del día. A medida que avanza la enfermedad se pueden objetivar deformidades osteomusculares.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la enfermedad?

No hay una prueba diagnóstica concreta que nos permita hacer un diagnóstico certero. La historia clínica, la exploración física adecuada y las pruebas de imagen como la radiografía y la resonancia magnética son los pilares fundamentales para el diagnóstico.

En la exploración solemos objetivar deformidades, limitación de los movimientos con la presencia de sonidos de roce o chasquidos articulares. En las radiografías y / o resonancia magnética se pueden observar alteraciones del espacio articular con presencia de osteofitos en los extremos de la articulación pudiendo llegar en fases avanzadas de la enfermedad a deformar las estructuras osteocartilaginosas sin poder apreciarse correctamente los contornos óseos.

¿Tiene tratamiento?

Se trata de una enfermedad degenerativa para la que no disponemos de un tratamiento eficaz capaz de "curarla". Los tratamientos existentes van encaminados a enlentecer el progreso de la enfermedad y a aliviar el dolor. La fisioterapia y la rehabilitación son de ayuda así como el tratamiento farmacológico con paracetamol y antiinflamatorios.

A nivel local, en las articulaciones afectas se pueden realizar infiltraciones que pueden mejorar mucho la sintomatología y el dolor. El **ácido hialurónico y la terapia con plasma rico en plaquetas intraarticular** son dos terapias que permiten mejorar la clínica del paciente.

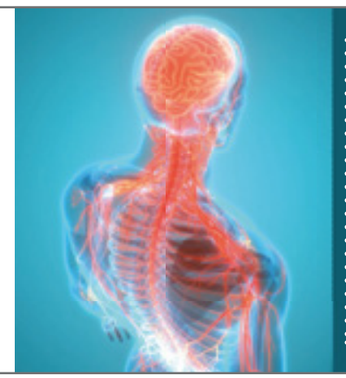
¿Qué puedo hacer para obtener un alivio del dolor? La radiofrecuencia

Ademas de los tratamientos farmacológicos y las infiltraciones con ácido hialurónico o plasma rico en plaquetas, existe una técnica que es capaz de aliviar el dolor en pacientes que no han tenido una adecuada respuesta a los tratamientos anteriores. Se trata de la **radiofrecuencia**, una técnica mínimamente invasiva que consiste en aplicar una corriente de alta frecuencia a través de una cánula (aguja) que se coloca en el lugar responsable del dolor, generalmente bajo visión directa con radiografía o ecografía. Esto, permite generar calor y aumentar la temperatura en la zona, consiguiendo aliviar el dolor mediante la interrupción / modulación en la transmisión del estímulo doloroso.

DISPONEMOS DE TODAS LAS MEDIDAS ANTI-COVID NECESARIAS PARA QUE SE SIENTA SEGURO EN TODO MOMENTO

Dr. Martínez Molina
TRATAMIENTO INTEGRAL DEL DOLOR

Clínica San Fermín
Avda. Galicia, 2. Pamplona
Cita Previa: 948 235 850 | 623 189 010
www.drmartinezmolina.com



- Lumbalgia. Hernia discal. Radiculopatía
- Artrosis. Enfermedades degenerativas
- Dolor cervical
- Cefaleas crónicas. Migrañas
- Hombro doloroso
- Lesiones deportivas musculotendinosas
- Patología del suelo pélvico
- Dolor articular
- Dolor sacroilíaco
- Fibromialgia. Síndrome de fatiga crónica
- Infiltraciones
- Bloqueos epidurales
- Radiofrecuencia
- Iontoforesis
- Perfusión intravenosa de fármacos

Confinamiento domiciliario por COViD-19 y obesidad infanto-juvenil

Teodoro Durá Travé. *Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario de Navarra*

La obesidad es un trastorno multifactorial en cuya etiopatogenia están implicados factores genéticos, metabólicos, psicosociales y ambientales; sin embargo, la rapidez con que se está produciendo el incremento de su prevalencia parece estar más bien en relación con factores ambientales: hábitos alimentarios poco saludables junto a una disminución de la actividad física condicionada, en gran medida, por las nuevas tecnologías de la información y comunicación. Su tratamiento es complejo y con resultados poco alentadores; pero, si se aplican estrategias combinadas (educación nutricional, modificaciones dietéticas, mayor actividad física y cambios en estilos de vida) acaba resultando efectivo.

El exceso de peso corporal comienza en edades muy tempranas de la vida en las que la dieta del niño depende -casi exclusivamente- de los hábitos y preferencias alimentarias del entorno familiar, que luego se agrava coincidiendo con la escolarización y/o adolescencia probablemente relacionado con la adquisición de unos hábitos alimentarios y estilos de vida poco saludables. Por otra parte, las nuevas tecnologías (videojuegos, Internet, redes sociales, etc.) forman parte de todos los hogares y su consumo está considerado como una actividad rutinaria a la que los jóvenes dedican gran parte de su tiempo de ocio; y que, obviamente, su uso indiscriminado fomenta el sedentarismo.

Estado de alarma por COVID-19

El 11 de marzo de 2020, la OMS decretaba el estado de pandemia por COVID-19, y alertaba a todos los países sobre la necesidad de activar mecanismos de respuesta de emergencia para frenar la pandemia.

El Gobierno aprobó el 14 de marzo de 2020 declarar el Estado de Alarma (Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo. BOE núm. 67) en todo el territorio español para afrontar la situación de emergencia sanitaria provocada por la COVID-19, y se prorrogó hasta el día 21 de junio de 2020, con el objetivo de contener la progresión de la enfermedad y preservar la capacidad del sistema sanitario. Durante el periodo establecido se decretó la restricción de la libre movilidad de los ciudadanos, la garantía en el suministro de alimentos y productos necesarios para la salud pública, la regulación de la apertura de la hostelería, la restauración y las actividades culturales, artísticas y deportivas, así como la prioridad del teletrabajo y la suspensión de la actividad escolar presencial.

Incremento del peso corporal

Este régimen excepcional supuso inicialmente un estricto confinamiento domiciliario que implicaba, por una parte, la supresión de la práctica sistemática de actividades deportivas o ejercicio físico y, por otra, estimulaba la utilización masiva de las nuevas tecnologías (correo electrónico, internet, reuniones virtuales, etc.). Esta singular situación -aunque de manera indirecta- apremiaba el sedentarismo, a la vez que garantizaba la accesibilidad al consumo de alimentos; es decir, propiciaba -como efecto colateral- las condiciones ambientales relacionadas con el incremento de la prevalencia de la obesidad.

En un grupo de escolares y adolescentes con obesidad, incluidos en un programa combinado (educación nutricional, modificaciones dietéticas, mayor actividad física y cambios en estilos de vida) cuyo control sistemático tuvo que interrumpirse como consecuencia del estado de alarma, se ha constatado un incremento significativo del peso corporal entre los meses anteriores (enero, febrero y marzo) y posteriores (julio, agosto y septiembre) al periodo de confinamiento. De hecho, la ganancia ponderal media en los escolares y adolescentes durante este periodo fue de 7,5 y 8,4 kg, respectivamente.

De estos hechos cabría concluir que si nos interesase invertir la tendencia a la ganancia ponderal durante los periodos de confinamiento domiciliario parcial o total que pudieran imponerse en relación con la pandemia por COVID-19, sería conveniente diseñar estrategias específicas para estos pacientes -que incluso podrían contemplar iniciativas de atención domiciliaria- con el propósito de mantener de forma continuada el control sobre las modificaciones dietéticas pertinentes junto a la promoción de actividad física diaria y estilos de vida saludables

¿Cuál es el tratamiento más efectivo para mis varices?

ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

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

Las varices son una patología muy frecuente, que consiste en una dilatación permanente de las venas de las piernas. Esto se traduce en un problema circulatorio real, por no hablar del efecto estético que suponen.

En la actualidad existen muchos métodos para eliminarlas. Todos son altamente efectivos, pero cada uno de ellos tiene particularidades que lo hacen más indicado en un caso que en otro. Sólo un especialista en Angiología y Cirugía Vascular puede aconsejarle el mejor tratamiento para su problema concreto. Una mala indicación resulta en un tratamiento menos eficaz, o puede conllevar la aparición de una complicación no deseada.

Esclerosis con microespuma

La **esclerosis con microespuma** destaca por su mínima agresividad. Es el método menos invasivo para eliminar las varices. Consiste en la inyección de un agente esclerosante en el interior de los segmentos venosos insuficientes, lo cual induce a su fibrosis y paulatina desaparición. Permite tratar todo tipo de varices, y no precisa anestesia de ningún tipo. Es un tratamiento ambulatorio.

Técnicas MOCA

Cuando hay afectación de algún eje safeno, la microespuma es más efectiva si se introduce mediante un catéter. En ello consisten las **técnicas MOCA** (mecánico/químicas). Se basan en el uso de un catéter que gira dentro de la vena para lesionar su capa íntima a la vez que se introduce microespuma. La combinación del efecto químico y mecánico permite eliminar un eje safeno en una sola sesión. Se lleva a cabo con anestesia local, y, como la esclerosis con microespuma, es un tratamiento ambulatorio que permite reanudar las actividades habituales de la vida diaria inmediatamente.

Láser endovenoso

Por último, cuando las varices dependen de la safena interna o externa, y éstas son de gran calibre, el mejor método de tratamiento es el **láser endovenoso**, que es un procedimiento de termoablación. Consiste en la introducción de una fina fibra láser en el interior del segmento venoso para disparar pequeños pulsos de luz láser e ir fibrosando la vena con el calor que se genera. Es un método ambulatorio que se lleva a cabo con anestesia local y una ligera sedación. También permite reanudar las actividades de la vida diaria muy precozmente. Su uso está limitado en safenas muy superficiales o suprafasciales.

Si necesita una valoración de sus varices, el **doctor Jiménez Arribas** posee más de 20 años de experiencia en el tratamiento de las mismas, con miles de casos tratados. Le ofrecemos profesionalidad: una valoración honesta de su problema, la indicación del mejor tratamiento disponible en su caso y un seguimiento inmediato y cercano a lo largo de todo el procedimiento.

TRATAMIENTO NO INVASIVO DE VARICES
CLARIVEIN® -MICROESPUMA-LÁSER ENDOVENOSO
VSC Varices Sin Cirugía
drjimenezarribas@gmail.com
http://varicessincirugia.org
TRATAMIENTOS PERSONALIZADOS
SIN INGRESO
SIN BAJA LABORAL
Dr. José Manuel Jiménez Arribas:
PAMPLONA. Clínica San Fermín. Avda. Galicia, 2
TUDELA. Policlínica Navarra. C/Juan Antonio Fernández, 3
CONSULTA MÉDICA
948 235 850
644 722 549

Quiero editar un libro

Satur Napal Lecumberri. *Escritor*

¿Qué debo hacer? ¿Acabas de terminar tu libro o tienes pensado escribir uno? ¿Quiéres editar tu tesis doctoral, contar tu vida profesional o difundir tu labor investigadora?

Has oído hablar de la autoedición, de las editoriales, de la distribución. Pero no tienes mucha información al respecto.

Editoriales y editores

Lo más seguro para que tu proyecto llegue a buen fin, es ponerte en contacto con un editor que te aconseje y oriente en todo el proceso.

La misión del editor es convertir el manuscrito inicial en un libro listo para su difusión, poniéndolo en circulación en papel / e-book. Los pasos a seguir son: valoración de la calidad literaria o científica y viabilidad económica de la obra; corrección ortográfica y de estilo; maquetación del interior y de la cubierta; ISBN, depósito legal, código de barras, distribución del libro y difusión y marketing editorial.

El ISBN (International Standard Book Number) es un número de 13 dígitos que identifica de una manera única a cada libro o producto editorial. El ISBN es el DNI de cada libro. Esa personalización para cada libro permite una búsqueda más eficiente en librerías, bibliotecas, universidades y distribuidores.

La distribución del libro es, hoy en día, una tarea compleja, ya que las distribuidoras no suelen aceptar libros de particulares y solo aceptan los de las editoriales.

Editorial Evidencia Médica

Hace ya muchos años que se creó esta editorial navarra. Desde entonces ha editado 25 libros de temática médica y 60 sobre viajes, literatura, ensayo y etnografía.

¿Qué está cambiado en el mundo de la edición?

La aparición de la impresión digital para el formato libro papel ha abaratado los costes respecto a la antigua impresión offset, sobre todo en tiradas cortas.

¿Qué valor tiene editar para la carrera profesional de médicos y otras disciplinas sanitarias y científicas?

Médicos/as y enfermeras/os así como otras disciplinas científicas, en especial los jóvenes, no son conscientes de la importancia que posee para su curriculum vitae y su valoración en oposiciones y otros procesos de selección el tener libros editados con ISBN y Depósito Legal. Desconocen lo sencillo que es pasar a formato libro sus tesis doctorales, trabajos de investigación, de revisión o de cualquier otra materia.

Muchos profesionales tienen cosas interesantes que contar pero no saben cómo hacerlo

La mayoría de los proyectos editoriales pueden salir adelante. Lo importante es, como ya hemos comentado, ponerse en contacto con un editor que les aconseje y oriente en todo el proceso.

www.evidenciamedica.com / Tfno. 629687577
editorial@evidenciamedica.com

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA
Servicio Religioso

Y la salud también Viaja
Servicio Religioso CHN / Colegio de Médicos

www. peregrinacionesnavarra.es

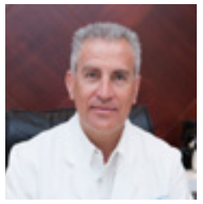
TURISMO RELIGIOSO CULTURAL

Desde el Servicio Religioso del Complejo Hospitalario os informamos que seguiremos haciendo nuestros pequeños viajes y peregrinaciones siempre que la situación de la pandemia nos lo permita. Iremos poco a poco. El año 2020, a pesar de todo, se han hecho pequeñas salidas, un viaje a la Ribera Sacra con Portugal y Crucero por el Duero, una escapada a Gredos que resultó maravillosa.
Nuestras ilusiones para 2021 son grandes. Si el 2020 hemos sido los únicos en Navarra en hacer viajes, nuestras intenciones por supuesto son similares. Tenemos el Año Jubilar en Santiago de Compostela, las Edades del Hombre que este año visita tres puntos y es un viaje estupendo, si las cosas van bien queremos ir a Tierra Santa peregrinación que el año pasado hubo que suspender por cierre de fronteras. Nuestra clásica Peregrinacion a Fátima y por supuesto a Lourdes.

Estareis informados debidamente. Teléfono a vuestra disposicion 647 679 821

SERVICIO ABIERTO A TODO INTERESADO EN PARTICIPAR

La calidad en los tratamientos de implantes dentales



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

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

Los tratamientos de restauración de dientes perdidos a través de implantes se han popularizado enormemente. A menudo, son uno de los principales reclamos publicitarios de las clínicas dentales y, de hecho, el número de implantes colocados ha crecido de forma exponencial en países como España.

Sin embargo, como en todo aquello que adquiere gran relevancia, existe el riesgo de que se trivialice lo que en realidad es una intervención quirúrgica compleja que requiere de especialización para asegurar su éxito en el largo plazo. Por ello, conviene evitar que el foco de este tipo de tratamiento se centre en cuestiones como el precio o la moda del momento, y hacer que se preste importancia a sus aspectos esenciales.

El primer aspecto tiene que ver con la idoneidad de los implantes. La implantología dental entra en escena cuando otros tratamientos de reconstrucción sobre dientes naturales ya no son viables y han desaparecido las piezas dentales, bien porque el paciente las ha perdido o porque ha sido necesaria su extracción. En estas circunstancias, frente a la alternativa de las prótesis removibles –que en el largo plazo generan problemas mecánicos y de tolerancia, y pueden contribuir al envejecimiento prematuro por el deterioro de la estructura ósea del rostro–, las soluciones protésicas sobre implantes, sea la sustitución de un solo diente, varias piezas o la dentadura completa, presentan indudables ventajas: recuperación plena de la funcionalidad, mantenimiento de la masa ósea y un resultado estético mucho más satisfactorio.

Para que esto se cumpla, las actuaciones con implantes deben realizarse con los criterios de calidad más exigentes. Se aspira que su duración sea para toda la vida, y que el paciente no experimente episodios de fracaso que obligue a nuevos retratamientos.

Formación, experiencia y competencia

Dicha calidad depende en parte de los materiales que se utilicen. Merced a los avances técnicos y científicos, los cirujanos disponemos de una amplia gama de implantes en cuanto a tamaños, materiales o grosores, con sus correspondientes certificaciones, aptos para las distintas técnicas quirúrgicas.

Igualmente, se ha mejorado en el desarrollo de otros componentes, como el material de regeneración ósea y los elementos protésicos, en los que destaca el papel de la ingeniería digital para asegurar que el resultado final del implante se integra a la perfección en el paciente.

De lo que se trata en este apartado, como hacemos en Clínica Bustillo, es de elegir componentes de calidad contrastada y de rodearse de técnicos protésicos que están a la altura de las exigencias de la implantología dental.

No obstante, con ser importante, no solo hay que enfatizar la calidad de los materiales. La formación, experiencia y competencia resulta fundamental. En nuestro caso, los más de veinte años de trayectoria en este campo dentro de la especialidad de cirugía oral y maxilofacial, y los miles de implantes colocados, con tasas de éxito superiores al 95%, pensamos que ayuda a marcar la diferencia a la hora de realizar tratamientos seguros, predecibles y duraderos.

La capacitación debe ser un activo de peso a la hora de elegir a un profesional, ya que se ha incrementado el número y la complejidad de las distintas técnicas de inserción de implantes.

Dentro de la necesaria competencia, hemos de resaltar la función de la tecnología digital. La utilización de recursos avanzados como el escáner TCHC, el escáner intraoral, el software de diagnóstico y planificación o los dispositivos de cirugía guiada contribuyen a determinar con exactitud el tipo de tratamiento y los componentes que precisa. Asimismo, ayudan a que la intervención sea lo menos invasiva posible y se reduzcan las consecuencias del post-operatorio y el número de visitas.

De hecho, cada vez es mayor el número de casos en los que se procede a tratamientos de implantes de carga inmediata, con los que el paciente recibe el implante y la corona o la prótesis en una sola sesión.

Por último, en Clínica Bustillo creemos que calidad va unida a responsabilidad. El profesional tiene que comprometerse con la durabilidad del tratamiento y resolver, en su caso, las posibles incidencias. Para ello, debe quedar constancia completa del tipo de operación, los materiales utilizados y los protocolos de mantenimiento. En este punto, se trata de una responsabilidad compartida con el paciente, quien tiene que velar también por la conservación de la salud bucodental y seguir las pautas de cuidado e higiene prescritas.

Diez buenas noticias sobre el coronavirus (un año después)

Ignacio López-Goñi. Catedrático de Microbiología. Universidad de Navarra

Hace un año escribí un artículo titulado del mismo modo Diez buenas noticias sobre el coronavirus. El objetivo era mostrar que la ciencia, el conocimiento y la cooperación son fundamentales para luchar contra la pandemia. No sabemos qué ocurrirá en los próximos meses y las nuevas variantes genéticas son motivo de incertidumbre, pero un año después el mensaje es el mismo: los avances de la ciencia nos animan a ser optimistas y a ver "la botella medio llena".

1. Hay más artículos sobre SARS-CoV-2 y COVID-19 que sobre malaria

Hace un año nos asombrábamos que en poco más de un mes desde que se notificaron los primeros casos ya había más de 164 artículos científicos en PubMed sobre el nuevo virus y la enfermedad. Ahora esa cifra se ha multiplicado por más de 600, superando los 100.000 artículos, más que los que aparecen bajo el epígrafe de "malaria", por ejemplo. Existen registrados más de 4.800 estudios en curso sobre tratamientos y vacunas. Sabemos más de SARS-CoV-2 y COVID-19 que de otras enfermedades que llevamos lustros estudiando.

2. Más de 200 nuevas vacunas

Hace un año se destacaba que había ocho nuevos proyectos sobre vacunas contra el coronavirus SARSCoV-2. Según el portal bioRENDER son más 195 candidatos, al menos 71 ya en ensayos clínicos, empleando todo tipo de tecnologías: virus vivos atenuados, virus inactivados, subunidades de proteínas, vectores virales recombinantes, partículas similares a virus (VLP), DNA, RNAm, etc. Jamás se había invertido tanto dinero y había habido tanta colaboración para el desarrollo de vacunas entre entidades públicas, privadas, centros de investigación, universidades, farmacéuticas, empresas, ONGs. Algunos proyectos se han abandonado (como la propuesta del Imperial College London/Morningside Ventures basada en RNA auto-replicante, las de Merck/ Themis Bioscience/Institut Pasteur y Merck/ IAVI basadas vectores virales recombinantes, o la de la universidad australiana de Queensland que combinaba proteínas con adyuvantes), pero otras ya están autorizadas por la OMS: Pfizer/BioNTech y Moderna con tecnología RNAm, AstraZeneca/Oxford y Sputnik V con tecnología de adenovirus recombinantes y la china Sinopharma, con coronavirus inactivos. Al menos otras 20 vacunas están ya en ensayos clínicos de fase III y en los próximas semanas/meses podrán ser aprobadas, si los resultados son satisfactorios.

3. Las vacunas de RNAm son muy seguras

Uno de los posibles efectos graves de las vacunas es la anafilaxis, una reacción alérgica que pueda llegar a ser mortal y que ocurre normalmente al poco tiempo de administrar la vacuna. Se han analizado datos del primer mes de vacunación en EE.UU., donde se han administrado más de 17,5 millones de dosis (exactamente 9.943.247 de la vacuna de Pfizer/BioNTech y 7.581.429 de la de Moderna). El Sistema para Reportar Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS, por sus siglas en inglés) ha registrado solo 66 casos de anafilaxia (47 con la vacuna de Pfizer/BioNTech y 19 con la de Moderna). Esto supone menos de 4 casos por millón de dosis o el 0,0003% de todas las dosis analizadas. Veintiuno (el 32%) de esos 66 casos había tenido casos previos de anafilaxia por otros motivos. No se ha detectado ningún fallecimiento. Si se compara con el número de casos de COVID-19, las secuelas que deja la enfermedad y el número de fallecimientos, el beneficio que suponen las vacunas supera enormemente los posibles efectos adversos, y permite afirmar que, de momento, las vacunas de RNAm son muy seguras.

4. Las vacunas son efectivas

Israel es el país que mayor población tiene ya vacunada. A principio de febrero, más de 3,67 millones de israelíes había recibido la primera dosis de la vacuna de RNAm de Pfizer/BioNTech, desde que comenzó la campaña en Diciembre. Esto representaba cerca del 40% de la población del país. Más del 28% había recibido además la segunda dosis. Entre los mayores de 60, más del 80% había sido vacunados. Los datos preliminares muestran que la vacunación está siendo efectiva. El número de infecciones está disminuyendo de forma significativa, especialmente entre las personas mayores de 60. En este grupo de edad, ha habido un 56% menos de infecciones y un 42% menos de hospitalizaciones y un 35% menos de fallecimientos por COVID-19 después de la segunda dosis. Los resultados con las dos dosis son excelentes: de los 523.000 israelíes vacunados con dos dosis solo hay 544 casos de COVID-19, tan solo 4 casos de COVID-19 grave y cero fallecimientos. Estos datos confirman los obtenidos en los ensayos clínicos previos.

Pero no hay que irse hasta Israel, en Asturias el pasado día 15 de febrero se había sobrepasado la cifra de 2.000 personas fallecidas por COVID-19 desde el inicio de la pandemia. Entre ellas, había una gran proporción de personas con domicilio en residencias de mayores, donde el impacto ha sido muy considerable. Sin embargo, en estos momentos la situación comienza a estar relativamente controlada gracias a los esfuerzos vacunales dirigidos específicamente a las personas residentes y trabajadores que los atienden. El efecto de la vacuna queda de manifiesto al comparar la mortalidad entre personas mayores con domicilio en residencias (casi todas vacunadas) en las que desciende bruscamente y el número de fallecidos en personas con domicilio fuera de ellas (no vacunadas) entre las que aumenta considerablemente.

Y no solo eso, se acaban publicar los resultados de un estudio preliminar en Inglaterra en el que demuestran que la vacuna de RNAm de Pfizer/BioNTech es efectiva para prevenir la infección en adultos sintomáticos y asintomáticos, incluso contra la variante "británica" B1.1.7.

5. La confianza en las vacunas aumenta

Después de más de 160 millones de dosis de vacunas frente a la COVID-19 administradas, la confianza de la población en las vacunas va en aumento. por ejemplo, se ha realizado una encuesta a 13.500 personas de quince países de Europa, Asia y Australia entre noviembre del 2020 y enero de 2021. En el mes de noviembre, antes de que los países comenzaran a aprobar las vacunas, solo cerca del 40% de los encuestados se pondrían la vacuna contra la COVID-19 y más del 50% estaban preocupados por los posibles efectos secundarios. Para el mes de enero, más de la mitad se pondrían la vacuna y el número de personas preocupadas por los efectos secundarios había disminuido ligeramente.

Reino Unido fue el país en el que más gente se manifestó dispuesta a vacunarse (hasta un 78% de los encuestados) y en España la proporción de gente dispuesta a vacunarse pasó de un 28% en noviembre a un 52% a mediados de enero.

6. La respuesta inmune frente al virus dura al menos ocho meses

Los test serológicos que miden anticuerpos frente al SARS-CoV-2 no refleja todo el potencial, la duración y la memoria de la respuesta inmune frente al virus. Conocer cuánto dura la respuesta inmune frente al virus es fundamental para determinar la protección frente a las reinfecciones, la gravedad de la enfermedad y la eficacia vacunal. Se ha comprobado que, aunque hay cierta heterogeneidad en la respuesta según cada individuo, en la mayoría de las personas en las que se ha analizado mantienen una robusta respuesta inmnune humoral (anticuerpos) y celular (linfocitos T), de hasta 6-8 meses después de la infección, independientemente de que sean leves o graves.

7. Nuevos tratamientos frente a los casos más graves

Ya sabemos que la COVID-19 es mucho más que una neumonía. Se conoce mucha más de la enfermedad y, aunque no dispongamos de momento, de un antiviral específico que inhiba el virus, hay combinaciones de tratamientos que mejoran mucho el pronóstico y reducen la mortalidad de los casos más graves: antivirales, antiinflamatorios, anticoagulantes, corticoides, inhibidores de la tormenta de citoquinas, anticuerpos monoclonales, ...

Existen más de 400 ensayos clínicos en curso en los que se están probando distintos tratamientos y combinaciones. Por ejemplo, según el ensayo clínico internacional Recovery, la combinación de tocilizumab (un anticuerpo monoclonal dirigido contra el receptor de la interleukina-6, aprobado para el tratamiento de la artritis reumatoide) y la dexametasona (un potente glucocorticoide sintético que actúa como antiinflamatorio e inmunosupresor), puede reducir a casi la mitad las muertes en los pacientes más graves con COVID-19.

Por otra parte, el tratamiento preventivo con anticoagulantes en pacientes con COVID-19 hospitalizados, se asocia con un 30% menos de mortalidad a 30 días, y sin efectos adversos de sangrado.

8. No hay gripe

Existía una seria preocupación sobre cómo se iba a comportar el solapamiento de SARS-CoV-2 con otros patógenos respiratorios frecuentes en los meses de invierno. No se podía descartar una situación de "tormenta perfecta" en la que coincidieran SARS-CoV-2 con otros virus, como el de la gripe o el respiratorio sincitial, que causan bronquiolitis y neumonías y son responsables de frecuentes hospitalizaciones y muertes en determinados sectores de la población más vulnerable. Se había sugerido que el riesgo de muerte en personas infectadas por gripe y SARS-CoV-2 de forma simultánea era superior que en aquellas que solo estaban infectadas por el coronavirus, especialmente en mayores de 70 años. La coincidencia de varios virus respiratorios con el SARS-CoV-2 podría haber causado una auténtica carnicería en las personas mayores.

La buena noticia es que esta temporada la gripe y otros virus respiratorios han desaparecido, tanto en los meses de junio-agosto en el hemisferio sur como ahora en el hemisferio norte. No podemos descartar que esto pueda suponer quizá un problema el año que viene (las temporadas en las que la gripe causa mayor mortalidad suelen estar precedidas de temporadas más benignas), pero este año ha supuesto un verdadero alivio a los sistemas sanitarios.

Varias son las causas que pueden explicar este declive de la gripe. Primero conviene recordar que el SARS-CoV-2 y el virus de la gripe son virus muy diferentes.

Es muy probable que el menor periodo de incubación de la gripe, la existencia de inmunidad previa, la intensa campaña de vacunación de este año, las medidas de confinamiento, disminución de viajes, uso de mascarilla, higiene, distanciamiento social, etc. hayan tenido un mayor efecto en disminuir la transmisión de este virus. Por el contrario, en la transmisión del coronavirus además influyen mucho más el efecto de los aerosoles, el papel de los superpropagadores y los asintomáticos.

9. Podemos seguir la evolución del virus a tiempo real

El efecto que puedan tener las nuevas variantes genéticas del SARS-CoV-2 en la vacunación y en el transcurso de la pandemia es una incertidumbre. Debido a que los cambios genéticos pueden tener un potencial efecto en cómo se comporte el virus, su análisis y seguimiento es fundamental. La buena noticia es que hoy tenemos la capacidad de seguir la evolución a tiempo real del virus y la aparición de nuevas variantes genéticas. Hay ya más de 260.000 secuencias del genoma de SARS-CoV-2 disponibles en las bases de datos. Esas secuencias provienen de otros tantos aislamientos obtenidos de muestras humanas desde febrero del año pasado hasta el momento actual. Aunque los cambios de nucleótidos son la primera fuente de variación genética del SARS-CoV-2, también se han detectado inserciones, deleciones e incluso recombinaciones.

Todo esto permite hacer filogenias (relaciones de "parentesco" entre las variantes virales) que pueden emplearse para hacer estimaciones temporales (cuándo surgen nuevas variantes), caracterizar cómo se extiende geográficamente el virus, reconstruir la dinámica epidemiológica dentro de una región y analizar cómo se adaptan a lo largo del tiempo. El análisis de las secuencias del SARS-CoV-2 no tiene precedentes, en la base de datos GISAID (Global Initiative on Sharing Avian Influenza Data) son más de 580.000 datos de secuencias compartidas. Es la primera vez que se está siguiente a tiempo real la evolución de un virus pandémico.

10. La pandemia a nivel mundial decrece

No sabemos cómo se desarrollará la pandemia en los próximos meses. Dada la intensidad que ha tenido hasta ahora es probable que haya nuevas olas, pero quizá de menor intensidad. No sabemos cómo será una posible cuarta ola, ni el efecto que puedan tener las nuevas variantes genéticas que van apareciendo, pero la buena noticia es que a nivel global la pandemia en este momento decrece.

Quizá sea un combinación de varios factores: el virus se comporta de forma estacional, la población va adquiriendo cierta inmunidad de grupo por infección natural o por las vacunas, quizá el virus en ese proceso natural de variación y mutación va derivando a formas menos virulentas y se va adatando a su nuevo huésped. No lo sabemos a ciencia cierta, pero de momento sigue habiendo motivo para la esperanza.

[Para ver los enlaces e imágenes de este artículo: https://zonahospitalaria.com/diez-buenas-noticias-sobre-el-coronavirus-un-ano-despues/]

psiquiatría

Malestar emocional y enfermedad mental: la diferencia está en la función adaptativa

Dr. Ignacio Mata Pastor. Psiquiatra. Director General de Fundación Argibide

En mi opinión, las emociones, las ideas y las percepciones son aspectos inherentes a la condición humana. ¿Deberíamos considerar la tristeza, la ansiedad, la iniciativa, la obsesividad, los olvidos, o la suspicacia como elementos patológicos de la mente? La respuesta es clara: "NO". ¿No debemos entristecernos ante una mala noticia? ¿No es útil sentir cierta ansiedad antes de un examen? ¿No es imprescindible contar con un determinado nivel de iniciativa? ¿Acaso no es necesario seguir una serie de normas y rituales para llevar una vida ordenada? ¿Qué sucedería si nunca olvidáramos nada de lo que nos sucede en el día a día? ¿Y cómo sobreviviríamos sin desconfiar de personas que puedan suponer un riesgo para nuestra seguridad?

Todos hemos sentido malestar emocional a lo largo de nuestras vidas. ¿Quién puede decir que no ha experimentado tristeza y ansiedad? ¿Quién no se ha sorprendido a sí mismo por tener excesivos planes? ¿Quién no se ha sentido mal por no ser capaz de prever el futuro en momentos de incertidumbre? ¿Quién no siente desazón por no recordar datos que años atrás recordaba sin problema? ¿Quién no se ha sentido mal por desconfiar de personas más o menos cercanas? Sin embargo, no diríamos que estamos sufriendo una enfermedad mental cada vez que nos sentimos así. Solo se trata de malestar emocional que, en la mayoría de las ocasiones, nos ayuda a adaptarnos a nuestro entorno.

El problema llega cuando estos fenómenos mentales adquieren una dimensión claramente desproporcionada, casi siempre por exceso, y afectan nuestro bienestar o el de las personas que nos rodean, o repercuten negativamente en nuestro funcionamiento personal, familiar, social o educativo-laboral. Es decir, cuando **dejan de tener una función adaptativa.**

Sentirnos tristes por haber sufrido una pérdida nos ayuda a elaborar mentalmente lo sucedido, pero cuando esta tristeza sobrepasa los límites razonables, podemos estar ante una depresión. Sentir cierta ansiedad los días previos a un examen incrementa nuestro rendimiento, pero sentirnos ansiosos sin motivo o en exceso puede ser un signo de un trastorno de angustia. Tener planes de futuro y alegrarnos pensando en ellos nos sirve de motivación para avanzar en nuestras vidas, pero cuando nos aferramos a planes inalcanzables o irracionales o sentimos una alegría excesiva podemos estar a las puertas de un episodio maniaco. Comprobar que hemos activado el despertador es útil para nuestra seguridad, pero realizar estas comprobaciones de una forma repetitiva deja de ser útil y puede ser un síntoma de un trastorno obsesivo. Olvidar datos irrelevantes es útil para disponer de capacidad para fijar nuevos materiales en nuestra memoria, pero los olvidos excesivos pueden indicar una demencia. Ser precavidos nos protege de los peligros, pero la desconfianza excesiva puede derivar en paranoidismo.

En definitiva, como dijo Aristóteles en el siglo IV a.C, **la virtud está en el término medio.** Y como postuló Darwin en el siglo XIX, **los miembros de una especie con características más adaptadas sobreviven más fácilmente**.

Más de 40 años apostando por la Salud Mental

Infancia-Adolescentes-Adultos-Mayores

Psicología-Psiquiatría-Psicogeriatría-Peritajes

FUNDACIÓN ARGIBIDE

C/ Iturrama, 7 Entreplanta
Tfno.: 948 266 511
Fax: 948 266 650
info@fundacionargibide.org
www.fundacionargibide.org

cirugíavascular

"Todos los pacientes con varices se pueden tratar sin pasar por el quirófano"

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 y una buena parte podría necesitar tratamiento quirúrgico (Safenectomía). Aunque se trata de una cirugía relativamente sencilla y con pocos riesgos requiere pasar por un quirófano, anestesia general o raquídea y varias semanas de baja laboral.

En la últimos años han ido apareciendo otras técnicas (Láser, Radiofrecuencia, Clarivein, etc). Sin embargo, de todas ellas, la **'ESCLEROSIS ECOGUIADA CON MICROESPUMA' es, hasta la fecha, la única que se realiza sin ningún tipo de anestesia y permite a los pacientes una incorporación inmediata a la vida normal. El tratamiento mediante sellado ecoguiado con cianocrilato (VENASEAL) es quizá una de las más eficaces técnicas introducidas en los últimos años.**

Desde hace más de 16 años nuestro equipo ha tratado más de 3.700 pacientes con varices utilizando estas técnicas, de forma aislada o combinadas, para tratar TODAS LAS VARICES EN TODOS LOS PACIENTES. La experiencia de tantos años y tantos pacientes nos permite ofrecer a nuestros enfermos resultados contrastados y tratamientos personalizados que se realizan siempre en fases ("sesiones") con 3 objetivos: 1. Tratar la enfermedad de un modo integral y con criterios hemodinámicos. 2. Tratar tanto las grandes venas como las pequeñas telangiectasias ("arañas vasculares"). 3. Hacer un seguimiento clínico y ecográfico de los resultados de cada sesión.

Se trata de técnicas poco invasivas que identifican las venas enfermas mediante una prueba denominada 'Eco-Doppler'. Una vez identificadas, se realiza una punción en la piel, guiada con la ecografía, y se introduce un fino catéter en la vena que se quiere tratar. Ya dentro, se inyecta en la vena enferma un fármaco en forma de espuma que irrita la pared y la esclerosa, la endurece, hasta hacerla desaparecer. En el caso del VENASEAL, se utiliza una pequeña cantidad de adhesivo médico especialmente formulado que ocluye la vena, haciéndola desaparecer con el paso del tiempo.

Al no tratarse de una operación tiene algunas ventajas. En primer lugar, no necesitan anestesia, puesto que el procedimiento tan sólo requiere una o varias punciones finas en la piel. Tampoco necesitan ingreso, ya que se realizan en la misma consulta. Además, el paciente puede seguir realizando una vida completamente normal (trabajar, conducir, viajar...) **desde el mismo momento en que sale por la puerta de la consulta** sin ninguna necesidad de reposo ni, por supuesto, de baja laboral.

Las técnicas, aisladas o combinadas, se pueden utilizar en **todas las varices de todos los pacientes**, desde las pequeñas telangiectasias (arañas vasculares) hasta las grandes dilataciones dependientes de la vena safena y que, habitualmente, se remiten para operar. En este tipo de varices grandes o "troncularles", en las que la safena está enferma, la esclerosis con microespuma y el VENASEAL ofrecen muy buenos resultados, ya que se trata normalmente de venas de gran tamaño y con mucha sintomatología y se consigue, sin pasar por un quirófano, no sólo la eliminación de las venas visibles sino también la desaparición o la mejoría notable de los síntomas propios de la enfermedad.

Tras el tratamiento de varices mediante sellado adhesivo (VENASEAL) **NO son necesarias las medias de compresión** aunque en algunas ocasiones pueden ser recomendables. Esto añade comodidad a la técnica y permite realizar el procedimiento en épocas de más calor o en pacientes que las toleran mal.

Otra de las ventajas que ofrece el tratamiento con VENASEAL es la posibilidad de **TRATAR LAS DOS EXTREMIDADES EL MISMO DIA**, lo que aumenta la comodidad para el paciente con varices bilaterales y permite el tratamiento de un modo mucho más rápido que con otras técnicas. Los pacientes ya operados que vuelven a tener varices son también muy buenos candidatos.

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

Picadura de garrapata

Nerea Fernández Hualde, Noelia García Pascual y Nerea Tainta Esarte.
Enfermeras en el Centro de Salud de Noáin

Las picaduras de garrapata constituyen un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria, sobretodo en primavera y verano.

Las garrapatas son artrópodos que se alimentan de la sangre de animales y de humanos a los que pica. Es parásito habitual de animales salvajes (liebres, venados, ardillas, ratones...), ganado vacuno y ovino y de animales de compañía (perros y gatos).

¿Dónde suelen estar?

Normalmente se encuentran en el suelo, ocultas entre la hierba y los arbustos. Cada especie tiene diferentes preferencias: algunas son más comunes en zonas boscosas, otras en parajes más abiertos; dehesas y matorrales.
Suelen estar más activas en los meses cálidos (desde primavera hasta otoño) aunque algunas especies también están activas durante el invierno.

¿Cuáles son los síntomas de la picadura de garrapata?

Los signos más frecuentes son picor, enrojecimiento e hinchazón de la piel que rodea la zona donde está agarrada la garrapata. Pueden quedarse adheridas a la piel durante varios días y se van hinchando a medida que chupan sangre.
Además de estos, en los siguientes días debemos mantenernos en alerta a signos y síntomas como: dolor intenso en la zona que se prolonga varias semanas, fiebre, dolores articulares o musculares, dolor de cabeza, rigidez en el cuello, debilidad (que puede llegar a ser extrema), inflamación de los ganglios linfáticos, nauseas, vómitos o diarrea.
La picadura de garrapata está relacionada con la transmisión de múltiples enfermedades, aunque hay que aclarar que la mayor parte de las picaduras no conllevan la transmisión de gérmenes.
En España, las enfermedades transmitidas por garrapatas más frecuentes son:

- **Fiebre botonosa** que comienza una o dos semanas después de la picadura, con fiebre alta y pequeños granitos de color marrón rojizo en la piel.
- **Enfermedad de Lyme:** presenta varias fases pudiendo comenzar con una mancha en la piel, un área de enrojecimiento en expansión, conocida como eritema migratorio, que aparece en el sitio de la picadura de la garrapata aproximadamente una semana después de que ocurrió. La erupción generalmente no produce picazón ni dolor.

Otros síntomas tempranos pueden incluir fiebre, dolor de cabeza y cansancio. Si no se trata, los síntomas pueden incluir la pérdida de la capacidad de mover uno o ambos lados de la cara, dolores en las articulaciones, dolores de cabeza severos con rigidez en el cuello o palpitaciones del corazón, entre otros.
A pesar de esto, la complicación más frecuente de la picadura es la infección de la herida por el rascado o el desarrollo de una herida cicatricial.

¿Qué puedo hacer?

Lo más importante es evitar la picadura. Para ello es fundamental protegerse si vas a realizar actividades al aire libre en zonas donde pueda haber garrapatas y revisarse la piel al finalizar la jornada.

Cómo protegerse

- Utiliza manga larga y pantalón largo.
- Evita sandalias o calzado abierto y procura usar siempre botas cerradas con calcetines procurando que cubran la parte inferior de los pantalones.
- Usa ropa de color claro para visualizar más fácil si hay alguna garrapata sobre ella.
- Camina si es posible por la zona central de los caminos evitando el contacto con la vegetación circundante.
- Evita sentarte en el suelo en zonas con vegetación.
- Utiliza repelentes autorizados y siguiendo las indicaciones de uso de la etiqueta o folleto explicativo.
- Si sales con tu animal de compañía recuerda que es conveniente que le apliques algún antiparasitario externo autorizado (consulta con tu veterinario).

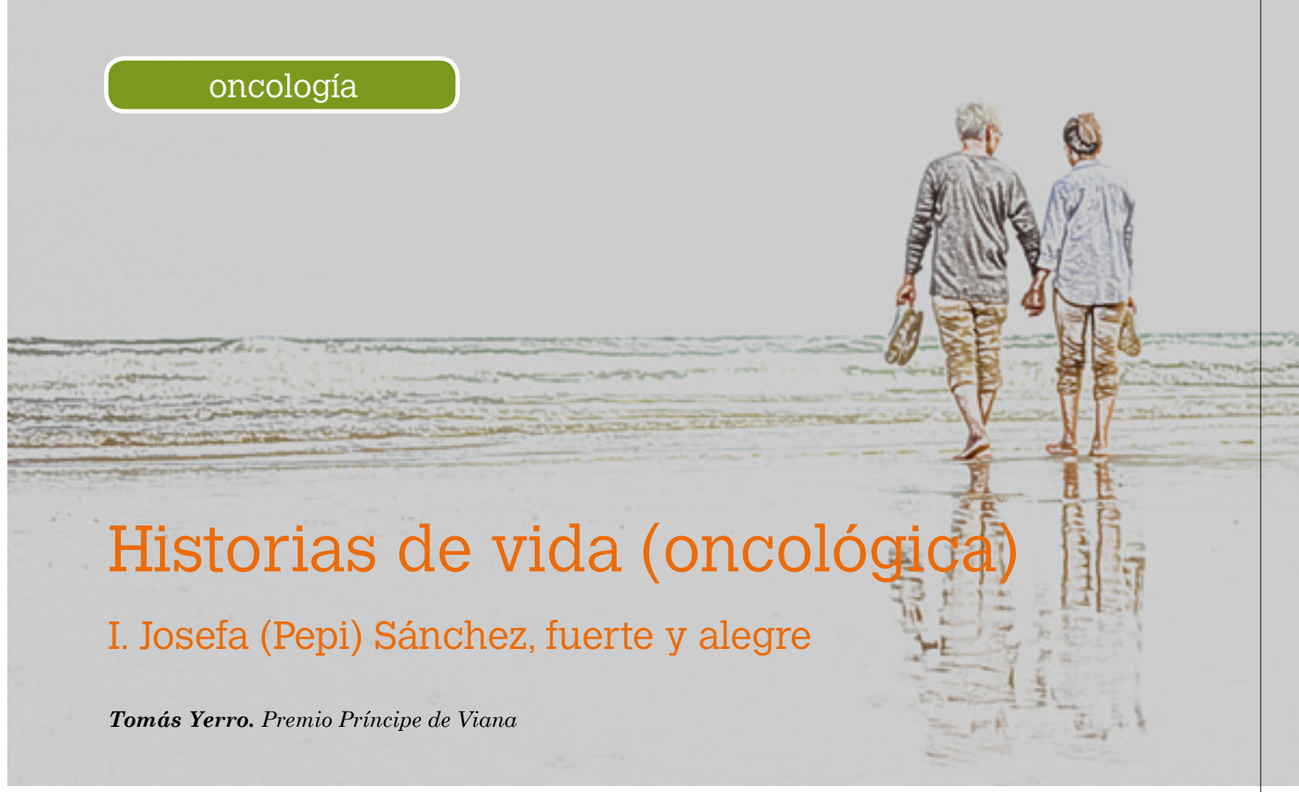
Cómo revisar tu piel

- Al finalizar la jornada examina cuidadosamente todo tu cuerpo para detectar si te ha picado alguna garrapata y lava siempre la ropa con agua caliente. No olvides revisar a los niños.
- Revisa sobre todo las axilas, ingles, cabellos, detrás de las rodillas, por dentro y fuera de las orejas, dentro del ombligo y alrededor de la cintura. Las garrapatas prefieren los lugares calientes y húmedos del cuerpo. Puedes aprovechar a hacerlo cuando te duches y utiliza espejos si necesitas para ver bien todas las partes del cuerpo.
- Recuerda revisar también a tus mascotas.

¿Cómo extraigo una garrapata?

La mayoría de las enfermedades transmitidas por garrapata requiere que el parásito esté adherido durante algunas horas. Por eso es importante retirarla lo antes posible, pero sin precipitación, utilizando un método adecuado y preferiblemente por un profesional sanitario, ya que si no se hace correctamente pueden quedarse las mandíbulas de la garrapata en el interior de la piel aumentando así la probabilidad de infección.

- Se desaconseja la retirada de las garrapatas fijadas con los remedios tradicionales (algodón con alcohol, aceite, vaselina, petróleo, anestésicos, cortarlas con tijeras, aplicar calor...).
- Usa unas pinzas de borde romo y punta fina. Si no dispones de pinzas adecuadas puedes desprenderla con los dedos utilizando unos guantes finos. Procura evitar su aplastamiento. Sujétala firmemente lo más cerca posible de la piel y tira de ella suavemente hacia arriba. Si alguna parte de la boca de la garrapata queda en el interior de la piel es recomendable consultar a un profesional sanitario.
- Limpia bien la herida con agua y jabón o aplica un antiséptico.
- Mantén la zona limpia y seca y procura no rascarte.
- En los días siguientes a la picadura es importante observarse si aparece fiebre y /o erupción en la piel y, si esto ocurre, busca atención sanitaria indicando que te picó una garrapata.



Historias de vida (oncológica)

I. Josefa (Pepi) Sánchez, fuerte y alegre

Tomás Yerro. *Premio Príncipe de Viana*

En dos ocasiones la había visto, sola, en la sala de espera del hospital de día de Oncología del CHN. A la tercera fue la vencida: -Me llamo Tomás. Creo que navegamos en el mismo barco. -Y yo, Pepi.

Ante una taza de café, desgranamos, con naturalidad y sencillez, nuestras biografías. En febrero de 2017 le habían diagnosticado un cáncer de páncreas. De la agradable conversación me quedé con una frase suya, que salió a relucir en encuentros posteriores: *Sé que esta enfermedad va a llevarme con ella, pero se lo voy a poner muy difícil. No me va a joder así como así.*
Pieza a pieza fui recomponiendo su trayectoria vital. Su nacimiento, el 16 de marzo de 1953, en Chelva (Valencia) en una familia humilde. Su traslado, con solo año y medio, a Aoiz (Navarra) en compañía de sus padres y hermana. El empleo del cabeza de familia en el aserradero que el complejo empresaria El Irati, S. A., fundado en 1907, poseía entre Aoiz y Ecay. Tras cursar la escolarización básica, el trabajo durante treinta años en la empresa Solano, en su día puntera en la fabricación de suelas de caucho para zapatos y zapatillas. Recordaba muy bien el día de su boda con Koldo Cía, el 23 de noviembre de 1985, en la parroquia de San Francisco Javier de Pamplona. Me hablaba maravillas de su marido, navarro de Echauri, maestro de E.G.B. (Primaria) y profesor de Educación Física, Medalla al Mérito Deportivo 2020 concedida por el Gobierno de Navarra: *Es un hombre bueno, generoso trabajador, detallista, buen marido y buen padre*, radiografía que pude ratificar desde la primera ocasión en la que lo saludé. Se sentía muy orgullosa de sus tres hijos: Igor, de 34 años, ingeniero; Iker, de 32, L.A.D.E., profesor; y Miren, de 29, afectada por el síndrome de Down, adscrita al Proyecto Ítaca-Vida Independiente. Me impresionó el relato del parto de la menor: *Todo parecía ir bien, pero cuando nació la criatura se hizo un silencio a mi alrededor. Al rato me la trajeron y me quedé sin palabras. Después, y hasta la fecha, le he venido prestando una atención especial. Me gustaría vivir por toda la familia, pero sobre todo por ella: es la que más me necesita.*
Con el correr de las semanas y meses, las conversaciones cara a cara se fueron enriqueciendo mediante llamadas telefónicas, en las que intercambiamos informaciones sobre la evolución de nuestras dolencias, estados de ánimo, familias, amistades... También, acerca de nuestros respectivos oncólogos, en su caso el Dr. Antonio Viudez, al que siempre ponía por las nubes. *Parece que voy perdiendo fuerza; a veces noto como si mis pies fueran de corcho y tuviera alguna dificultad para caminar; hace unos días, trasladándome a pie desde mi casa al hospital, me caí en la calle, etc, etc.* La comunicación devenía mutuamente terapéutica.
La ausencia de Pepi en la fecha en la que debíamos coincidir en el análisis de sangre, la consulta médica y la administración de la quimioterapia me dejó preocupado. Dos o tres días más tarde, a mediados de febrero de 2019, llegó el pronóstico fatal: *Tomás, perdona que no te lo haya comunicado antes, pero este fin de semana he estado despidiéndome de mis amigas de Aoiz. El oncólogo me dijo la semana pasada que ya no puede seguir administrándome tratamiento. Solo me queda un máximo de seis meses de vida.*
Me anonadaron su serenidad y su entereza. Aunque la familia se trasladó a Pamplona en 1998, nunca perdió las raíces aoizcas.
El número de llamadas durante su espera fue en aumento. La palabra *queja* no figuraba en su diccionario. Bromeaba a propósito de su querido Koldo: *Ya le he dicho: 'Cómprate una chaqueta', pero me dice que no la necesita. '¿Cómo que no la necesitas? Cuando yo falte y te eches otra novia, tienes que estar bien guapo'.* Así era Pepi: alegre, atenta con todo el mundo, extrovertida, cariñosa, segura de sí misma, de una gran fortaleza interior, alérgica al desánimo... Hablé con ella el 17 de agosto de 2019, sábado, con emoción contenida. No necesitamos expresar que aquella sería nuestra despedida definitiva, pero ambos lo sabíamos. Falleció en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona, muy tranquila, el lunes siguiente, día 19.
La masiva asistencia a su funeral en la parroquia de San Miguel, en Aoiz, confirmó lo que era de dominio público: Pepi fue una mujer muy querida. Con frecuencia, en solitario o en comunicación con Koldo, recuerdo a esta singular amiga, cuyo itinerario vital me resulta ejemplar y estimulante en mi incierto peregrinaje canceroso.

El enemigo silencioso: apnea obstructiva del sueño

sannas DENTOFACIAL

La pérdida crónica de sueño puede causar estragos en nuestra salud.

¿Qué es la apnea del sueño (AOS)?

Ocurre cuando la vía aérea superior se cierra ya sea parcial o totalmente, pero los esfuerzos por respirar continúan.

Los trastornos respiratorios del sueño interrumpen los ciclos de sueño, lo que no solo hace que al día siguiente la persona se sienta cansada y somnolienta, sino que somete al sistema nervioso y los órganos más importantes del cuerpo a un estrés excesivo. Cuando el flujo de aire se detiene durante un episodio de apnea, el nivel de oxígeno en la sangre desciende. El cerebro responde alterando brevemente el sueño (microdespertar) lo suficiente como para comenzar a respirar, la respiración se reanuda con un ronquido intenso, jadeo o un sonido ahogado. La persona con apnea probablemente no recordará estos despertares al día siguiente, sin embargo, estas interrupciones de su sueño natural significan que pasa más tiempo en sueño ligero y menos en sueño profundo y reparador necesario para estar enérgico, mentalmente agudo y productivo al día siguiente.

La apnea del sueño afecta a más del 25% de la población adulta y al 6% de los niños, según advierten desde la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). También alerta de que en 2026 será la enfermedad respiratoria con mayor incidencia. Sin embargo, un 80% de las personas que sufren apnea del sueño no están diagnosticadas, lo cual pone en riesgo su salud.

Esta enfermedad se asocia más al varón obeso que ronca y que tiene somnolencia durante el día. En las mujeres aparecen síntomas como cansancio y tendencia a cambios emocionales del tipo de depresión.

Aproximadamente, un 50% de los pacientes con apnea de sueño no presentan obesidad.

¿Cómo sé si padezco AOS?

- Ronquido (es uno de los síntomas más reconocibles)
- Somnolencia diurna excesiva
- Poca capacidad de concentración
- Cefaleas matutinas
- Estado de ánimo deprimido
- Sudores nocturnos
- Aumento de peso
- Fatiga
- Pérdida de memoria
- Levantarse a orinar varias veces a lo largo de la noche (nicturia)
- Insomnio o irritabilidad
- Cambios de humor

Si presenta dos o tres de estos síntomas, le recomendamos realizar un estudio del sueño.

Cualquier persona puede tener apnea del sueño, aunque **ciertos factores aumentan el riesgo:**

- **Sexo:** los hombres son más propensos a tener apnea que las mujeres, aunque después menopausia, la frecuencia en las mujeres aumenta.
- **Edad avanzada:** si bien la apnea del sueño puede ocurrir a cualquier edad, su prevalencia alcanza su punto máximo entre los 50 y 60 años y luego se estanca.
- **Peso:** el riesgo de apnea del sueño es mayor en las personas con sobrepeso y aún mayor en obesos.
- **Diferencias anatómicas:** aspectos físicos que pueden contribuir a la apnea del sueño pueden incluir una vía aérea superior pequeña, una mandíbula pequeña o retrasada, un paladar blando largo, una lengua en posición alta, un tabique nasal desviado o amígdalas y adenoides agrandadas.
- **Tabaquismo:** los fumadores tienen tres veces más probabilidades de tener apnea del sueño que los que nunca han fumado.
- **Circunferencia del cuello** mayor de 43.2 cm en hombres o 40.6 cm en las mujeres.
- **Alergias u otras afecciones médicas** que causan congestión y obstrucción nasal.

Consecuencias

La propia apnea del sueño puede **ser un factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades** que deterioran la calidad de vida y ponen en riesgo la salud. Consecuencias como:

- Hipertensión
- Infarto de miocardio
- Ictus
- Diabetes
- Obesidad
- Cáncer
- Alzhéimer
- Problemas oculares
- Disfunción sexual
- Deterioro cognitivo

¿Cómo se trata?

- Normaliza los hábitos de sueño con horarios adecuados
- Evita el consumo de alcohol, tabaco o fármacos inductores de sueño
- Haz ejercicio y pierde peso
- Visita a un especialista.

En Sannas Dentofacial realizamos **el diagnóstico y un plan de tratamiento personalizado** para cada paciente. **Cada caso clínico es estudiado por un equipo interdisciplinar**. El estudio realizado por el **Dr. de la Unidad del Sueño** consiste en:

- Responder a un cuestionario sencillo
- Prueba domiciliaria del polígrafo
- El resultado se analiza minuciosamente
- Exploración clínica

En función de estos resultados, el **Dr. de la Unidad del Sueño** se reúne con un Logopeda, Neumólogo, Otorrinolanringologo, Neurofisiologo, Nutricionista o un Cirujano maxilofacial.

Las herramientas más comunes de menos invasivas a más invasivas:

- **Dispositivos de avance mandibular (DAM)**. Ventajas:
  - Fácil de colocar y trasportar
  - Requiere revisión cada 6 meses

- **CPAP** *(presión positiva continua en la vía aérea)*. Inconvenientes:
  - Tamaño
  - Ruido que molesta al acompañante
  - Difícil de transportar
  - Molesto para dormir

Otras opciones de tratamiento alternativas, necesarias en ciertos casos, son la **cirugía de tejidos duros o blandos, la terapia miofuncional, o la neuroestimulación del nervio hipogloso.**

Dormir bien con un sueño reparador previene muchas enfermedades.

Dra. Idoya Orradre

- Miembro de FESMES (Federación Española de Sociedades de Medicina del Sueño)
- Coordinadora del Departamento de la Unidad del Sueño en Sannas Dentofacial.

José Ignacio Badules, Enfermero y responsable de los cuidados Espirituales-Religiosos del Complejo Hospitalario, entrevista al **Dr. José Roldán**, Coordinador de Trasplantes del Complejo Hospitalario de Navarra y Coordinador Autonómico de Trasplantes de Navarra

Equipo de UCI de trasplantes.
De izquierda a derecha: Inés Osés, Óscar Agudo, María Barber, Mauro Loinaz, Micaela Sancho y José Roldán.

Favoreciendo la cultura de la solidaridad

Las donaciones de órganos aumentaron el año pasado en Navarra un 1,3% con respecto al año anterior, a pesar de la crisis provocada por la pandemia del COVID-19

En concreto, en el año 2020 se registraron 35 donantes de órganos de personas fallecidas que se corresponde a una tasa de 53 donantes por millón de población, muy por encima de la media nacional que se sitúa en 37,4.

De los 35 donantes, 23 fueron por muerte encefálica y 12 en donación en asistolia controlada o Tipo III, "lo que supone la consolidación de un programa, que viene a aportar ya el 35% de los donantes". A esto hay que añadir que se realizaron dos trasplantes renales procedentes de donante vivo. En siete ocasiones se tuvo que contraindicar la donación, por lo que no llegaron a ser efectivos. También hay que destacar la baja incidencia de negativas familiares a la donación.

Hay que favorecer la cultura de la solidaridad, la necesidad de formar e informar de las grandes posibilidades que hoy nos ofrece la ciencia, la técnica y la medicina, y de estar convencidos de esta maravillosa oportunidad de ser donantes en vida, sin que esto suponga ningún riesgo para nuestra salud ni vaya en contra de la ética natural ni de la moral cristiana.

Muchos enfermos necesitan de un órgano o tejido para seguir viviendo y otras personas se los donan después de morir de forma anónima y generosa.

Además, todos podemos estar hoy en la situación de necesitar un órgano y mañana ante la oportunidad de poder donarlo.

Nuestra sociedad es un ejemplo de solidaridad independientemente de la cultura o la religión de las personas que la componen. Prueba de ello es que España es el país del mundo con mayor tasa de donación. Esto nos proporciona el privilegio de tener mayor posibilidad de obtener un trasplante en caso de necesitarlo. Sin embargo, cada día hay más personas que necesitan de un trasplante para poder seguir viviendo y la realizad es que aún hay enfermos que fallecen a la espera de recibir un órgano.

En España las actividades relacionadas con la donación de órganos y el trasplante están regidas por el Real Decreto 1723/2012 que garantiza la solidaridad, la gratuidad, el altruismo, la equidad y la confidencialidad en todo el proceso.

Dr. Roldán, nos podrías decir en un lenguaje sencillo qué tipos de Donantes de órganos y tejidos existen en estos momentos

Existen dos tipos de donantes según la procedencia del órgano o tejido: donante vivo y donante fallecido. La donación de órganos de pacientes fallecidos supone la gran mayoría en España.

Acláranos un poco más qué es o en qué consiste un donante vivo y un donante fallecido, en que se diferencian

- **Donante vivo** es aquella persona que realiza la donación en vida. Este tipo de trasplantes se realiza con la garantía de que la extracción no va a representar ningún problema de salud para el donante. Los donantes vivos más habituales son los de riñón, hígado, sangre de cordón umbilical y de médula ósea. El órgano procedente del donante vivo siempre irá dirigido a una persona concreta, que suele ser del entorno familiar, aunque no es imprescindible.

- **Donante fallecido** se denomina así a la persona que dona sus órganos o tejidos para que sean extraídos tras su fallecimiento. Los donantes fallecidos pueden ser por muerte encefálica (destrucción irreversible del cerebro) o donantes en asistolia (parada cardiaca irreversible). Estos donantes tienen que fallecer necesariamente en un hospital. Los órganos que se pueden donar son riñones, hígado, corazón, pulmones y páncreas. En cambio para ser donante de tejidos (fundamentalmente córneas, huesos y piel) no es absolutamente necesario fallecer en un hospital, pues los tejidos se pueden extraer aún habiendo pasado unas horas desde el fallecimiento.

Dr. Roldán, para los que somos profanos en este leguaje técnico de la medicina, explícanos para que lo entendamos, en qué consiste la muerte encefálica y la muerte en asistolia, en que se diferencian

Los donantes en muerte encefálica deben fallecer, concretamente, en unidades de Cuidados Críticos que disponen de los medios técnicos necesarios para mantener artificialmente la ventilación pulmonar y la circulación del donante. Cuando se cumplen todos los criterios legales de muerte cerebral es posible declarar y certificar la muerte de una persona que mantiene circulación sanguínea y el funcionamiento de algunos órganos porque está conectada a un respirador artificial y recibe la medicación necesaria para mantener función cardiaca.

El diagnóstico de muerte cerebral precisa que tres médicos, distintos a los que van a participar en la extracción o trasplante, comprueben la ausencia completa de respuesta cerebral mediante exploración de reflejos de troncoencéfalo y pruebas instrumentales demostrativas de destrucción completa del cerebro. En estas circunstancias, los órganos se mantienen perfundidos y oxigenados hasta el momento de la extracción en quirófano.

En los donantes en asistolia, el fallecimiento se debe a una parada cardiorrespiratoria irreversible pese a maniobras de reanimación avanzadas. En estos casos se mantiene la perfusión de algunos órganos hasta el momento de la extracción mediante perfusión y enfriamiento con la ayuda de una sofisticada tecnología.

Una vez aclarados estos importantes conceptos de muerte, necesarios para la donación, que organización requiere este proceso

El sistema de donación y trasplante está organizado a tres niveles: nacional, autonómico y hospitalario, siendo este último la clave del proceso, ya que es aquella figura encargada de la detección, el mantenimiento del donante y el que contacta con las familias para consultar la voluntad del fallecido con respecto a la donación. En el proceso de donación y trasplante participan un gran número de profesionales.

Puede considerarse como una cadena, con posibilidad de romperse por cualquier eslabón, no alcanzándose así el objetivo final, el trasplante de órganos que tiene como objetivo salvar vidas.

Cuando se confirma la muerte del donante cual sería el siguiente paso

Desde que se produce la muerte hasta la extracción de órganos y tejidos, es muy importante que pase el menor tiempo posible, ya que se produce en el donante una serie de alteraciones secundarias al fallecimiento que dificultan el mantenimiento de la función de los órganos del cadáver. Se precisa una estrecha vigilancia por parte de los profesionales de cuidados intensivos para que los diferentes órganos lleguen al trasplante en las mejores condiciones posibles.

Me figuro, que uno de los pasos más delicados en este proceso, es hablar con la familia o con el tutor del donante, como lo hacéis

Uno de los pasos más delicados de este proceso es la entrevista de solicitud de donación, en la que el coordinador de trasplantes habla con la familia para conocer la voluntad del fallecido con respecto a la donación. Cuando el coordinador se acerca a una familia que acaba de perder a un ser querido, es preciso tener en cuenta la necesidad de establecer una relación de ayuda con ellos.

En los casos que la muerte ha sido violenta y/o accidental, un juez debe autorizar la continuidad del proceso de forma que no interfiera en el seguimiento de la causa judicial.

Cuando el coordinado hospitalario tiene recogidos y registrados todos los datos del donante y dispone de la autorización familiar y/o judicial, cuál es el siguiente o el último paso en todo este proceso

Se llama a la oficina central de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT). Aquí están centralizadas las listas de espera a nivel nacional de los pacientes a la espera de un trasplante, salvo los renales, ya que la distribución renal sigue unos criterios locales. Desde la ONT se realiza la distribución de los órganos, en base a unos criterios clínicos y territoriales basados en la equidad, justicia, gratuidad y confidencialidad. Una vez aceptados los órganos por los distintos equipos, desde la ONT se coordina el transporte de éstos con la mayor diligencia posible.

Sin donantes no hay trasplantes. Dr. Roldán ¿Está suficientemente concienciada la sociedad navarra? Y, ¿qué podemos hacer?

En los procedimientos de donación, los ciudadanos juegan un papel fundamental y pueden participar de forma directa a través de los siguientes medios:

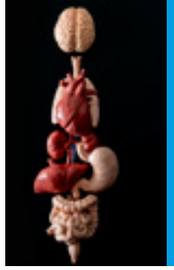
- Expresando a sus familiares y allegados su voluntad de ser donante si llega el caso de fallecimiento, o bien dejando constancia en el documento de voluntades anticipadas.
- Donando, en vida, uno de los riñones o un fragmento de hígado a un familiar que lo necesite.
- Solicitando la tarjeta de donante de órganos o bien a la ONT (http://www.eresperfectoparaotros.com), o bien a ALCER NAVARRA (T. 948 278 005).
- Haciéndose donante de médula ósea y de cordón umbilical.
- Mediante el consentimiento a la donación cuando pueda ser consultado sobre la voluntad de familiares fallecidos.

Felicitamos y agradecemos al Dr. José Roldán, y a su equipo todo el trabajo de coordinación en esta parcela tan importante como son las Donaciones de órganos y tejidos, y les deseamos para el futuro los mayores éxitos al servicio de la vida humana.

A los que necesitan y esperan un trasplante les deseamos y pedimos a Dios una pronta solución a sus problemas de salud, una solución que, en buena parte, depende de nuestra decisión de donar los propios órganos. Lo importante es estar convencidos de que nuestros órganos pueden ayudar a otras personas, que no dejemos que nuestros órganos, si sirven y ayudan a otras personas, se destruyan bajo tierra y nos coman los gusanillos o se vuelva cenizas cuando se incineran. Esto es lo más importante, y, como decía S. Juan Pablo II, el acto mayor de generosidad y solidaridad del ser humano hacia los demás, consiste en dar nuestros órganos cuando no los necesitemos.

En todo esto tenemos que ver y sentir la sabiduría de Dios, la capacidad de la inteligencia humana, las inmensas posibilidades que Dios ha puesto en nuestra naturaleza y las muchas cosas hermosas que podemos hacer en favor de estos enfermos, conociendo y administrando bien los recursos que Dios ha puesto en nuestras manos.

Nuestros cuerpos son de Dios, y nuestros órganos pueden seguir viviendo insertados en el cuerpo de otra persona, esta es la forma más admirable de colaborar al desarrollo y al crecimiento de la vida, al bien de nuestro prójimo y a la glorificación del amor generoso y sabio de Dios.



Síndrome de fatiga crónica

Susana Clemos Matamoros. *F.E.A. Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela*

El Síndrome de fatiga crónica refleja una situación de fatigabilidad persistente e inexplicada a pequeños esfuerzos tanto físicos como mentales que resulta claramente invalidante para el paciente.

Su causa es desconocida, aunque se postula una hipótesis de causa viral con una disfunción inmunológica asociada.
No existe ningún marcador diagnóstico específico por lo que su diagnóstico es clínico mediante la utilización de unos criterios consensuados que exigen la realización de un amplio diagnóstico diferencial.
Tiene un curso crónico, persistente y con oscilaciones, que ocasionan al paciente una considerable invalidez funcional.
A día de hoy no se dispone de ningún tratamiento curativo, aunque la terapia conductual, el ejercicio físico progresivo y el tratamiento farmacológico de soporte ayudan a la mejoría de los síntomas.

¿Qué síntomas se presentan?

Los síntomas del Síndrome de fatiga crónica pueden variar de una persona a otra y la gravedad de los síntomas puede fluctuar de un día para otro.
Fatiga es la sensación de agotamiento o dificultad para realizar actividades físicas o intelectuales cotidianas. La fatiga es un síntoma y por tanto una sensación subjetiva que aprecia la persona que puede ser expresada o referida de muy diversas maneras.

Habitualmente la fatiga aparece al realizar una actividad física o mental, no antes, y no es superable con una mayor voluntad o intencionalidad por parte del paciente.
En el Síndrome de fatiga crónica, la fatiga debe ser persistente o intermitente durante más de 6 meses, inexplicada e invalidante, que no sea producto de un esfuerzo excesivo y que no mejore con el descanso.
Además, el paciente debe presentar de forma crónica y concurrente a la fatiga cuatro o más síntomas de los relacionados como criterios asociados al síndrome de fatiga crónica:

- Trastornos de concentración o memoria reciente.
- Dolor de garganta.
- Adenopatías (ganglios) cervicales o axilares dolorosas.
- Dolores musculares.
- Dolores en varias articulaciones sin signos inflamatorios.
- Cefalea de inicio reciente o de características diferentes a la habitual.
- Sueño no reparador.
- Malestar postesfuerzo de duración superior a 24horas.

Característicamente afecta a personas de entre 20-40 años, con un predomino tres veces superior en mujeres.

¿Qué puede ser causa del síndrome de fatiga crónica?

Se desconoce la causa del síndrome de fatiga crónica.

Algunas personas pueden nacer con una predisposición al trastorno, que luego se desencadena por una combinación de factores.
Los desencadenantes posibles comprenden los siguientes:

- **Infecciones virales:** Debido a que algunas personas desarrollan el síndrome de fatiga crónica después de tener una infección viral, los investigadores se preguntan si es posible que sean los virus los que desencadenan el trastorno. Entre los virus sospechosos se encuentran el virus de Epstein-Barr y el virus del herpes humano 6. Es posible que el virus que actualmente está ocasionando la pandemia COVID-19 sea una causa de Síndrome de fatiga crónica. Todavía no se ha encontrado una relación concluyente.
- **Problemas del Sistema Inmunitario:** los sistemas inmunitarios de las personas que tienen síndrome de fatiga crónica parecen estar levemente afectados, pero no está claro si este deterioro es suficiente como para causar este trastorno.
- **Desequilibrios hormonales:** las personas que tienen síndrome de fatiga crónica a veces también experimentan niveles anormales en sangre de las hormonas que se producen en el hipotálamo, hipófisis o glándulas suprarrenales. Sin embargo, todavía se desconoce la importancia de estas anormalidades.
- **Factores ambientales:** las personas con fatiga crónica son más sensibles a las exposiciones ambientales. Se habla de sensibilidad ambiental cuando son factores naturales como los rayos solares, el ruido, la humedad, la temperatura... o bien electrosensibilidad cuando la reacción es a radiaciones electromagnéticas no ionizantes (por ejemplo, la radiación producida por un microondas).
- **Trauma físico o emocional:** algunas personas han indicado que experimentaron una lesión, una cirugía o estrés emocional significativo poco antes de que comenzaran los síntomas.

Grados de afectacion

- **Grado I- Leve.** La actividad del paciente se reduce a la mitad de lo que hacía con anterioridad.
- **Grado II- Moderado.** Vida limitada al domicilio y la actividad del paciente se reduce a una tercera parte de lo que hacía con anterioridad.
- **Grado III- Grave.** Encamamiento predominante. Sin poder hacer ni una mínima actividad continuada.

Tratamiento

Basados en la evidencia científica, se puede hablar de que, si se aplica un tratamiento multidisciplinar personalizado y continuado, se puede mejorar de forma parcial el impacto de la enfermedad y la calidad de vida de la persona.
No hay ningún fármaco que haya demostrado una mejora significativa respecto al síntoma fatiga. De hecho, el tratamiento farmacológico está dirigido a tratar los síntomas y debe ser combinado, individualizado y supervisado.

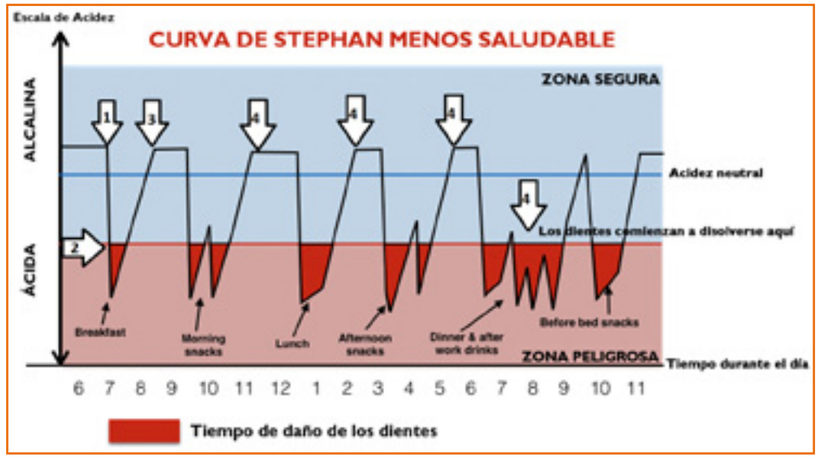
- **Dolor:** si la persona lo precisa se debe combinar el tratamiento analgésico de primera línea (paracetamol, ibuprofeno) con otros de segunda línea (tramadol, oxicodona).
- **Insomnio:** se puede tratar con reguladores del sueño como la melatonina. Se debe evitar usar benzodiacepinas.
- **Estado de ánimo:** se deben utilizar antidepresivos solo si el paciente presente sintomatología depresiva. En el caso de angustia se puede indicar dosis bajas de benzodiacepinas.

Tratamiento no farmacologico

- **Ejercicio:** hacer ejercicio físico aeróbico en pautas cortas y adaptadas a cada persona, mejora la sintomatología global del síndrome. Poco a poco se puede intentar aumentar la intensidad sin realizar sobreesfuerzo que pueda empeorar la enfermedad.
La actividad más recomendada es andar en periodos cortos e intermitentes de 15-20 minutos de marcha y descanso alterno.
También es recomendable realizar una actividad suave en una piscina climatizada, en especial si es una piscina sin cloro.
- **Apoyo Emocional:** el síndrome de fatiga crónica tiene muchas consecuencias en un paciente, como sentimientos de ira, miedo, desesperanza, depresión o ansiedad. En definitiva, conductas desfavorables que conllevan a una mala adaptación al estrés y por tanto intensifican los síntomas.

El asesoramiento psicológico puede ayudar a encarar mejor todos estos sentimientos y afrontar mejor la enfermedad.
Actualmente todos los expertos y comités científicos en esta enfermedad admiten que no es correcto hablar de curación.
El Síndrome de fatiga crónica es una enfermedad de curso crónico y con síntomas muy oscilantes.
No es una enfermedad degenerativa, pero si persistente y que afecta mucho a la calidad de vida de las personas.

Caries, por qué



Dr. Manuel Peleato. Nº colegiado 153 (Dentista). Nº colegiado 3844 (Médico)

La caries es una enfermedad reciente en la historia humana, y ha constituido una pandemia en todo el primer mundo (palabra en boca de todos actualmente) por la introducción del azúcar en nuestra dieta, a mediados del S. XIX, procedente de las colonias. Los países subdesarrollados carecen de caries, hasta que adoptan nuestros hábitos de alimentación.

Edulcorantes

Hoy en día, además del azúcar, es muy importante el efecto de "los azúcares", los edulcorantes artificiales, que en general (no todos) también producen caries, concepto que resulta chocante al público, dado que la publicidad ha conseguido implantar la falsa creencia de lo contrario. No protegen los dientes, aunque pueda decirse que los dañan menos. ¿Cómo nos han convencido de ello? Es largo de explicar, pero quédese con la conclusión: **NO DULCES = NO CARIES**. Rotundamente. Y quédese también con este concepto: **Si lo que come sabe dulce, muy probablemente produce caries.**

La higiene

Evidentemente, cepillarse los dientes es otro aspecto favorable. En 50 años hemos pasado de ser residual a habitual, hoy es raro encontrarse a alguien que no se cepille diariamente. En todo caso, y como he comentado, el efecto fundamental es la impregnación de flúor del esmalte, la eliminación de la placa dental es relativamente poco eficaz en la aparición y crecimiento de las caries, ósea, bañar los dientes de dentífrico con flúor (pero cepíllese, por supuesto). La higiene es fundamental para evitar la enfermedad de las encías, pero eso es otra cuestión. Haremos un breve repaso de las dos enfermedades que los dentistas tratamos.

Caries

Afecta más a los jóvenes, depende totalmente de los dulces. No sirve cepillarse después de tomarlos, es un mal consuelo. El tratamiento son los clásicos "empastes", antiguamente de amalgama (metálicos, negros) y en la actualidad de composites (blancos, de resinas compuestas).

Cuando acude un paciente con caries, es importante valorar si existe desmineralización intensa. En ese caso, es imprescindible hacer un tratamiento preventivo para disminuir (erradicar los dulces es casi imposible en nuestro medio) la descalcificación.

Control de dieta

Para ello realizamos lo que se conoce como CONTROL DE DIETA, investigando la alimentación, fundamentalmente los inductores de caries. Cuando detectamos una fuerte tendencia a la caries, tenemos que corregir esos hábitos. Los más perjudiciales, los alimentos dulces entre horas, los caramelicos, los chicles (todos sin azúcar, sí, pero productores de caries).

Dulce = droga

Los dulces se comportan como algo que nos proporciona placer y calman la ansiedad, al menos momentáneamente (luego suelen empeorarla). Si comer ya es un ansiolítico, comer dulces más, porque secundariamente, nos producen placer metabólico, interno, todos notamos un "subidón" cuando tomamos algo dulce.

Enfermedad

Un paciente que hace muchas caries (evidentemente, consecuencia directa de comer muchos dulces) tiene cierto nivel de tensión emocional, que hay que atender también. En todo caso, como médicos y como enfermos (todos somos médicos de nosotros y todos tenemos alguna alteración, que asumimos como enfermedad) no existe una distinción clara en cuanto a enfermos y sanos. Cualquier problema que podamos ver un terapeuta, es necesario evaluarlo con todas las demás circunstancias anexas de la persona, del enfermo que nos confía su salud.

Enfermedad periodontal, periodontitis

Afecta más a media o avanzada edad, y una higiene meticulosa y dirigida por su higienista es fundamental para prevenirla. Un adiestramiento técnico y eficaz de la higiene es necesario implantarlo sobre los 20-30 años; una enfermedad avanzada responde pobremente a los tratamientos

Placa bacteriana y la Curva de Stephan

Es la gráfica que nos ayuda a comprender la descalcificación de los dientes.

- **1:** ponemos un dulce en la boca. Inmediatamente, en segundos, el pH desciende en la superficie del diente. Los microbios presentes en la placa bacteriana producen ácidos corrosivos.
- **2:** cuando desciende de determinado nivel de acidez, el diente no es capaz de resistir ese ataque y se empieza a disolver, se produce una cavidad que momentáneamente es microscópica.
- **3:** en un tiempo variable, el pH de la saliva sube, y de forma muy lenta, parte del mineral perdido puede volver a precipitar, a depositarse sobre el esmalte.

Cuidados de enfermería en el paciente con hipertensión arterial

Helena Ybarra Clemente y Vanesa Marín Gasco
Enfermeras del Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Navarra-B.

Se entiende por hipertensión arterial (HTA) como una elevación de la presión arterial por encima de los límites considerados como normales. Se define por el hallazgo de cifras de presión iguales o superiores a 140/90mmHg.

Etiología

Si bien las causas de HTA son múltiples, según el factor desencadenante que origina el cuadro de HTA, ésta se podrá dividir en:

- **Hipertensión primaria o esencial**, de causa desconocida y abarca el 90% de todos los casos.
- **Hipertensión secundaria:** abarca el 10% de todos los casos.

-Causas renales: Pielonefritis crónica. Glomerulonefritis aguda o crónica. Nefropatía diabética. Enfermedad renal poliquística.

-*Causas endocrinas:* Anticonceptivos orales. Acromegalia. Hiper e hipotiroidismo.

-*Causas neurológicas:* Psicógenas.

Incidencia

Como bien conoce el personal de enfermería se trata de uno de los problemas sanitarios más importantes de los países desarrollados, siendo la prevalencia entre la población de adultos de edad media estimada en España del 34%. En los últimos decenios, los datos disponibles hablan sobre una sensible reducción en la mortalidad relacionada con problemas cardiovasculares, en parte debidos a un mayor diagnóstico y mejor tratamiento y control de la HTA.

Diagnóstico

A pesar de ser una enfermedad cuyo diagnóstico se puede realizar sin pruebas complementarias invasivas, simplemente con la ayuda de un estetoscopio y esfingomanómetro, el hecho de que en sus primeras fases sea asintomática hace que en muchas ocasiones no se identifique.

Técnica para la toma de la Tensión Arterial

- Sentar al paciente en una silla y comprobar que no esté fatigado.
- El paciente tiene que estar en reposo 20 min antes de la prueba
- Informar al paciente de que evite tomar café, chicle, alcohol, o excitantes, fumar o haga ejercicio intenso antes de la toma de la PA.
- Elegir el brazo del paciente con las cifras más elevadas (normalmente el derecho).
- Colocar el brazo del paciente en extensión, apoyado sobre una superficie y a la altura del corazón .

- Enrollar el manguito en uno de los brazos unos 2-3 cms por encima de la flexura del codo.
- Elegir el manguito del tamaño adecuado según el paciente, es decir, atendiendo al diámetro del brazo del paciente: niño, adulto, obeso.
- En los niños, el valor de la tensión arterial es más baja.
- Es preferible utilizar esfingomanómetros de mercurio.
- Debe registrarse tanto la PAS como la PAD. El primer ruido que aparece se utiliza para definir la tensión sistólica. La desaparición total del sonido define la tensión diastólica.

Clínica

A la HTA se le conoce como el "asesino silencioso", ya que no produce manifestaciones francas y detectables con facilidad. De inicio asintomática, progresa hasta producir daño orgánico, comenzando la entonces sintomatología según el órgano afectado: Palpitaciones, Cefalea intensa, Epíxtasis, Rubor facial, Visión borrosa, Ansiedad, Mareos y Sudores.

Cuidados de enfermería en la hipertensión grave

La labor de Enfermería está encaminada preferentemente hacia:

- Reposo absoluto.
- Tomar la T.A. frecuentemente.
- Monitorización cardiaca del paciente.
- Proporcionar tranquilidad al paciente.
- Determinar la frecuencia y el ritmo del pulso.
- Administración de oxígeno.
- Efectuar un ECG.
- Control de constantes.
- Venoclisis y extracción de analíticas.
- Vigilar los posibles efectos secundarios del tratamiento farmacológico como hipotensión, naúseas, vómitos y cefaleas
- Realización Rx de tórax.
- Observar el monitor cardíaco en busca de posibles alteraciones del ritmo o signos de isquemia miocárdica.
- Observar el nivel de conciencia. Tienen riesgo de padecer hemorragia cerebral.
- Observar si presente signos de hemorragia cerebral.

Educación Sanitaria

- Abandono del tabaco.
- Reducción de peso.
- Moderación del consumo del alcohol.
- Reducción de la ingesta de sal.
- Aumento del nivel de actividad física. Evitar esfuerzos excesivos.
- Aconsejar que el paciente evite situaciones que supongan una carga emocional.
- Explicarle la razón del tratamiento y sus efectos esperados.
- Las medidas dietéticas comprenden no sólo la restricción calórica, sino asegurar una alimentación sana y equilibrada. El consumo de frutas y verduras , pescado, calcio, magnesio y potasio, así como la reducción del consumo de grasas, se ha visto asociado con disminución de las cifras tensionales.

Complicaciones

La HTA no tratada y sostenida puede dar lugar a complicaciones que incluyen la lesión de los órganos diana (cardiopatía isquémica, retinopatía hipertensiva, nefropatía hipertensiva, enfermedad cerebrovascular), la HTA maligna y las crisis hipertensivas.

Manejo del paciente traqueostomizado

Sheila Huerga Miguelez. Enfermera del Hospital San Juan de Dios y de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra
Andrés González Fernández. MIR de ORL. Complejo Hospitalario de Navarra
Paula Arruti Mendiluce. MIR de Familia. Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca
Ignacio Arruti González. Jefe de Sección ORL. Complejo Hospitalario de Navarra

EL paciente traqueostomizado siempre supone un reto en una planta hospitalaria, especialmente para profesionales que han tenido poco contacto con cánulas.

Conviene conocer unos conceptos previos.

● Traqueostomía es un procedimiento quirúrgico consistente en la comunicación de la tráquea con el exterior. Puede ser la vía de respiración definitiva en algunos casos, y transitoria en otros. Se realiza en varios supuestos, entre los que destacan:

- Obstrucción en la vía aérea superior, que imposibilite la respiración. Será temporal hasta el momento en que desaparezca el motivo de la obstrucción.

- Pacientes laringuectomizados, ya que este será su medio de respiración de forma definitiva.

- Pacientes intubados de forma prolongada, ya que el mantenimiento de esta situación podría ocasionar una estenosis traqueal. En este caso será temporal.

● Traqueostoma es el orificio creado en la pared de la tráquea y en comunicación con el exterior. Es por este foramen por donde introduciremos la cánula.

Cánula de traqueostomía

● Cánula. Prótesis de diversos materiales que se introducen por el traqueostoma. Una de sus utilidades es evitar el colapso de las paredes de la tráquea en el postoperatorio inmediato de la traqueostomía. Su número depende del diámetro del traqueostoma. Independientemente de los materiales, se diferencian:

- Fenestradas y no fenestradas. Las primeras presentan un agujero por el que podría pasar el aire a través del mismo, de forma que podría así acceder a las cuerdas vocales. Estaría indicado en aquellos pacientes que conserven las cuerdas vocales. Las no fenestradas estarían indicadas en pacientes donde no haya comunicación de la tráquea con la laringe, como en los laringuectomizados.

- Con balón y sin balón. El balón es un globo hinchable en su extremo distal. El balón hinchado está indicado si el paciente va a necesitar una ventilación mecánica; o en el caso de que haya riesgo de aspiración alimenticia y entrada de sangre en caso de paciente operado de vía aérea superior, entre otros ejemplos.

Cánula fenestrada y no fenestrada — Cánula sin balón y con balón — Endocánulas fenestrada y no fenestrada

● Endocánula. Dentro de la cánula. De fácil manejo y extracción para el lavado de las secreciones. Pueden o no tener fenestra para permitir la fonación, en pacientes que conserven la comunicación de la tráquea con las cuerdas vocales. Hay que tener en cuenta que las cánulas pediátricas no tienen este dispositivo.

Conocer los componentes es interesante para saber manejar una situación difícil:

● **Sangrado de vía aérea superior.** En este caso será vital colocar una cánula con balón e hincharlo. Esta situación podría darse en la planta de ingresos de otorrinolaringología, tras procedimientos en vía aérea superior.

● **Al paciente le cuesta respirar.** En ese caso lo más probable es que se haya formado un tapón de moco. En este caso lo que hay que hacer es retirar la endocánula, revisarla y limpiar el tapón. En caso de que el tapón no se encuentre en la endocánula, sino en el tracto respiratorio inferior, se puede irrigar unas gotas de suero fisiológico para forzar la tos y así eliminar el tapón.

● **Comienza a salir contenido alimenticio a través de la cánula.** En este caso es capital colocar una cánula con el balón hinchado, para eliminar la posibilidad de continuar enviando alimentos a la vía aérea inferior.

Los pacientes traqueostomizados, al salir del quirófano, ingresarán en la planta con el balón hinchado, éste deberá ser desinflado al transcurrir las primeras 8 horas para evitar así dañar la mucosa de la tráquea.

Posteriormente, tras unos días, será necesario el cambio de cánula a una sin balón; fenestrada o no en función de las condiciones del paciente.

Incluso con aquellos pacientes con continuidad de tráquea y cuerdas vocales, conviene tener varios juegos de endocánulas fenestradas y no fenestradas, por dos motivos:

● Poder limpiarlas con frecuencia.

● Colocar la endocánula no fenestrada por las noches, ya que así se minimiza el riesgo de desarrollar un granuloma en la zona de la fenestra que ocasionan las perforadas.

El paciente, antes del alta, debe ser capaz de manejar sus endocánulas y sus cánulas. Un adecuado conocimiento de estos aspectos es vital para poder formar a los pacientes.

Cuidados personales

Es normal tener una pequeña cantidad de moco alrededor de la cánula. El orificio en el cuello debe encontrarse rosado e indoloro.

Es importante mantener la cánula libre de moco espeso. Se debe llevar siempre consigo una cánula adicional. Una vez que se pone la cánula nueva, hay que limpiar la vieja y mantenerla para repuesto.

Cuando se tosa, hay que tener una toalla de papel o un pedazo de tela listo para atrapar el moco proveniente de la cánula.

Algunas formas comunes de mantener húmedo el aire que respira son:

● Poner una gasa o tela mojada sobre la parte externa de la cánula. Manténgala húmeda.

● Usar un humidificador en su casa cuando el calefactor esté encendido y el aire esté seco.

Unas cuantas gotas de agua con sal (solución salina) aflojarán un tapón de moco espeso. Ponga unas gotas en la cánula y la tráquea, luego respire profundamente y tosa para ayudar a que la mucosidad se expulse.

Se debe proteger el orificio del cuello con una tela o cubierta de traqueotomía cuando salga. Estas cubiertas también pueden ayudar a mantener su ropa limpia de moco y hacer que los ruidos respiratorios sean más silenciosos.

No inhale agua, alimento, talco ni polvo. Cuando se duche, cubra el orificio con una cubierta de traqueotomía. Usted no podrá ir a nadar.

Para hablar, necesitará cubrir el orificio con su dedo, una tapa o con una válvula para hablar. Una vez que el orificio en el cuello no le duela a causa de la cirugía, límpielo con hisopos o un trozo de algodón al menos una vez al día para prevenir una infección.

Cambie las cintas (ataduras de la tráquea) que mantienen la cánula en su lugar si se ensucian. Cerciórese de sostener la cánula en su lugar cuando cambie la cinta. Asegúrese de que le caben 2 dedos bajo la cinta para garantizar que no está demasiado apretada.

El cáncer y la pandemia de la soledad

Propuesta de una vacuna social

Equipo de Atención Social de aecc-Navarra
Vanessa Uranga Salinas y Eva Roque Merino. Trabajadoras sociales

Resulta complicado encender la televisión y no recibir un bombardeo de información sobre el tema. Si escuchamos a nuestro alrededor, llegan a nuestros oídos diversos debates sobre la misma cuestión. Con nuestra familia y amistades intentamos desconectar, pero siempre acabamos cayendo en la conversación de moda…No podemos evitarlo, el último año ha estado marcado por la primera pandemia del siglo XXI, la ocasionada por el virus SARS-Cov-2, conocido popularmente como COVID-19, ¿cómo no vamos a hablar de ello? Este virus ha tenido un gran impacto social y emocional sobre todas las personas que hemos atravesado sus distintas "olas", restricciones y consecuencias.

No obstante, desde el inicio de su expansión, se han identificado sectores de población especialmente vulnerables, como las personas que se encuentran en tratamiento oncológico (porque, efectivamente, otras enfermedades siguen existiendo). A la dificultad del propio proceso oncológico, se añade para estas personas el sentimiento de preocupación o miedo generalizado ante el contagio y la probabilidad de sufrir complicaciones graves ante el mismo. Por ello y por la afección que la pandemia tiene en otros ámbitos de la vida diaria, más allá de las condiciones sanitarias, dicha consideración de vulnerabilidad debería extenderse también al nivel social, relacional y emocional de las personas con cáncer.

Los otros efectos de la pandemia

Si nos centramos en el aspecto social se calcula que, a nivel nacional, podemos identificar anualmente alrededor de 27.000 personas con cáncer en riesgo de exclusión social.
Esta cifra se está viendo aumentada en el último año debido al impacto que la pandemia ha tenido sobre la situación laboral y económica de estas familias. Partimos de una situación en la que, según datos extraídos del Observatorio del Cáncer de la Asociación Española contra el Cáncer (en adelante, AECC) a través de la Encuesta de población Activa (EPA), alrededor del 26% de las personas en edad laboral diagnosticadas en el año 2020 en España, se encontraban en situación de vulnerabilidad económica previa al diagnóstico. El 65% de pacientes oncológicos en desempleo, tienen más de 50 años por lo que su edad también juega un papel determinante en las probabilidades de éxito en la búsqueda de empleo.
Si nos centramos en la Comunidad Foral de Navarra, al inicio de la pandemia, el número de personas con cáncer en situación laboral vulnerable era de trescientos cincuenta, cifra que ha ido incrementándose como consecuencia de los procesos de ERE o ERTE, así como por despidos.
Esta realidad hace necesaria la asunción de medidas excepcionales de apoyo y acompañamiento a dicho colectivo con el objetivo principal de que las necesidades básicas de pacientes y familiares estén cubiertas y su situación no interfiera en el correcto seguimiento del tratamiento oncológico.

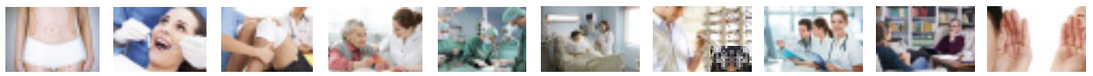
En cuanto al impacto emocional, podemos extraer datos del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) que estiman que ante la situación de confinamiento un 34.3% de las personas con cáncer han identificado sensaciones propias de trastornos de ansiedad o depresión. La preocupación de este sector de población ante la pandemia se da en mayor grado que entre la población en general y, si atendemos a las personas que dicen estar bastante o muy preocupadas, el dato asciende a un 96% en la población oncológica.
Estos datos responden fundamentalmente a la incertidumbre propia de una situación que escapa al propio control y el miedo a contraer el virus durante el proceso oncológico. La experiencia nos lleva a poder afirmar que muchos pacientes oncológicos han permanecido en un estado de aislamiento, no sólo durante el periodo de confinamiento, sino también tras el mismo debido a esta situación de vulnerabilidad. A pesar de que muchas de estas personas han podido mantener cierto contacto con sus seres queridos, el sentimiento de soledad y el impacto emocional que esto provoca es generalizado, tal y como refleja el estudio *Diagnóstico del impacto emocional experimentado por las personas afectadas por cáncer durante la crisis del Covid-19*, del observatorio anteriormente mencionado.

En busca de la vacuna para la soledad

Estas situaciones de privación social han afectado de manera desigual dependiendo de variables como el género, la edad o las redes de apoyo familiares de cada paciente. Del mismo modo, se han desarrollado diversas formas de combatir el comentado sentimiento de soledad dependiendo de las circunstancias personales.
Dentro de esta búsqueda del desarrollo de recursos personales para evitar que las emociones negativas y de soledad dominen el día a día entra en juego la atención psicológica especializada. Sin embargo, la intervención profesional no es la única alternativa. Uno de los efectos positivos de esta crisis sociosanitaria está siendo la formación de grupos de ayuda altruista entre los propios ciudadanos y ciudadanas que tratan de evitar sus pésimas consecuencias.
La Asociación Española Contra el Cáncer, aprovechando su amplia trayectoria en la gestión de servicios de voluntariado, ha decidido también adaptar su actividad de acompañamiento a las nuevas necesidades.
Una de las opciones más destacables es el acompañamiento a través de llamada telefónica o videollamada. En tiempos tan cambiantes encontramos una red de soporte estable que logra reducir el impacto que la soledad pueda tener sobre la situación emocional y el seguimiento del propio proceso oncológico. La relación entre el voluntariado y pacientes se construye como un espacio de confianza y fomento del bienestar, regido por la escucha activa.
Desde una perspectiva familiar, los cuidados y la atención a nuestros seres queridos se están enfrentando también a importantes limitaciones. Nuestras circunstancias diarias, así como las propias relaciones han cambiado y esto implica que no podemos llegar acompañar en los procesos como nos gustaría. Este tipo de servicios de voluntariado puede cubrir parte de estas carencias y complementar el apoyo familiar, proporcionando tranquilidad y soporte al entorno del paciente.
La experiencia con las personas que han recibido sus "dosis" de acompañamiento por parte del voluntariado nos permite confirmar que, en época de crisis, se trata de una opción muy positiva. El escenario ideal es que todas las personas que están atravesando un proceso oncológico puedan inmunizarse ante la soledad, ¿por qué no intentarlo a través de iniciativas de voluntariado? Aprovechemos esta consecuencia positiva de la pandemia: el fomento de la ayuda mutua.

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



Si tu negocio está vinculado a la salud de las personas
puedes anunciarte en *zona* ***hospitalaria*** *navarra* revista y web

Revista: 1 pág. interior = 600 €, 1/2 pág. = 400 €, 1 faldón 182 mm ancho x 60 alto = 300 € (Precios/Nº +IVA)
Web: Banner 230 píxeles ancho x 170 alto = 150 € en pág. Home y 100 € en pág. Navarra (Precios/Mes +IVA)
redaccion@zonahospitalaria.com

Merece la pena llevar mascarilla

Marian Autor López y Natalia Romero Aldave *(TCAE. Complejo Hospitalario de Navarra).* ***Verónica Rosero Villavicencio*** *(DUE de la Red de Salud Mental de Álava).* ***María Fe López Gastón*** *(DUE. Complejo Hospitalario de Navarra)*

En el siglo pasado las mujeres no podían llevar pantalones y por eso no eran menos mujeres. En este siglo no podemos abrazarnos y eso no significa que no nos queramos.

Queridos lectores, echando la vista atrás me doy cuenta, que, a lo largo de la historia, hemos evolucionado y asimilado formas de actuar que al final pasan a formar parte de nuestras costumbres, de nuestra cultura. Por ejemplo, nuestras hijas no entienden por qué a sus abuelas no les permitían llevar pantalones. En esta sociedad en la que éramos tanto de abrazarnos y besarnos cada vez que nos encontrábamos, hemos tenido que pasar, forzados por la pandemia, a saludarnos con el codo o con la mano en el pecho, o simplemente con nuestra voz, pues hasta las sonrisas están escondidas tras las mascarillas.

Pero no quiero ser pesimista, lo que deseo es presentaros los puntos positivos de todo esto. Otros inviernos por estas fechas oíamos, en los medios de comunicación, el número de fallecidos que había provocado la gripe, así como el número de personas hospitalizadas por neumonías ocasionadas por otros virus y bacterias. Este invierno, nadie se acuerda de la gripe porque apenas hay casos y también, gracias a que llevamos mascarillas, el número de catarros ha disminuido mucho. Por todo ello, doy las gracias a todas aquellas personas responsables que hacen un uso adecuado de las mascarillas y no las llevan de barbilla o de bufanda para abrigarse el cuello.

En lo que respecta a los niños, el año pasado antes de la llegada del coronavirus, las consultas de pediatría, así como el servicio de urgencias pediátricas, estaban saturadas de niños con bronquiolitis, amigdalitis, otitis, y otras muchas "itis" que, gracias a llevar las mascarillas, a la reducción de besos y achuchones, así como a relacionarnos con los convivientes, nos ha llevado a una disminución de casos y de fármacos que administrábamos a nuestros peques. ¿No les parece que merece la pena llevar mascarilla?

Así que ante este panorama no se olviden de sonreír, porque nos seguimos queriendo igual, aunque la manera de manifestarlo sea diferente, y porque sonreír estimula la segregación de endorfinas y se activa el sistema neurológico, respiratorio y cardiovascular. Las endorfinas hacen aumentar las defensas de nuestro organismo, protegiéndonos de cualquier enfermedad o virus.

Por todo ello no me queda más que despedirles con una gran sonrisa, esperando que sean responsables y que sigan queriéndose.

Médicos y Profesional Sanitario

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

Nº caracteres: 4.000 ó 7.000, incluidos espacios entre palabras

Enviar artículos a: redaccion@zonahospitalaria.com

Cómo almacenar leche materna

Silvia Goldáraz Busto
Enfermera obstétrico-ginecológica. Nº Colegiada 26/4381

La leche materna extraída es el mejor alimento que un bebé puede tomar cuando las circunstancias impidan que la madre pueda amamantar a su bebé. La leche materna puede almacenarse y conservarse para su uso posterior. Pero son muchas las dudas que surgen sobre qué hacer con la leche una vez extraída y sobre cómo crear un banco de leche casero.

Es conveniente empezar la extracción unos días antes, dependiendo de la circunstancia personal de cada madre (como puede ser la vuelta al trabajo) y de la cantidad de leche que se quiera almacenar. Además la técnica de extracción de leche requiere aprendizaje y entrenamiento, ya sea manualmente o con sacaleches.

¿Qué precauciones se deben tener en cuenta antes de almacenar leche materna?

- Es muy importante hacerlo de forma correcta y manteniendo siempre una higiene adecuada para garantizar que sea segura para el bebé.
- Se pueden utilizar envases aptos para uso alimenticio, de plástico duro o de vidrio, siempre que hayan sido lavados previamente con agua caliente y jabón. También hay bolsas específicas preparadas para almacenar leche materna.
- Es importante etiquetar cada recipiente, con la cantidad (en ml) y la fecha en la que ha sido extraída y congelada esa leche, para así poder descongelar la leche más antigua.
- Se recomienda almacenar la leche materna en cantidades pequeñas, entre 50 y 100 ml, para que, en caso de que el bebé no quiera tomar más, no se desechen grandes cantidades.

¿Cuánto tiempo aguanta la leche materna?

A temperatura ambiente:

- A 15º C: se conserva 24 horas.
- A 19 - 22º C: 10 horas.
- A 25º C: de 4 a 8 horas.

Frigorífico (0-4ºC): de 5 a 8 días. A ser posible en la parte más fría y nunca en la puerta.

Congelador:

- En un congelador dentro de la misma nevera: 2 semanas
- En un congelador que es parte de la nevera pero con puerta separada (tipo combi): 3-4 meses.
- En un congelador separado, tipo comercial con temperatura constante de -20º C: 6 meses.

¿Cómo almacenar la leche extraída?

- La leche recién extraída debe enfriarse en el frigorífico antes de ser congelada.
- Siempre que sea posible, congelarla en las primeras 24 horas tras la extracción.
- Si se extraen pequeñas cantidades (menos de 50-100 ml), se puede mezclar la leche de diferentes extracciones. Para ello es importante que ambas leches se encuentren a la misma temperatura.
- Si la extracción se realiza fuera de casa (como puede ser en el trabajo), se recomienda almacenar y transportar la leche materna en una nevera portátil con paquetes de hielo.

¿Cómo descongelar y utilizar la leche?

Para la utilización posterior, no hace falta calentarla, simplemente llevarla a temperatura ambiente. Es recomendable realizarlo de forma lenta, en el frigorífico.

El mejor método es colocar el recipiente bajo el chorro de agua tibia e ir dejando que el agua salga progresivamente más caliente (hasta un máximo de 37º C) hasta lograr descongelar la leche y que alcance la temperatura ambiente.

No se debe calentar la leche materna al microondas ni al baño maría, ni dejarla que hierva. Esto podría dañar sus propiedades nutritivas y protectoras, y crear puntos calientes que podrían quemar al bebé. Es importante, mover la leche para mezclar la nata sin agitarla.

Una vez descongelada, puede durar en el frigorífico hasta 24 horas. Y nunca se puede volver a congelar.

¿Qué hacer si no toma toda la leche que se ha descongelado?

Muchas veces el bebé no toma toda la leche que se ha descongelado. Para evitar desperdiciar toda la leche, es recomendable ofrecérsela en pequeñas cantidades y en un recipiente diferente del que ha sido almacenada (en un vaso, cuchara, jeringa o biberón). A medida que el bebé pida más cantidad se irá rellenando el envase de leche.

De esta forma, se puede guardar lo que no haya tomado para la próxima toma, ya que la leche descongelada puede mantenerse refrigerada durante 24 horas, siempre y cuando no haya entrado en contacto con la saliva del bebé.

Más información:
www.laligadelaleche.es
www.albalactanciamaterna.org

Ejercicio en la dislipemia

Mariola Sola Díaz e Izaskun Artuch Rey. *Fisioterapeutas. Complejo Hospitalario de Navarra*

La dislipemia es la elevación anormal de grasas (lípidos) en sangre (colesterol, HDL y LDL, triglicéridos):

Variables	Normal Adultos
Colesterol total	Por debajo de los 200mg/dl.
Triglicéridos	Menos de 150mg/dl (tras ayuno 8-10 horas)
Lipoproteina de alta densidad (HDL) o "colesterol bueno"	entre 29 y 72 mg/ dl con un óptimo de 45-85
Lipoproteina de baja densidad (LDL) o "colesterol malo"	entre 60 y130

Informes recientes, reconocen la importancia de realizar modificaciones en el estilo de vida, como son la reducción de peso y/o mantenimiento de un peso saludable y el aumento de la actividad física, sobre todo ejercicio aeróbico, ya que los beneficios de este ejercicio en la dislipidemia son muy positivos, demostrando una mejora en el perfil de lípidos en sangre, con elevación del HDL en el tratamiento de la enfermedad y también muestra beneficios en los triglicéridos y el LDL. *(Nota: el HDL alto es predictor de una larga esperanza de vida).*

Altos niveles de lípidos en sangre suponen un factor de riesgo cardiovascular.
Hay evidencia científica que demuestra que la práctica de ejercicio actúa positivamente en aquellas personas afectadas de dislipidemia, con lo que en la gran mayoría de los casos, la práctica de ejercicio esta recomendada. Las limitaciones para realizar dichas prácticas vendrán determinadas, sobre todo, por enfermedades asociadas como pueden ser la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca o la obesidad.

El ejercicio disminuye el riesgo cardiovascular

Vemos pues, el ejercicio como técnica para ayudar a mejorar el control de cifras de lípidos en sangre y disminuir el riesgo cardiovascular. Dentro de este ejercicio, concretamente, el ejercicio aeróbico es la modalidad clave para pacientes con dislipidemia.
Con una frecuencia mínima de 5 días para potenciar el máximo gasto calórico.
Con una intensidad entre el 40-70% de la Frecuencia Cardiaca.
Con una duración del ejercicio mínimo de 30-60 minutos/día. Recomendando aumentar hasta un mínimo de 50-60 minutos/día para aquellas personas que necesiten perder peso o mantenerse en un peso saludable.
En cuanto al tipo de ejercicio, se recomiendan actividades que involucren grandes grupos musculares como por ejemplo: marcha con bastones, bicicleta..

Aunque las conclusiones sobre las modalidades de ejercicio más adecuadas en esta enfermedad han venido siendo contradictorias, una revisión de 13 artículos concluye que el ejercicio de resistencia y su combinación con ejercicio aeróbico tiene efectos positivos sobre el nivel de colesterol y lípidos en sangre, al igual que sucede con el aeróbico únicamente.

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

La enfermedad del beso

Jaione Fernández García. *Enfermera de Pediatría del Centro de Salud de Ancín*

La mononucleosis infecciosa es una enfermedad provocada por un virus de la familia de los herpes. También conocida como la enfermedad del beso.

La mononucleosis es una enfermedad que afecta en mayor medida a escolares, adolescentes y adultos jóvenes. Es menos frecuente en niños preescolares (en la mayoría de las ocasiones, si están infectados carecen de síntomas visibles) y es muy inusual que se produzca en el primer año de vida. La incidencia máxima de la infección se produce entre los 15 y los 24 años de edad.

Causas

La mononucleosis o enfermedad del beso está producida por un virus de la familia herpesviridae llamado virus de Epstein-Barr aunque también puede estar causada por otros virus, como el citomegalovirus.
Se transmite principalmente por las secreciones orales (saliva) mediante intercambio de saliva, es decir, con un contacto personal estrecho (los besos), los estornudos, la tos y por compartir cubiertos.

Síntomas

El dolor de garganta es uno de los síntomas más habituales.
En términos generales los síntomas son:
- Fiebre, generalmente elevada.
- Astenia: debilidad muscular, a menudo con malestar general y fatiga.
- Inflamación de los ganglios linfáticos cervicales u occipitales. Resulta muy dolorosa.
- Faringoamigdalitis: inflamación de la faringe y amígdalas, generalmente por infección.
- Aumento del tamaño del bazo.
- La hepatitis es tan frecuente (hay alteración de las pruebas hepáticas en un 80 por ciento de los casos), que se considera otra característica del cuadro sintomático.
- Otros síntomas que pueden aparecer son rinitis o edema de párpados.

Prevención

En materia de prevención, las medidas que se pueden tomar inciden principalmente en una buena higiene; sobre todo, es importante lavarse las manos con frecuencia.
Además, es primordial evitar el contacto con recipientes o utensilios (como vasos, tenedores o cuchillos) que hayan sido utilizados por personas infectadas. También se recomienda mantener "la distancia terapéutica con las personas que presenten algún episodio de faringoamigdalitis".

Diagnóstico

El diagnóstico de la mononucleosis se realiza por el cuadro clínico y por las alteraciones en la sangre, causadas por un aumento de los leucocitos (glóbulos blancos), siendo habitual la linfocitosis (aumento de los linfocitos) y el predominio de linfocitos atípicos.
Existe, además, una elevación moderada de las transaminasas en el 50 por ciento de los pacientes.
También se utilizan los estudios serológicos, que son análisis de sangre para detectar la presencia de anticuerpos contra el virus responsable. Así como el estudio de anticuerpos específicos para el virus del Epstein-Barr (VEB).

Complicaciones

En raras ocasiones se producen complicaciones pero, dentro de las posibles, destacan las siguientes:
- **Neurológicas:** meningitis, parálisis de los nervios craneales o encefalitis.
- **Hematológicas:** anemia hemolítica o disminución de las plaquetas.
- **Respiratorias:** neumonía.
- **Rotura de bazo:** es una complicación grave producida por un exceso de la hinchazón pero poco frecuente.
- **Hepáticas** (ictericia), renales y genitales (orquitis).

Tratamiento

La mononucleosis requiere de un tratamiento que esté dirigido a tratar los síntomas más que la enfermedad en sí. Se suele recomendar mucho reposo y dormir, para que la fiebre pueda remitir con la máxima rapidez y los ganglios linfáticos se alivien. Adicionalmente, pueden recetarse medicamentos para reducir la fiebre en el que caso de que ésta sea muy elevada, siempre que sea bajo prescripción facultativa. Los antibióticos no están indicados porque no es una infección producida por bacterias, sino por virus.
La gran mayoría de los casos se autorresuelven de forma satisfactoria, pero en un número reducido de pacientes pueden aparecer complicaciones que se traducen en infecciones adicionales que se desarrollan a causa de algunas bacterias y el médico puede prescribir antibióticos para tratarlas.

CENTRO ECUESTRE CIZUR

CURSOS 2021 - CAMPAMENTO SEMANA SANTA-PASCUA

CURSOS 2021

POR MESES ¡¡APÚNTATE!!

- **Clases de Iniciación y de Tecnificación de doma y salto**
- **Participación en las ligas de doma y salto**
- **Participación en los campeonatos nacionales**
- **Txiki Pony**
- **Equinoterapia, Paseos, Pupilajes...**

CAMPAMENTO SEMANA SANTA-PASCUA
FECHAS - HORARIOS - PRECIOS

- **Del 6 al 9 de Abril**
- **Horario: 9 a 14 h.**

Posibilidad de entrada desde la 8,30 h y salida 14:30 h con un suplemento de 20 € /semana

- **Precio Semana Santa*: 160€/semana y 45€/día**

*Descuentos
15% Descuento para los alumnos de la escuela
10% Descuento para hermanos de alumnos

ACTIVIDADES

Actividades para todas las edades y niveles:

- **Aprender los cuidados del caballo**
- **Volteo, Trenzado, Juegos y gincanas**
- **Aprender a dar cuerda**
- **Clases de equitación iniciación y avanzada: Doma / Salto / Horseball.**
- **Carrusel y Paseos a caballo**

INSCRIPCIONES - OBSERVACIONES

- **Inscripciones por email o teléfono:**
  Marta Erroz 606 652 361
  info@centroecuestrecizur.com
- **Será obligatorio tener la licencia federativa en vigor y el uso del casco en las clases**

CENTRO ECUESTRE CIZUR

JESÚS GONZÁLEZ AYARRA/ MARTA ERROZ FERRER

Autovía A-12 Pamplona-Logroño, Salida 9
31190 Astrain - Navarra
618 757 284 - 606 652 361
info@centroecuestrecizur.com
www.facebook.com/centroecuestrecizur

REGALA CLASES, BONOS DE INICIACIÓN, CAMPAMENTOS

REGÁLALOS PORQUE SE LO MERECE, POR SU CUMPLEAÑOS, PARA HACER DEPORTE Y AMIGOS, PARA DISFRUTAR DE LA NATURALEZA, PARA DESARROLLAR OTROS VALORES... ¡¡ LA RAZÓN LA PONES TÚ !!