



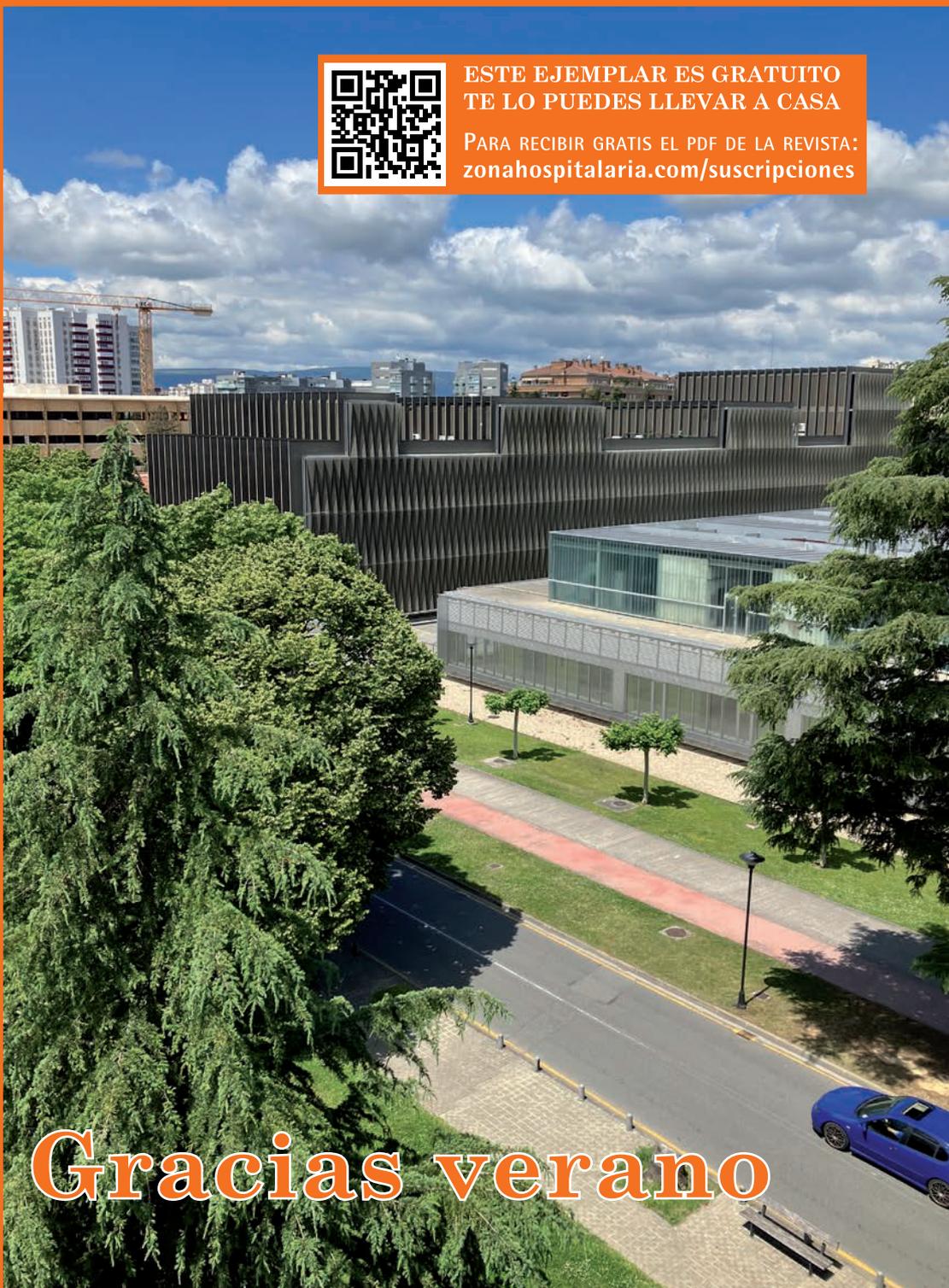
SUMARIO

- 2 Eliminar varices sin cirugía
- 3 Las bondades de la Ergoespirometría
- 4 ...precaución con el golpe de calor
- 5 Cirugía del pie y tobillo: cirugía de Mínima Incisión
- 6 Lavado de frutas y vegetales en verano
- 7 Implantes dentales subperióísticos, alternativa segura y predecible para grandes atrofas
- 8 ¿Porqué la COVID-19 es menos grave en los niños?
- 10 Síncopes en pediatría
- 12 Enfermedad de chagas y retos en áreas no endémicas
- 13 Tratamiento de varices sin pasar por el quirófano...
- 14 Estudio IBD-PODCAST: una invitación a la reflexión sobre el manejo de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en España
- 16 Redescubriendo la salud oral a los 65 años o más
- 17 Oxien: Pionero en Medicina Hiperbárica en Navarra
- 18 Cuidado de las personas mayores durante el verano
- 19 Disfruta del sol con seguridad
- 20 Seguridad desde el punto de vista anestésico del paciente en quirófano
- 22 ... biopsia hepática percutánea
- 23 Donar sangre en nuestros días
- 24 Mononucleosis infecciosa o enfermedad del beso
- 26 Tuberculosis...
- 28 ... síndrome de intestino irritable
- 30 Cómo manejar la insuficiencia cardiaca
- 31 ... beneficios del teletrabajo...
- 32 Marta Erroz Ferrer, entrenadora de Doma Clásica



ESTE EJEMPLAR ES GRATUITO
TE LO PUEDES LLEVAR A CASA

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



Gracias verano

Eliminar varices sin cirugía



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



ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

En la actualidad existen múltiples métodos no invasivos que ofrecen resultados similares a los de una intervención tradicional, pero de un modo mucho menos agresivo y, por lo tanto, más cómodo para el paciente.

Dado que no hay dos pacientes iguales no se puede generalizar, y es imprescindible una consulta con un **especialista en Angiología y Cirugía Vascular** con experiencia en el tratamiento de varices mediante procedimientos no invasivos, para que le pueda recomendar el mejor método en su caso concreto.

El objetivo principal del tratamiento es tratar la causa de las varices, que suele ser la insuficiencia de la vena safena, y de ese modo eliminar el problema circulatorio; y, de forma

secundaria, se tratan las varices propiamente dichas para mejorar el aspecto de la pierna.

La insuficiencia de la vena safena se puede solucionar mediante un procedimiento termoablativo (láser), con un tratamiento químico (microespuma o sellado con cianoacrilato), o mediante una técnica mecánico/química (catéter Clarivein). Se trata de procedimientos que se realizan con anestesia local o, a lo sumo, con una sedación suave, y no precisan la realización de incisiones, ni requieren un período de recuperación prolongado. Se pueden reanudar las actividades habituales de la vida diaria de forma prácticamente inmediata.

En cuanto a las **varices** en sí, la opción menos invasiva para tratarlas es la esclerosis con microespuma. No necesita anestesia, no hay que realizar ningún tipo de incisión quirúrgica, y

permite realizar durante el tratamiento las actividades de la vida diaria (trabajo, deporte, etc.), sin interrupción, dado que es un procedimiento ambulatorio.

El tratamiento mínimamente invasivo de la safena y de las colaterales que dependen de ella consigue resultados similares a los de una intervención tradicional, pero sin sus inconvenientes: anestesia general o raquídea, incisiones quirúrgicas, semanas de recuperación....

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



VSC

Varices Sin Cirugía



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

varicessincirugia.org

Dr. José Manuel Jiménez Arribas

**TRATAMIENTO NO INVASIVO
DE ELIMINACIÓN DE VARICES**

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

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



**TRATAMIENTOS
PERSONALIZADOS**
Sin ingreso y
sin baja laboral

Las bondades de la Ergoespirometría



Pedro María Azcárate

Doctor en Medicina por la Universidad de Navarra

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

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

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

www.doctorazcarate.com

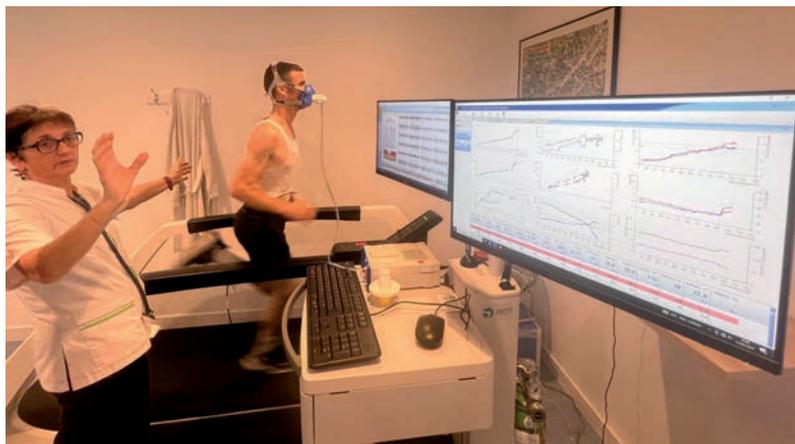


La prueba de esfuerzo cardiopulmonar o “ergoespirometría” es una herramienta diagnóstica, segura, no invasiva y reproducible, utilizada en el ámbito clínico con la que evaluar el funcionamiento cardiovascular, ventilatorio, metabólico y músculo-esquelético durante el ejercicio.

Su uso se remonta a los años 60, donde Karlman Wasserman describió a través del intercambio de gases (las anteriores técnicas invasivas suponían una demora importante en el análisis de los resultados) cómo determinar el punto de acidosis metabólica como consecuencia de una mayor demanda energética al aumentar la intensidad del ejercicio. Observó que pacientes con insuficiencia cardíaca presentaban una acidosis metabólica prematura. Este punto, denominado “umbral anaeróbico”, continúa siendo uno de los mejores indicadores del éxito deportivo en las pruebas de resistencia.

La técnica mide el intercambio de gases en la respiración a través de una máscara (consumo de O₂, producción de CO₂ y ventilación), además de la monitorización de las señales eléctricas del corazón, presión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno durante una prueba de esfuerzo progresiva hasta el agotamiento.

En comparación a pruebas realizadas en reposo (espirometría, electrocardiograma, etc) la tolerancia al ejercicio es un mejor predictor del estado de salud y del pronóstico de personas afectadas por enfermedades cardiovasculares o pulmonares. Esta técnica permite conocer con mayor detalle los factores limitantes del ejercicio (como una isquemia miocárdica o limitaciones pulmonares/ventilatorias



donde aumenta la ventilación requerida para eliminar una determinada cantidad de CO₂).

Sin duda alguna, el protagonista con traje y corbata de la ergoespirometría es el VO₂max o consumo de oxígeno máximo que puede ser captado a través del sistema respiratorio, transportado por el sistema cardiovascular y extraído por los tejidos. Mientras que una capacidad cardiopulmonar o VO₂max menor a <20 ml de oxígeno por kg/min representa una afectación más severa y peor pronóstico en pacientes con enfermedades cardiopulmonares (>50% de posibilidades de infarto de miocardio, ictus o muerte cardiovascular en pacientes con insuficiencia cardíaca con un VO₂max <10ml/kg/min), los atletas de élite como el corredor de montaña español Kilian Jornet, gozan de un sistema cardiopulmonar que puede llegar a consumir hasta 92 ml/kg/min de oxígeno.

Firma invitada: Erreka Gil Rey. Dr. en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Profesor del grado de CAFyD en la Universidad de Deusto. Rehabilitador en la Clínica TDN

CLÍNICA TDN SADENA DR. AZCÁRATE

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

SERVICIO CARDIOLOGÍA:

Cardiología General
Prevención Cardiovascular
Cardiología deportiva
Valvulopatías
Insuficiencia cardíaca
Cardiopatía isquémica
Arritmias
Cardiología pediátrica
Rehabilitación cardíaca

SERVICIO MEDICINA DEPORTIVA Y SALUD:

Pruebas de esfuerzo
Reconocimiento médico
aptitud deportiva
Ejercicio Físico para personas
con problemas de salud y
enfermedades crónicas
Hipertensión
Obesidad y diabetes

SERVICIO FISIOTERAPIA:

Rehabilitación lesiones
musculoesqueléticas
Prevención de lesiones
Asesoramiento manejo
lesiones y prevención en
equipos.

Ante el aumento de temperaturas, precaución con el golpe de calor



Iba Azcona Osés, Adriana Sagiés Curini, Julen Etxeberria Andueza, Janire Lezaun Gastón y Alba Sáenz Cruz. Enfermeros/as. Hospital García Orcoyen. Estella/Lizarra.

Con la llegada del verano se incrementan las temperaturas y con ello el riesgo de padecer un **golpe de calor**.

Actualmente debido al cambio climático y aumento general de las temperaturas el golpe de calor está considerado un importante problema de salud pública. Este se da cuando la temperatura corporal alcanza los 40°C y los mecanismos de regulación de la temperatura no son efectivos. Se produce una importante pérdida de líquidos corporales pudiendo llegar a causar importantes daños neurológicos o incluso la muerte. Es por ello, que es considerada una urgencia vital, siendo las personas más vulnerables niños, ancianos, así como personas con enfermedades cardiovasculares, pulmonares o renales crónicas

Sintomatología

Los síntomas pueden ser variados desde leves a potencialmente mortales si no se pone remedio. Inicialmente se produce un aumento de la temperatura corporal con disminución de la sudoración la cual se acompaña de enrojecimiento y sequedad de piel y mucosas. Se da un aumento de la frecuencia cardiaca, dolor de cabeza que puede ir acompañado de náuseas y/o vómitos. Si no se trata puede evolucionar a dificultad respiratoria, desorientación, convulsiones, alteración del estado mental e incluso el coma por golpe de calor.

Tratamiento

La actuación deberá ser lo más precoz posible, contactando con el servicio sanitario más próximo si fuera preciso.

- En primer lugar se debe colocar a la persona en un lugar sombrío, fresco y ventilado donde no incida directamente los rayos de sol.

- Retirar o aflojar la ropa.
- Se colocarán compresas de agua fría en la frente, axilas o ingles.
- Si la persona se encuentra consciente se pueden proporcionar líquidos fríos (Agua o bebidas isotónicas).
- En caso de estar inconsciente, colocar en posición lateral de seguridad y avisar a los servicios de emergencia.

Prevención

Exposición solar

- Evitar las horas de máximas temperaturas para realizar deporte o actividades al aire libre.
- Mantener las persianas y ventanas del hogar cerradas en las horas punta del día para evitar el sobrecalentamiento de la casa y aprovechar a ventilar por la noche cuando descienden las temperaturas.
- Permanecer en lugares más sombríos o no expuestos directamente al sol.
- Evitar permanecer en el interior de vehículos cerrados o con poca ventilación.

Vestimenta adecuada

- Proteger la cabeza de la exposición solar con el uso de sombrillas, gorras, pañuelos o sombreros.
- Usar ropa de colores claros, ligera y transpirable.

Hidratación

- Beber abundantes líquidos frescos, preferiblemente agua (al menos 2 litros diarios, salvo contraindicación médica).
- Evitar bebidas azucaradas, alcohólicas o altas en cafeína.
- Beber frecuentemente incluso antes de sentir sensación de sed.
- Evitar las comidas calientes y pesadas ya que aumentan el calor corporal.

Ver Bibliografía: zonahospitalaria.com



TURISMO RELIGIOSO CULTURAL

VIAJE CULTURAL A LA ZONA DE EL BIERZO. 2 al 6 de septiembre, con motivo de la Exposición de las Edades del Hombre. Hotel de tres estrellas, en uno de los pueblos más bonitos de la zona. Pensión completa. Todas las visitas con guía oficial e incluidas con sus tiques en el precio. VISITAREMOS EL PARQUE NATURAL DE LAS MÉDULAS patrimonio de la humanidad: **690 €**

SANTUARIO DE LOURDES. 21-22 de septiembre todo incluido desde la comida del sábado a la comida del domingo. Programa religioso: **168 €**

Todos los viajes se publican en www.peregrinacionesnavarra.es

SERVICIO ABIERTO A TODO INTERESADO EN PARTICIPAR

www.peregrinacionesnavarra.es

Cirugía del pie y tobillo: cirugía de Mínima Incisión



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



JAVIER CON SU EQUIPO

La Cirugía de Mínima Incisión (MIS), también conocida como Mínima Incisión Surgery en inglés, ha revolucionado el tratamiento de las deformidades del pie, gracias a los avances en la ciencia podológica.

Esta técnica innovadora permite corregir y eliminar deformidades como juanetes, dedos en garra, dedos en martillo, y otras prominencias óseas.

Factores Comunes del Dolor de Pies

- Juanete (Hallux Valgus)
- Dedos en Garra
- Dedos en Martillo
- Picos Óseos
- Otras Deformidades

Estas condiciones no solo afectan la alineación y estética del pie, sino que también pueden ser muy dolorosas.

Elección del Método Quirúrgico

La técnica quirúrgica adecuada se elige según:

- Gravedad de la deformidad
- Calidad ósea
- Edad del paciente
- Presencia de enfermedades sistémicas

Cada tratamiento es personalizado y evaluado por un podólogo cirujano.

Proceso de la Cirugía de Mínima Incisión

- 1. Régimen Ambulatorio:** La cirugía se realiza con anestesia local, permitiendo al paciente entrar y salir caminando el mismo día.
- 2. Pequeñas Incisiones:** Se realizan incisiones de 2-3 mm para introducir el material quirúrgico necesario.
- 3. Tecnología Avanzada:** Uso de ecografía y RX (fluoroscopia) para técnicas precisas y mínimamente invasivas.
- 4. Terapias Postquirúrgicas:** Uso de láser, Magnetoterapia y radiofrecuencia para facilitar la recuperación.

Postoperatorio

- **Vendaje Funcional:** Se lleva a cabo durante 4-6 semanas.
- **Revisiones Semanales:** Control y cambio de vendaje por el podólogo cirujano.
- **Calzado Especial:** Uso de zapato post quirúrgico seguido de zapatillas deportivas cómodas.
- **Plantillas a medida:** En algunos casos, para abordar alteraciones biomecánicas y prevenir complicaciones futuras.

Clínica Podológica Ayesa

La **Clínica Podológica Ayesa**, ubicada en Pamplona y Bilbao y dirigida por el Dr. Javier Ayesa Roa, ofrece una **valoración quirúrgica gratuita**. Tratan diversas patologías como fascitis plantar, espolón, dedos en garra, y mucho más.

Cuidado de los Pies

Los pies son una parte clave del cuerpo y merecen el cuidado adecuado. Para vivir sin limitaciones, acude a la **Clínica Podológica Ayesa**.

Conclusión

La cirugía de mínima incisión ofrece una solución efectiva y menos invasiva para las deformidades del pie, permitiendo una rápida recuperación y una mejora significativa en la calidad de vida del paciente.

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

VENTAJAS de la cirugía mínimamente invasiva de juanetes

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

Valoración quirúrgica gratuita

Plantillas personalizadas a medida



Reserva tu cita:

948 153 622

clinicaayesa@gmail.com
Av. San Ignacio, 12. Pamplona

clinicaayesa.es



Lavado de frutas y vegetales en verano

Alba Sáenz Cruz. Enfermera en el SNS de Consultas Príncipe de Viana.

Julen Etxeberria Andueza. Enfermero de hospitalización quirúrgica del Hospital García Orcoyen.

Alba Azcona Osés y Adriana Sagüés Curini. Enfermeras Pool del Hospital García Orcoyen.

Janire Lezaun Gastón. Enfermera de la Unidad Materno-Infantil del Hospital García Orcoyen

El consumo de **frutas y vegetales frescos** es fundamental para una dieta saludable y equilibrada. Estos alimentos aportan vitaminas, minerales, fibra y otros nutrientes esenciales para el buen funcionamiento del organismo. Sin embargo, es importante lavarlos adecuadamente antes de consumirlos para eliminar posibles contaminantes y reducir el riesgo de enfermedades transmitidas por los alimentos.



Recomendaciones generales para el lavado de frutas y vegetales

- Lavar las manos con agua y jabón antes y después de manipular las frutas y vegetales.
- Enjuagar las frutas y vegetales bajo un chorro de agua fría corriente durante al menos 30 segundos.
- Frotar suavemente las frutas y vegetales con las manos para eliminar la suciedad y los pesticidas.
- Secar las frutas y vegetales con una toalla de papel limpia.

Consideraciones especiales para algunos tipos de frutas y vegetales

- **Frutas y vegetales de piel rugosa o con surcos:** Frotarlas con un cepillo de cerdas suaves para eliminar la suciedad y los pesticidas que pueden acumularse en las hendiduras.
- **Frutas y vegetales con cáscara comestible:** Lavar bien la cáscara, ya que puede contener contaminantes. En algunos casos, como las manzanas, se puede frotar la cáscara con una toallita húmeda para eliminar la cera.
- **Frutas y vegetales que se van a pelar:** No es necesario lavarlos tan a fondo, ya que la piel se va a eliminar. Sin embargo, se recomienda enjuagarlos brevemente para eliminar la suciedad superficial.
- **Verduras de hoja verde:** Separar las hojas y lavarlas individualmente bajo el chorro de agua.

Importancia de evitar el uso de detergentes y desinfectantes

No se recomienda el uso de detergentes o desinfectantes para lavar las frutas y vegetales, ya que pueden dejar residuos que pueden ser perjudiciales para la salud.

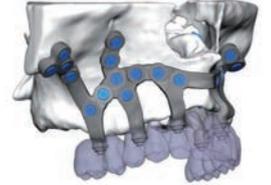
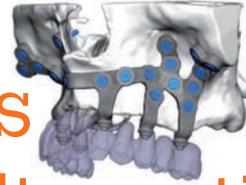
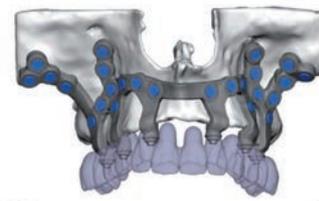
Beneficios del lavado adecuado de frutas y vegetales

- **Reduce el riesgo de enfermedades transmitidas por los alimentos:** Las bacterias, los virus y los parásitos pueden contaminar las frutas y vegetales durante su cultivo, cosecha o transporte. El lavado adecuado ayuda a eliminar estos microorganismos y reduce el riesgo de enfermedades como la salmonelosis, la E. coli y la hepatitis A.
- **Elimina pesticidas:** Los pesticidas son productos químicos utilizados para controlar las plagas en los cultivos. Aunque la mayoría de los pesticidas son seguros en pequeñas cantidades, un buen lavado puede ayudar a eliminar los residuos que pueden quedar en las frutas y vegetales.
- **Mejora la calidad y el sabor de los alimentos:** El lavado elimina la suciedad, el polvo y otros residuos que pueden afectar la calidad y el sabor de las frutas y vegetales.

Conclusión

El lavado adecuado de frutas y vegetales es una práctica sencilla pero esencial para proteger la salud y disfrutar de los beneficios nutricionales de estos alimentos frescos. Siguiendo las recomendaciones generales y considerando las características específicas de cada tipo de fruta o vegetal, podemos asegurarnos de consumir alimentos seguros y de alta calidad.

Ver Bibliografía: zonahospitalaria.com



Implantes dentales subperiósticos, alternativa segura y predecible para grandes atrofias

El tratamiento con este tipo de implantes puede completarse en una sola sesión



Dr. Ángel Fernández Bustillo
Especialista en Cirugía Maxilofacial e Implantología
Nº Col. 6114-NA
www.clinicabustillo.com



Bustillo&López

CASTILLO DE MAYA, 45. T 948152878

Los avances en implantología dental intentan ofrecer soluciones más rápidas y predecibles a la pérdida de dientes. Los especialistas sabemos que los pacientes prefieren intervenciones que no sean muy traumáticas, y que les restauren los dientes en el menor tiempo posible.

Por eso, junto a los tratamientos más habituales que comportan la integración de implantes en el hueso y un proceso previo de reconstrucción ósea, surgen otras técnicas que permiten devolver la sonrisa mediante procedimientos menos invasivos y que, a la larga, resultan igual de eficaces.

Es el caso de los implantes subperiósticos, una técnica que, en realidad, tiene muchos años, pero que se ha reinventado gracias a la tecnología digital y los avances en materiales protésicos. Este tipo de implantes solucionan grandes atrofias maxilares o mandibulares en las zonas anatómicas donde habitualmente hay dificultades para colocar implantes, como el seno maxilar o el entorno del nervio mandibular.

Con el mismo propósito se utilizan también los implantes zigomáticos, que por su mayor longitud pueden anclarse en el pómulo y no necesitan una reconstrucción ósea previa. Los subperiósticos, debido a sus características, tampoco necesitan la restauración de hueso.

Qué es un implante subperióstico

Un implante subperióstico es una placa de osteosíntesis, de material similar a cualquier prótesis que se coloca en la estructura craneofacial. Se coloca debajo del periostio, la membrana que recubre al hueso en el maxilar y la mandíbula.

Lleva unos anclajes para insertar posteriormente las coronas y se atornilla en la superficie ósea, por lo que no necesita una gran densidad, a diferencia de un implante ordinario. Una vez colocada, la placa quedará oculta debajo del tejido de la encía.

A partir de la información que se obtiene de la boca mediante escáneres y con el apoyo de software de planificación dental, se crean placas personalizadas para resolver con exactitud la patología individual.

Cuando recurrimos a los implantes subperiósticos, podemos llegar a limitar la intervención a una sola sesión, en la que se colocarán los implantes y los dientes definitivos. Esto puede suponer un gran alivio para el paciente.

No les afecta la enfermedad periimplantaria

Por sus características, al no ir insertados en el hueso, no estarán afectados por la enfermedad periimplantaria, la más habitual de los implantes convencionales. Pueden surgir otras incidencias, como fracturas, aflojamiento de los tornillos o problemas en el tejido que los envuelve.

No obstante, como se trata de una técnica nueva o renovada, aún no ha pasado un tiempo suficiente para que la comunidad médica pueda dar datos válidos sobre su evolución. Por nuestra parte, creemos que es predecible y segura, y confiamos en ella porque estamos obteniendo excelentes resultados y muchos pacientes satisfechos.



¿Porqué la COVID-19 es menos grave en los niños?

Teodoro Durá Travé

Profesor de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra

En diciembre de 2019, en Wuhan (China) tuvo lugar el inicio de una nueva enfermedad infecciosa causada por el **coronavirus SARS-CoV-2**, más conocida como **COVID-19**, que originó una pandemia mundial con alta morbimortalidad. La COVID-19 se caracterizaba por un amplio espectro clínico desde síntomas respiratorios leves hasta daño pulmonar severo (neumonía y/o síndrome de dificultad respiratoria e hipoxemia) y fallo multiorgánico.

La inflamación es uno de los primeros mecanismos que pone en marcha el sistema inmunitario tras el reconocimiento de agentes patógenos invasivos. La secreción de "citoquinas inflamatorias" por las células infectadas estimulan la migración de células inmunes hacia el foco infeccioso. Sin embargo, algunos pacientes infectados por el SARS-CoV-2 tenían una respuesta inmune "descontrolada", caracterizada por un excesiva producción de citoquinas inflamatorias (tormenta de citoquinas) con inestabilidad hemodinámica y fracaso funcional multiorgánico, representando una de las principales causas de mortalidad en la COVID-19.

Desde las primeras etapas de la pandemia se observó que la mayoría de los niños infectados con SARS-CoV-2 eran asintomáticos o presentaban manifestaciones clínicas leves, generalmente síntomas de infección aguda del tracto respiratorio superior (fiebre, tos, dolor de garganta, etc.) y/o gastrointestinales (vómitos, diarrea, etc.), siendo las complicaciones relativamente excepcionales.

Se han propuesto diversas hipótesis para explicar las diferencias en la gravedad de la COVID-19 relacionada con la edad, distinguiéndose entre factores que aumentarían la gravedad de la COVID-19 en los adultos y factores protectores en los niños.

Factores que incrementan el riesgo de COVID-19 grave en los adultos

• Receptores virales (puertas de entrada)

Los receptores virales son componentes celulares que facilitan la entrada del virus a la célula. Los receptores ACE2, ubicados mayoritariamente en el sistema respiratorio (nasofaringe, alveolos pulmonares etc.) han sido identificados como los receptores necesarios para la infectividad del SARS-CoV-2.



El número de receptores ACE2 y su afinidad por el SARS-CoV-2 aumentan con la edad, siendo significativamente más numerosos en la edad adulta que en los niños.

• Daño endotelial y estado de hipercoagulabilidad

Con la edad se produce un aumento del daño endotelial (capa interior de los vasos sanguíneos) y, en consecuencia, una mayor susceptibilidad a la coagulación. El SARS-CoV-2 puede infectar las células endoteliales y activar la coagulación causando complicaciones trombóticas en la COVID-19 (ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares). En los niños el endotelio está menos "dañado" en comparación con los adultos y el sistema de coagulación también difiere, lo que hace que los niños sean menos propensos a sufrir una anormal coagulación.

• Comorbilidades asociadas

Los niños, en comparación con los adultos, tienen una menor prevalencia de comorbilidades que se han asociado con la COVID-19 grave, tales como enfermedades cardiovasculares, pulmonares y renales crónicas, diabetes, hipertensión, inmunosupresión y obesidad.

Inmunosenescencia

El envejecimiento se asocia con una disminución gradual de la función inmune (reconocimiento ineficaz de patógenos, agotamiento de linfocitos productores de anticuerpos neutralizantes, etc.) lo que probablemente reduce las posibilidades de la eliminación del SARS-CoV-2.

• Deficiencia de vitamina D

La vitamina D tiene propiedades antiinflamatorias y su deficiencia se ha asociado con una mayor gravedad y mortalidad de la COVID-19. La vitamina D reduce la síntesis de citoquinas proinflamatorias evitando así la infiltración de células inmunes en los pulmones. La prevalencia de hipovitaminosis D aumenta con la edad, especialmente en edades avanzadas.

Factores protectores frente al SARS-CoV-2 en los niños

• Infecciones recurrentes (inmunidad entrenada)

Los niños padecen infecciones virales recurrentes (incluidos coronavirus causantes de catarros comunes) que darían lugar a una reprogramación de la "memoria" inmunitaria; es decir, a una "inmunidad entrenada" con posibilidades de una respuesta inmune cruzada intensa e inmediata (anticuerpos preexistentes de otras infecciones virales) proporcionando una mayor protección frente al SARS-CoV-2.

• Vacunas con virus vivos atenuados

Las vacunas vivas atenuadas tienen efectos inmunomoduladores más allá de la protección contra la enfermedad objetivo de la vacuna. Es decir, la inclusión en el calendario de vacunación infantil de la vacuna triple vírica (sarampión, paperas y rubéola) y la vacuna contra la poliomielitis protegería frente a otras infecciones virales mediante la inducción del citado fenómeno de "inmunidad entrenada" contribuyendo a las diferencias en la gravedad de la COVID-19.

• Diferencias en la respuesta inmunitaria según la edad

Cuando se produce una infección viral las

células infectadas producen "interferón" (IFN) que activa al sistema inmunitario para inhibir la replicación viral y proteger al organismo de las consecuencias de la expansión del virus. Existen diferencias en la respuesta inmunitaria entre niños y adultos. Los niños producen IFN (respuesta antiviral) de forma más rápida (durante el periodo de incubación del SARS-CoV-2) que llevaría a una contención/eliminación del virus más eficaz. Esta eventualidad probablemente estaría relacionada con la citada "inmunidad entrenada". Además, los niños tienen una menor capacidad de provocar una tormenta de citoquinas que, como ha sido anteriormente comentado, desempeña un papel importante en la gravedad de la COVID-19.

• Intensidad de la exposición viral

Los adultos tienen un mayor riesgo de exposición al SARS-CoV2 dadas sus responsabilidades laborales (lugar de trabajo) y relaciones sociales (compras, viajes, etc.) y la carga viral influye en la gravedad de la COVID-19. Por tanto, una menor intensidad de exposición viral (los niños se infectan generalmente por transmisión de adultos) podría ser otro factor que favorezca una enfermedad menos grave en los niños.

Conclusiones

Aunque se han formulado distintas hipótesis sobre por qué los niños se ven menos afectados por la COVID-19, es poco probable que exista una única explicación. No obstante, parece que el sistema inmunitario en los niños estaría mejor adaptado para eliminar al SARS-CoV-2 y, de hecho, la mayoría solo acaban cursando una enfermedad leve o asintomática.



Síncopes en pediatría

*María Erroz Ferrer. MIR de Pediatría y Áreas Específicas. Hospital Universitario de Navarra.
Patricia Martínez Olorón. Cardióloga Infantil. Hospital Universitario de Navarra*

Los **síncopes** son un motivo frecuente de consulta en Cardiología Infantil. La mayoría de veces su origen es benigno y no requiere tratamiento, pero es importante conocer los signos de alarma para sospechar si es de origen cardiogénico y en ese caso, derivar al Cardiólogo Infantil para valoración.

Un síncope es una repentina y breve pérdida de conocimiento asociada a una pérdida del tono muscular. Ambos se deben a una disminución global y transitoria del flujo sanguíneo al cerebro. En ocasiones no se llega a perder el conocimiento pero se experimenta una sensación de desfallecimiento inminente, lo que denominamos presíncope.

Los síncopes son más frecuentes en la adolescencia y en las mujeres jóvenes, pudiendo estar relacionados con los cambios hormonales en ambos casos. Suelen ser episodios breves, autolimitados y frecuentemente precedidos de un desencadenante (visión de sangre, agujas, golpe de calor...etc.).

Síncope vasovagal

Son múltiples las causas que pueden producirlos. En primer lugar y más frecuente estaría el **síncope vasovagal**, que es aquel episodio típico de pérdida de conocimiento precedido de síntomas como: palidez de cara, sudoración, sensación del latido rápido del corazón, pérdida de fuerza en las piernas, náuseas o visión borrosa.

Estas situaciones siempre tienen un desencadenante previo, por ejemplo el más conocido es el visualizar sangre o agujas, debido a la gran aprensión que genera en algunas personas. También puede ocurrir en otras situaciones que generen ansiedad o temor, o asociado al dolor intenso, o al estar en lugares multitudinarios o en lugares muy calurosos y húmedos.

En general, hay personas que tienen mayor susceptibilidad a padecerlo que otras, aunque es más fácil que ocurra si se está en ayunas o con pocas horas de sueño. El mecanismo que lo desencadena no es del todo claro, pero se cree que está relacionado con alteraciones en el sistema simpático (aquel que es parte del sistema nervioso y actúa de forma involuntaria aumentando la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria y el tamaño de las pupilas, además de hacer que los vasos sanguíneos se estrechen y disminuyan los jugos digestivos).

En personas susceptibles, los diferentes estímulos mencionados anteriormente generan una supresión paradójica de la actividad simpática en sus organismos, con la secundaria dilatación de los vasos sanguíneos y descenso de la tensión arterial.

Este tipo de síncopes no requiere tratamiento específico, aunque si se dan unas recomendaciones generales. En primer lugar, se deben evitar



factores predisponentes como calor extremo, deshidratación o aglomeración de personas. En segundo lugar, se recomienda reconocer los síntomas premonitorios para que, en caso de que éstos ocurran, se adquieran posturas para evitar la pérdida de conocimiento. Estas posturas son o bien tumbarse y elevar las piernas por encima de la cabeza, o bien sentarse en una silla y bajar la cabeza colocándola entre las piernas.

Síncope después de la actividad física intensa

En segundo lugar, otro síncope muy frecuente es el que ocurre después de actividad física intensa en personas desentrenadas. Parece estar en relación con el remanso de la sangre en las piernas (debido a la vasodilatación que ocurre con el deporte), asociado frecuentemente a una hidratación inadecuada y calor ambiental.

La manera de evitar este tipo de síncope sería no frenar repentinamente cuando queremos finalizar el ejercicio, sino disminuir paulatinamente la actividad. De esta manera, damos tiempo a la frecuencia cardíaca y tensión arterial a regularse y a disminuir progresivamente, evitando así los cambios bruscos que puedan provocar las pérdidas de conocimiento.

Síncope por la postura, micción y de origen cardiogénico

Existen otros dos tipos de síncope determinados por la **postura**. Por un lado, están los provocados por hipotensión ortostática, que se deben a cambios bruscos de posición al levantarse repentinamente de la cama o del sofá.

Éstos suelen precederse de una sensación de mareo sin otros síntomas (para diferenciar del vasovagal), que cesa a los pocos segundos. Para evitarlos, se recomienda asumir con lentitud la posición erguida, utilización de medias elásticas o dietas con alto contenido en sal.

Por otro lado, existen síncope que ocurren tras estar un tiempo prolongado de pie. En este caso, se explicarían porque el sistema nervioso

simpático provoca aumentos repentinos en la frecuencia cardíaca cuando detecta que la sangre se acumula en las piernas tras excesivo tiempo estando de pie. Estos pacientes suelen tener intolerancia al ejercicio, sensación de palpitaciones, sudoración o náuseas estando de pie. Se recomienda valoración en estos casos por especialista, por si precisa tratamiento.

Otros tipos de síncope se asocian a situaciones muy específicas. Por ejemplo está el relacionado con la **micción** (justo antes, durante o inmediatamente después). Suele ocurrir al levantarse para orinar tras llevar tiempo dormido. También hay otros asociados a la defecación; episodios de ataque de tos; estiramiento o arreglos del pelo... etc. Y también existe uno debido a la toma de fármacos como algunos antihipertensivos o antiarrítmicos.

Por último, cabe destacar el síncope de **origen cardiogénico**, que es aquel cuya causa está en un problema a nivel cardíaco que precisa valoración temprana por el especialista. Signos de alarma que deberían hacernos pensar en él son: síncope producido durante el ejercicio; síncope en situaciones de estrés o peligro; síncope asociado a la natación o al despertarse por la mañana bruscamente por el ruido del despertador o alarma del móvil; síncope estando tumbado; si existen antecedentes de cardiopatías en la familia o antecedentes familiares de muerte súbita; síncope asociado a dolor de pecho o palpitaciones; o en los casos que los que las pruebas complementarias como el electrocardiograma estén alteradas.

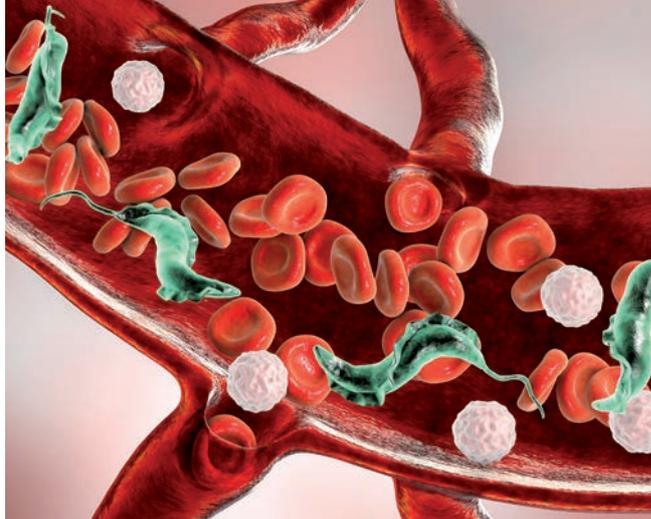
En caso de encontrar cualquiera de estos signos de alarma en contexto de síncope, será preciso contactar con un médico para valorar la derivación a Cardiología Infantil donde se descartarían alteraciones cardíacas y se ampliaría el estudio del síncope si precisara.

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



Enfermedad de chagas y retos en áreas no endémicas

Janire Lezaun Gastón. Enfermera en Unidad Materno Infantil. Hospital García Orcoyen. Estella.

Adriana Sagües Curini. Enfermera pool. Hospital García Orcoyen. Estella.

Alba Sáenz Cruz. Enfermera del SNS. Área de Consultas de Príncipe de Viana.

Julen Etxeberria Andueza. Enfermero de Hospitalización Quirúrgica en Hospital García Orcoyen. Estella.

Alba Azcona Osés. Enfermera pool en Hospital García Orcoyen. Estella.

Raquel Díaz de Cerio Cadarso. Enfermera de Hospitalización Quirúrgica en Hospital García Orcoyen. Estella

La **enfermedad de Chagas (EC)** o **tripanosomiasis americana** es una enfermedad parasitaria (*Tripanosoma Cruzi*) endémica en 21 países de América Latina y definida por la organización mundial de la salud (OMS) como una de las 17 enfermedades tropicales desatendidas (ETD) del mundo.

En áreas endémicas la transmisión de la EC es vectorial, por un insecto triatomino comúnmente conocido como vinchuca. Sin embargo, a raíz de movimientos migratorios principalmente, la enfermedad se encuentra y se transmite en países no endémicos a través de las vías no vectoriales.

España es el país no endémico con más casos de EC estimados fuera de las Américas. En Europa, se estima una prevalencia de 4,2% en migrantes de áreas endémicas y una tasa de infradiagnóstico de hasta un 95%.

Manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

Esta enfermedad, descrita por primera vez en 1908 se describe a nivel clínico en 2 fases: aguda y crónica.

La **fase aguda** es en la mayoría de los casos asintomática (90%) y cuando aparecen síntomas, especialmente en la transmisión oral y en

las áreas endémicas, el síndrome patognomónico de la enfermedad es el chagoma de inoculación. En países no endémicos la fase aguda solo se podrá dar por transmisión congénita, transfusión de sangre y donación de órganos. En esta fase la parasitemia es alta, alcanza el máximo hacia los 30 días de la infección y es detectable con pruebas parasitológicas directas.

En caso de no dar tratamiento en el 70% de los casos la enfermedad avanza a una **fase crónica** indeterminada asintomática, con resultado positivo en las pruebas serológicas y sin daño orgánico de por vida. El 30% de los casos evolucionan a una fase crónica sintomática con daños irreversibles en corazón, esófago, colon o sistema nervioso periférico.

En cuanto al tratamiento, la organización panamericana de la salud (OPS) recomienda tratamiento tripanocida en personas con infección aguda, congénita e infecciones crónicas sin daño orgánico específicos. En todos los casos el fármaco de primera elección sería Beznidazol y de segunda Nifurtimox.

Retos en áreas no endémicas

La tasa de curación en la fase de aguda de EC y en menos de 12 meses es casi del 100%. En el caso de la fase crónica el tratamiento puede disminuir o eliminar la carga parasitaria y modificar la evolución natural de la enfermedad.

El perfil clínico de las personas afectadas es diferente a las áreas endémicas, con menor morbilidad y a edad más joven. Los países receptores de personas de Latinoamérica tienen el deber de adaptar su sistema de salud para la detección y control de la enfermedad mediante screening en donación de sangre y órganos, programas de prevención de transmisión de madres a hijos y de capacitar al personal y las instituciones para disminuir el infradiagnóstico existente.

Ver Bibliografía: zonahospitalaria.com

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

Combinación de tecnologías para mejorar los resultados



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

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

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

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

SIN NECESIDAD DE VENDAJES NI MEDIAS DE COMPRESIÓN

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

PERMITE TRATAR EL MISMO DÍA LAS DOS EXTREMIDADES

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

SIN manchas y hematomas

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

SIN anestesia, sin ingreso y sin baja

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

¿En qué consiste el tratamiento con Venaseal®?

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

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

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

Dr. Leopoldo Fernández Alonso

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

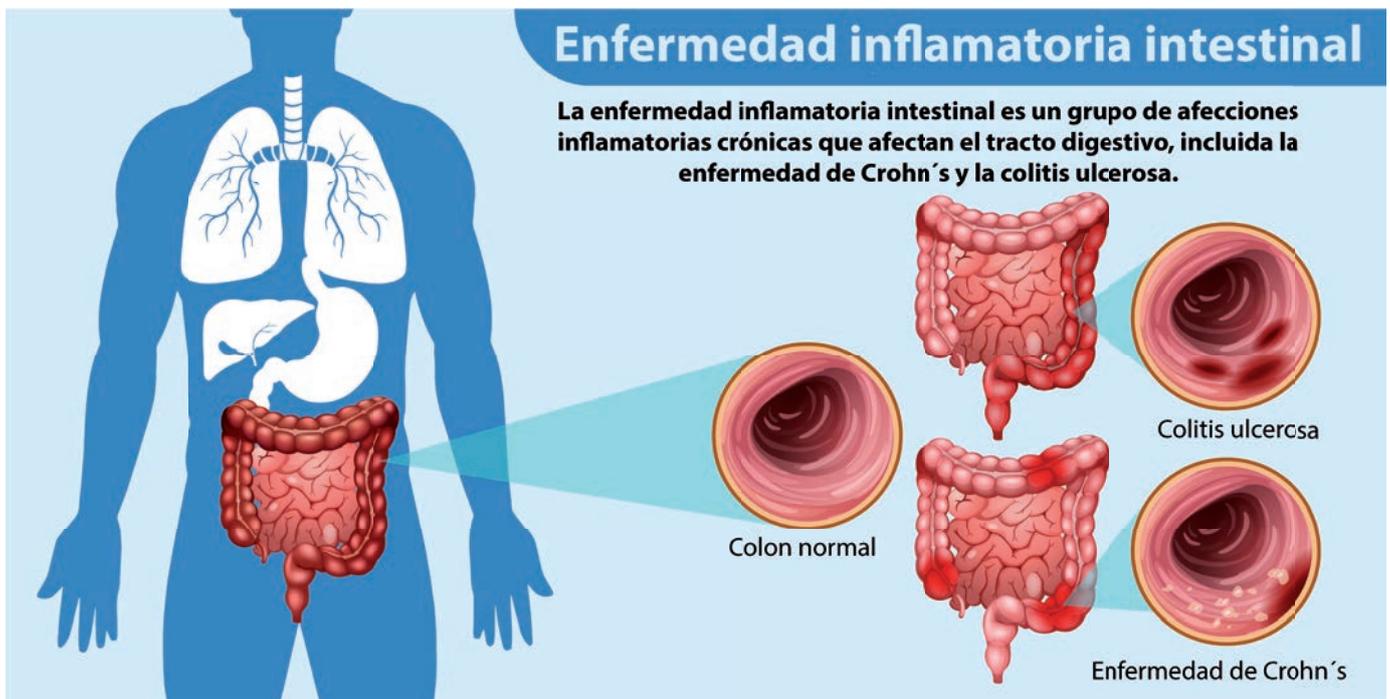
c/ Cataluña, 8 Bajo Trasera (Soto Lezkairu)
31006 PAMPLONA

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

www.leopoldofernanandez.com



GPS-C2261/1/14-NA



Estudio IBD-PODCAST: una invitación a la reflexión sobre el manejo de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en España

Dra. Saioa Rubio.

FEA Médico Aparato Digestivo y Jefa Sección Unidad de Gastroenterología del Hospital Universitario de Navarra

|| Aproximadamente la mitad de los pacientes con **Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)** en España, no alcanza el control de su enfermedad.

Esta es una de las principales conclusiones que se puede obtener tras valorar los resultados del estudio internacional IBD-PODCAST. Estudio transversal, retrospectivo y multicéntrico recientemente publicado en la revista científica *Digestive Diseases and Sciences*.

El estudio ha contado con la colaboración de 10 países, destacando la presencia Española. En este sentido, junto a otras 13 unidades de EII homólogas, la unidad de EII del Hospital Universitario de Navarra, hemos tenido la oportunidad de colaborar.

Uno de los objetivos principales del estudio consiste en la estimación de la proporción de pacientes con EII que no alcanzan el control de la enfermedad y las consecuencias de su efecto en la calidad de vida, evaluados en un entorno de práctica clínica real. Para ello, se analizan diversos parámetros relacionados con la monitorización y abordaje de la EII, además de valorar el grado de cumplimiento de los objetivos de las recomendaciones STRIDE-II, [las recomendaciones de STRIDE-II, iniciativa de la Organización Internacional para el estudio de EII (IOIBD, por sus siglas en inglés), definen objetivos de tratamiento razonables a corto, medio y largo plazo para pacientes con EII].

En el caso de España, al igual que los resultados observados en el análisis conjunto de todas las poblaciones del estudio IBD-PODCAST, se revela que el 53.1% de los pacientes diagnosticados con enfermedad de Crohn (EC) y el 41.5% de colitis ulcerosa (CU) no alcanzan un control adecuado de su enfermedad.

Además, un gran porcentaje de pacientes no logran la curación mucosa, objetivo terapéutico clave a largo plazo según la reciente recomendación STRIDE-II. La curación mucosa es un objetivo terapéutico que puede llegar a ser ambicioso, según las circunstancias de cada paciente, pero

que existe evidencia suficiente para afirmar que se asocia con mejores resultados prolongados en el tiempo y reducción del daño intestinal. Dicho de otra manera, no alcanzar este objetivo terapéutico implica un mayor riesgo de progresión de la enfermedad, pérdida en la calidad de vida o aparición de manifestaciones extraintestinales. En el estudio queda reflejado, por ejemplo, cuando se constata que 1 de cada 3 personas con EC y 1 de 4 con CU que no alcanzaron el control de la enfermedad presentaban lesiones o alteraciones fuera del tracto gastrointestinal, siendo las más comunes psoriasis, artritis periférica y artritis axial.

Un dato de máxima actualidad que aporta este estudio, especialmente trascendente en la era de tratamientos biológicos actual, es que más del 50% de los pacientes tratados con fármacos no biológicos no tienen control de la enfermedad. Es decir, los pacientes están siendo infratratados en un porcentaje muy elevado. Esta actitud puede estar relevando consecuencias negativas que conllevan al uso de corticoides, pérdida de calidad de vida, discapacidad, así como aumento de costes tanto directos como indirectos.

Una invitación a la reflexión

El beneficio de los estudios realizados de datos de vida real radica en la evaluación crítica de los resultados propios, la comparabilidad con otros centros y consecuentemente, la gran oportunidad de valorar áreas susceptibles de mejoras. En este aspecto, este estudio nos debe replantear nuestra actividad clínica. Una invitación a la reflexión que no debemos dejar de pasar por alto.

En vista de los resultados, la práctica clínica de nuestro medio precisa de un abordaje de mejora considerable para alinearse con el consenso STRIDE II. Quizás las opciones del pasado más restrictivas han podido influenciar en cierto modo en una "acomodación de nuestra práctica". Pero en la actualidad, deberíamos ser más ambiciosos a la hora de conseguir los objetivos temporales propuestos y mantener una práctica clínica más activa, alineada al consenso STRIDE II. Todo ello, con el objetivo de mejorar nuestros resultados en salud.

La revisión de resultados revela, sin duda, la necesidad de optimizar el seguimiento y tratamiento de la gran mayoría de nuestros pacientes. Una monitorización más estrecha, así como en la búsqueda y optimización de nuevos medios y fármacos con el objetivo de mejorar el control de la enfermedad.

Tenemos que embarcarnos en la búsqueda activa del tratamiento más idóneo, concreto y específico para nuestro paciente que tenemos enfrente en la consulta y alejarnos de cierta acomodación en medicaciones que, como bien refleja IBD PODCAST, no consiguen los objetivos de control de la enfermedad.

En este contexto, es preciso que interioricemos que actualmente disponemos de cada vez más opciones terapéuticas, que sin duda podrían mejorar los resultados evaluados. La innovación es clave, indispensable y una gran aliada para lograr el control adecuado de la EII.

Una innovación que debe ir dirigida a obtener una respuesta clínica mantenida en el tiempo y asociada a la ausencia de actividad inflamatoria permanente con el objetivo de modificar el curso clínico actual y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Hablar de innovación es hacerlo de medicina personalizada, de involucrar activamente al paciente en su proceso asistencial, de una monitorización y tratamiento óptimo y de ofrecer a tiempo la opción más adecuada y ajustada a las necesidades de cada paciente.

Pero junto a esta invitación a la reflexión, el estudio IBD-PODCAST también desprende el fuerte compromiso de España a nivel científico y con la investigación. Un hecho que se confirma año tras año en los congresos internacionales, donde la producción científica de España es notable por su calidad y representatividad.

Por ello, no es de extrañar que entre los diez países participantes en el estudio IBD Podcast, España se sitúe como el segundo país participante que más volumen de paciente aporta, en concreto el 18% de la población del estudio. Sin duda, un reconocimiento a los 14 centros españoles participantes y que han permitido aportar una muestra de 396 pacientes (196 con enfermedad de Crohn y 200 con colitis ulcerosa).

En resumen, el estudio IBD-PODCAST arroja luz crítica sobre la realidad de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en España. Sin duda, la EII es un gran desafío para los pacientes y para todos aquellos que de una manera u otra formamos parte del proceso asistencial y, ante él, este estudio nos brinda una oportunidad para reevaluar y fortalecer nuestro compromiso con la mejora continua en el manejo de la EII.



Médicos y Profesional Sanitario

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

Nº caracteres: 3.000 ó 6.000, incluidos espacios entre palabras

Enviar artículos a: redaccion@zonahospitalaria.com



Redescubriendo la salud oral a los 65 años o más

Comunicación Edificio Policlínica Artica

sannas

DENTOFACIAL

Es común escuchar a pacientes de cierta edad, 65 años o más, decir que tienen limitaciones a la hora de mejorar la calidad de su salud oral, por considerar que su caso es muy complejo o que por su edad no tiene buen pronóstico.

El 72% de los pacientes, de entre 65 a 75 años tienen algún tipo de problema de salud oral, destacando las ausencias dentarias, las recesiones gingivales, sangrado de las encías, prótesis en mal estado o que no "ajustan", problemas masticatorios, ronquidos... entre otros.

En Sannas Dentofacial resolvemos las dudas que puedan surgir al momento de tomar las importantes decisiones que suponen recibir algunos tratamientos a ciertas edades.

Tratamientos innovadores para la salud oral de los mayores

Las soluciones para pacientes adultos pueden requerir intervenciones más especializadas. Gracias a los numerosos avances en las técnicas quirúrgicas de injertos óseos y gingivales, la personalización de los implantes con tratamientos en los tejidos blandos (como el concepto

ZBLC, Zero Bone Level Concept), e incluso los tratamientos de ortodoncia con valoración periodontal, de la ATM y en relación céntrica con la mordida de cada paciente, es posible llevar a cabo estas intervenciones con un alto grado de precisión y satisfacción.

Además, no hay que olvidar el gran avance que ha supuesto la metodología de trabajo ARO (alto rendimiento odontológico con sedación), que en Sannas Dentofacial se ha estado implementando durante más de una década.

La importancia de la prevención y el cuidado continuo
Educamos a nuestros pacientes sobre la importancia de la prevención y la higiene bucal adecuada, fomentando visitas regulares al dentista para detectar y tratar problemas en etapas tempranas. Este enfoque proactivo no solo previene complicaciones graves, como la enfermedad periodontal avanzada, sino que también promueve una mejor calidad de vida en la edad madura.

Un compromiso a lo largo de los años

En conclusión, en Sannas Dentofacial creemos que la edad no debería ser un obstáculo para una sonrisa saludable y funcional. Nuestro equipo está dedicado a ofrecer atención personalizada y avanzada que revitaliza la salud oral, permitiendo a nuestros pacientes disfrutar de cada etapa de la vida con confianza y bienestar.

Este enfoque integral y empático redefine la atención dental para adultos mayores, asegurando que cada sonrisa refleje no solo años de experiencia, sino también cuidado experto y resultados duraderos.

sannas
DENTOFACIAL

CENTRO DE REHABILITACIÓN ORAL

TRABAJO INTERDISCIPLINAR CON LABORATORIO
EXPERTOS EN CASOS COMPLEJOS



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

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

ODONTOLOGÍA HOSPITALARIA

ARO (Alto Rendimiento Odontológico)

IMPLANTOLOGÍA

BRUXISMO Y DOLOR OROFACIAL

UNIDAD DEL SUEÑO

PERIODONCIA

ORTODONCIA

CIRUGÍA MAXILOFACIAL

ODONTOPEDIATRÍA



Oxien: Pionero en Medicina Hiperbárica en Navarra

Desde hace más de 8 años, Navarra cuenta con Oxien, el primer y único centro de Medicina Hiperbárica en la región, respaldado por la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica y la Sociedad Europea de Medicina Hiperbárica. Este centro que parte de la constante innovación del Grupo Sannas, está ubicado en el Edificio Policlínica Artica, en Nuevo Artica.

El equipo de Oxien, liderado por la Dra. Cristina Lozano, especialista en Medicina Hiperbárica y miembro de la ASEMHS, ha realizado más de 2.400 sesiones de Oxigenación Hiperbárica en pacientes tanto del sector privado como del público, mejorando significativamente su calidad de vida.

¿Qué es la Medicina Hiperbárica?

La Medicina Hiperbárica se fundamenta en los cambios fisiológicos y fisiopatológicos que experimenta el cuerpo humano bajo presiones superiores a la atmosférica, utilizando oxígeno medicinal. Este oxígeno se disuelve en el plasma, aumentando notablemente su concentración en la sangre.

Oxigenación Hiperbárica: Un tratamiento innovador

La oxigenación hiperbárica consiste en administrar oxígeno medicinal con una pureza del 99.5% en una cámara hiperbárica, a una presión superior a la atmosférica. Este tratamiento provoca que el oxígeno se disuelva en el plasma sanguíneo, mejorando su disponibilidad en la sangre arterial y venosa, lo cual es aprovechado por los tejidos del cuerpo.

Los altos niveles de oxígeno obtenidos a través de este método tienen diversos efectos beneficiosos, como la acción antiinfecciosa, desedematizante, detoxificante, y la estimulación de la formación de vasos sanguíneos y colágeno, lo que acelera la cicatrización.

Esta terapia, aunque innovadora, es complementaria al tratamiento habitual del paciente, y el médico hiperbárico colabora estrechamente con otros especialistas para un seguimiento integral del paciente.

Oxien se consolida, así como un referente en Navarra, ofreciendo tratamientos avanzados y personalizados que mejoran la calidad de vida de sus pacientes.

APLICACIONES Y BENEFICIOS CLÍNICOS

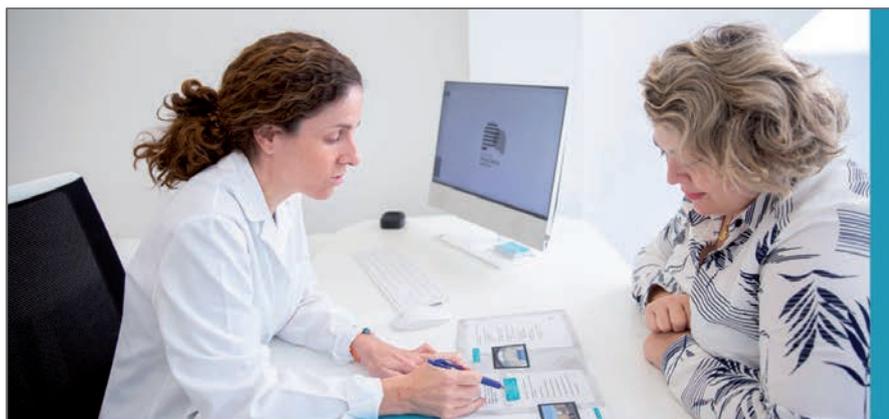
- ENVENENAMIENTO POR MONÓXIDO DE CARBONO
- RETARDOS DE CICATRIZACIÓN, INJERTOS CUTÁNEOS COMPROMETIDOS
- PREVENCIÓN OSTEORADIONECROSIS TRAS EXTRACCIÓN DENTAL
- LESIONES - SECUELAS TRAS TRATAMIENTOS RADIOTERÁPICOS (RADIOINDUCIDAS)
- OSTEORADIONECROSIS MANDIBULAR
- OSTEOMIELITIS CRÓNICA REFRACTARIA
- SORDERA SÚBITA
- NECROSIS DE LA CABEZA FEMORAL
- LESIONES DEL PIE DIABÉTICO / PREVENCIÓN AMPUTACIONES
- QUEMADURAS DE 2º GRADO

MEDICINA HIPERBÁRICA

OTRAS APLICACIONES

- SECUELAS DE COVID PERSISTENTE
- MIGRAÑAS
- DOLOR NEURÓPÁTICO
- EDEMA ÓSEO
- FATIGA CRÓNICA
- FIBROMIALGIA
- NEUROREHABILITACIÓN
- MEDICINA DEPORTIVA

MEDICINA HIPERBÁRICA



OXIEN MEDICINA HIPERBÁRICA

DRA. CRISTINA LOZANO

Primer y único centro navarro avalado por la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica (SEMHS).

Trabajo con pacientes a nivel privado y público.
(dentro de la oferta asistencial de la Seguridad Social)

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



Cuidado de las personas mayores durante el verano

Julen Etxeberria Andueza. Enfermero de Hospitalización Quirúrgica del Hospital García Orcoyen. Estella
Alba Azcona Osés. Enfermera Pool del Hospital García Orcoyen. Estella
Alba Sáenz Cruz. Enfermera en el SNS de Consultas Príncipe de Viana.
Adriana Sagüés Curini. Enfermera Pool del Hospital García Orcoyen. Estella
Janire Lezaun Gastón. Enfermera de la Unidad Materno-Infantil del Hospital García Orcoyen. Estella
Raquel Díaz de Cerio Cadarso. Enfermera de Hospitalización Quirúrgica del Hospital García Orcoyen. Estella

Las personas mayores son un grupo vulnerable durante el verano, debido a la combinación de factores como la edad, la presencia de enfermedades crónicas y las altas temperaturas.

Es importante que los cuidadores, familiares y profesionales de la salud estén atentos a sus necesidades y tomen medidas para prevenir complicaciones.

Recomendaciones básicas

- **Hidratación:** Es fundamental mantener una buena hidratación, especialmente en días calurosos. Se recomienda ofrecer agua fresca con frecuencia, incluso si la persona no tiene sed.
- **Alimentación:** Se debe mantener una dieta equilibrada y rica en frutas, verduras y líquidos. Evitar comidas pesadas y grasas.

- **Ropa adecuada:** Usar ropa ligera, holgada y de colores claros para favorecer la transpiración.
- **Protección solar:** Evitar la exposición solar directa durante las horas más intensas del día (entre las 11 y las 17 horas). Es importante usar protector solar con factor de protección alto (FPS) y sombrero.
- **Actividad física:** Realizar actividad física de forma regular, siempre teniendo en cuenta las condiciones climáticas y las limitaciones de la persona.
- **Vigilancia constante:** Es importante estar atentos a cualquier cambio en el estado de salud de la persona mayor, como fiebre, confusión o deshidratación.

Recomendaciones adicionales

- **Asegurar la ventilación adecuada del hogar:** Abrir las ventanas durante las horas más frescas del día y utilizar ventiladores si es necesario.
- **Adaptación del entorno:** Eliminar obstáculos que puedan provocar caídas y asegurar la accesibilidad a los espacios del hogar.
- **Control de la medicación:** Revisar la medicación habitual y consultar con el médico si hay alguna necesidad de ajuste durante el verano. En ocasiones, debido al calor la medi-

cación antihipertensiva, por ejemplo, precisa de un ajuste.

- **Apoyo emocional:** Es importante mantener un contacto cercano y ofrecer apoyo emocional a la persona mayor, especialmente si se siente aislada o sola.

Recuerda: El cuidado de las personas mayores durante el verano es una responsabilidad compartida. La colaboración entre familiares, cuidadores y profesionales de la salud es fundamental para garantizar su bienestar y prevenir complicaciones.

Fuentes:

- **Organización Mundial de la Salud (OMS).** Envejecimiento: atención a largo plazo para las personas mayores. Ginebra, Suiza: OMS; 1 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/mca/ageing---long-term-care-for-older-people>
- **Ministerio de Sanidad, España.** Recomendaciones para el cuidado de personas mayores en verano. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, España; 1 de junio de 2024. Disponible en: <https://cuideo.com/blog/recomendaciones-cuidados-personas-mayores-verano/>

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

Disfruta del sol con seguridad

Julen Etxeberría Andueza. Enfermero de Hospitalización Quirúrgica del Hospital García Orcoyen. Estella
Alba Azcona Osés. Enfermera Pool del Hospital García Orcoyen. Estella
Alba Sáenz Cruz. Enfermera en el SNS de Consultas Príncipe de Viana.
Adriana Sagüés Curini. Enfermera Pool del Hospital García Orcoyen. Estella
Janire Lezaun Gastón. Enfermera de la Unidad Materno-Infantil del Hospital García Orcoyen. Estella
Raquel Díaz de Cerio Cadarso. Enfermera de Hospitalización Quirúrgica del Hospital García Orcoyen. Estella

El verano trae consigo la alegría de los días más largos, el calor y el sol. Sin embargo, es importante recordar que la exposición solar excesiva puede tener consecuencias negativas para nuestra salud. Por ello, es fundamental seguir una serie de recomendaciones para disfrutar del sol de forma segura y responsable.

Protege tu piel con protector solar

El protector solar es la mejor arma para combatir los efectos nocivos de la radiación ultravioleta (UV) del sol. Es importante elegir un protector solar con un factor de protección solar (FPS) adecuado a tu tipo de piel y aplicar una cantidad generosa de forma uniforme al menos 30 minutos antes de exponerte al sol. No olvides reaplicar el protector solar cada dos horas, especialmente después de sudar o nadar.

¿Sabías que...?

- La radiación UV se divide en dos tipos: UVA y UVB. Los rayos UVB son los responsables de las quemaduras solares, mientras que los rayos UVA penetran más profundamente en la piel

y pueden causar daños a largo plazo, como el envejecimiento prematuro y el cáncer de piel.

- No existe un protector solar que bloquee al 100% la radiación UV. Por ello, es importante seguir otras medidas de protección solar además de usar protector solar.

Busca la sombra y evita las horas centrales del día

La intensidad de la radiación UV es mayor entre las 10:00 y las 16:00 horas. Por ello, se recomienda evitar la exposición directa al sol durante estas horas, especialmente si tienes la piel sensible. Busca la sombra de árboles, sombrillas o toldos para protegerte del sol durante las horas más intensas.

Consejo: Si vas a pasar varias horas al aire libre, planifica tus actividades para evitar las horas centrales del día. Por ejemplo, puedes salir a caminar o hacer ejercicio temprano en la mañana o al final de la tarde.

Hidrátate adecuadamente

El calor del verano puede provocar deshidratación, por lo que es importante beber suficiente agua a lo largo del día, incluso si no sientes sed. Lleva siempre contigo una botella de agua y bebe con frecuencia, especialmente si vas a realizar actividades al aire libre.

¿Sabías que...?

Las personas mayores, los niños y las mujeres embarazadas son más propensas a sufrir deshidratación.

Protege tus ojos y tu cabeza

Las gafas de sol con protección UV son esenciales para proteger tus ojos de la radiación solar. Asegúrate de que las gafas cubran bien tus ojos y que tengan la certificación CE. Además, para proteger tu cabeza del sol, usa un sombrero de ala ancha que te cubra la cara, el cuello y las orejas.

Consejo: Existen diferentes tipos de sombreros en el mercado. Elige uno que sea cómodo y que te proteja adecuadamente del sol.

No te olvides de tus labios

Los labios también son sensibles al sol. Por ello, es importante usar un protector labial con FPS para protegerlos de la quemadura solar.

¿Sabías que...?

El cáncer de piel también puede afectar a los labios.

Presta especial atención a los niños y a las personas con piel sensible

Los niños y las personas con piel sensible son más propensos a sufrir los efectos nocivos de la radiación solar. Por ello, es importante extremar las medidas de protección solar en estos grupos de población.

Consejo: Consulta con tu médico o farmacéutico para obtener recomendaciones específicas sobre la protección solar para niños y personas con piel sensible.

Disfruta del sol con responsabilidad

Siguiendo estas recomendaciones, podrás disfrutar del sol de forma segura y responsable. Recuerda que el sol es una fuente importante de vitamina D, pero una exposición excesiva puede tener consecuencias negativas para tu salud.

Fuentes:

- Ministerio de Sanidad, España. Tweet sobre protección solar. Junio de 2023. Disponible en: <https://twitter.com/sanidadgob/status/1557036481746612224>

- Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). Exponer al sol con sensatez. Madrid, España: AEDV; 2020. Disponible en: <https://aedv.es/wp-content/uploads/2020/05/NP-Exponer-al-sol-con-sensatez.pdf>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Radiación ultravioleta. Ginebra, Suiza: OMS; 2 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ultraviolet-radiation>

Seguridad desde el punto de vista anestésico del paciente en quirófano

*Nerea Lopetegui Puertas. Residente de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario de Navarra.
Isabel Criado Madurga. Residente de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario de Navarra.
José Ramón Ortiz Gómez. FEA de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario de Navarra*

La **anestesiología** es una de las especialidades médicas que ha impulsado todo lo concerniente a la seguridad del paciente. Los enormes avances en la práctica médica, la incorporación de cirugías y tratamientos cada vez más sofisticados, han transformado la asistencia sanitaria en una actividad cada vez más compleja y que entraña más riesgos potenciales. El principio clásico de la medicina "primum non nocere" (ante todo, no causar daño) sigue siendo hoy día, más pertinente que nunca, y debe seguir siendo una constante en el progreso sanitario.

Se estima que entre el 40% y el 60% de los efectos adversos relacionados con los procedimientos quirúrgicos son prevenibles. La seguridad en cirugía constituye por lo tanto un aspecto importante en todos los sistemas sanitarios. La OMS (Organización Mundial de la Salud) ha

sistematizado los principales aspectos de seguridad en la práctica peroperatoria en un lista de verificación ("check-list") que identifica las áreas básicas para minimizar complicaciones, como por ejemplo la adecuada identificación del paciente, la realización de un procedimiento quirúrgico correcto, en el lugar correcto, muy importante cuando hay bilateralidad (ejemplo cirugía del pie izquierdo), la anestesia segura, con la revisión de las alergias, ayuno, antecedente médicos y tratamientos, la adecuada prevención de la infección y el trabajo coordinado en equipo en el quirófano.

Consulta preanestésica

La seguridad anestésica comienza en la consulta preanestésica. Un estudio preoperatorio es el conjunto de consultas, pruebas realizadas y documentos firmados, previos al paso del paciente por el quirófano. La consulta preanestésica es un requisito legalmente obligatorio para la realización de una intervención quirúrgica y un paso imprescindible dentro de este estudio. Este estudio preoperatorio se puede realizar tanto en consulta ambulatoria como en el hospital si usted está ingresado.

El principal objetivo es que el paciente llegue al quirófano en las mejores condiciones físicas y emocionales.

Una vez realizada la valoración médica, el anestesiólogo utiliza una clasificación para establecer un riesgo anestésico basada en el estado clínico del paciente previo a la cirugía. Se trata de la clasificación denominada "ASA" (Asociación Americana de Anestesiólogos).

A priori, los pacientes clasificados como grado I-II tendrán menor riesgo y menos complicaciones que los grado III-IV. Si la intervención se realiza de urgencia, la letra "U" añade un grado más al estado del paciente.

Los diferentes grados se enumeran a continuación:

1. Paciente sano. Sin otra afección que la que requiere el acto quirúrgico.
2. Ligera afectación general. (Ej: paciente hipertenso o diabético bien controlado, obesidad moderada).
3. Afectación importante no incapacitante. (Ej: insuficiencia cardíaca o respiratoria moderada).

Quirófano/ sala

LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA Y DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

Antes de la INDUCCIÓN de la anestesia ENTRADA	Antes de la INCISIÓN cutánea PAUSA QUIRÚRGICA	Antes de que el paciente abandone el quirófano SALIDA			
(Enfermera y anestesta como mínimo)	(Todos los miembros del equipo)	(Todos los miembros del equipo)			
Confirmación con el paciente <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identidad del paciente <input type="checkbox"/> Consentimiento informado (cirugía/procedimiento y anestesia) <input type="checkbox"/> Procedimiento quirúrgico/invasivo <input type="checkbox"/> Sitio quirúrgico/sitio procedimiento 	<input type="checkbox"/> El equipo se ha presentado El cirujano/MI comprueba verbalmente con el equipo <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identidad del paciente <input type="checkbox"/> Procedimiento quirúrgico/ Invasivo <input type="checkbox"/> Sitio quirúrgico/ sitio procedimiento 	El cirujano/MI confirma verbalmente con el equipo <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La cirugía/procedimiento realizado 			
Comprobación marcado quirúrgico <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede 	Administración de profilaxis antibiótica (<60min) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede 	La enfermera confirma verbalmente con el equipo <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pulseras identificativas colocadas <input type="checkbox"/> Funcionamiento de equipos Contaje de agujas e instrumental correcto <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede Contaje de gases y compresas correcto <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede Libro de quirófano cumplimentado <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede Muestras etiquetadas <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede 			
Comprobación <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Equipamiento de anestesia 	Previsión de eventos críticos Cirujano/ Médico intervencionista (MI) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Duración de la cirugía/ procedimiento Pérdida de sangre prevista <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/> Pasos críticos o no sistematizados de la cirugía/procedimiento 	Cirujano/MI, anestesta y enfermera <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Han identificado los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente 			
Revisión anticoagulantes y antiagregantes <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede 	Anestesta <ul style="list-style-type: none"> Problemas específicos del paciente en relación con la anestesia <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede 	Se ha evitado algún incidente con la cumplimentación de este listado <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí, especifique <input type="checkbox"/> No 			
Comprobación <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alergias Dificultad vía aérea/riesgo de aspiración <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede Riesgo de sangrado (>500 ml, 7ml/kg en niños) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede Ayunas <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede Pruebas pretransfusionales válidas <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede 	Equipo de enfermería <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Instrumental y equipamiento adecuado 	Observaciones: _____			
	Revisión de imagen <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede 	Firmas: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Anestesiólogo</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Cirujano/MI</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Enfermería</td> </tr> </table>	Anestesiólogo	Cirujano/MI	Enfermería
Anestesiólogo	Cirujano/MI	Enfermería			
	Preparación de la piel con Clorhexidina alcohólica 2% según protocolo <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede 				
	Secado del antiséptico (> 2 min), ausencia de derrames <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede 				

EN LA IMAGEN SUPERIOR PODEMOS OBSERVAR TODOS LOS DETALLES DEL "CHECK LIST".

¿Puedo comer y/o beber algo antes de la cirugía?

Estos son los tiempos de ayuno quirúrgico recomendados: 2 horas para agua, 4 horas para leche materna, 6 horas para la leche de vaca y 8 horas para sólidos.

4. Afectación severa no reversible con peligro vital. (Ej: insuficiencia cardiaca grave, insuficiencia respiratoria que requiere oxígeno).

5. Esperanza de vida menor de 24 horas, tanto si se opera como si no. (Ej: aneurisma de aorta roto, paciente en shock hipovolémico).

Al final de la consulta, se procede a la firma del **consentimiento informado** por el paciente o su representante legal.

CHECK LIST de seguridad en antequirófano

Una vez que el paciente ya ha sido visto por un anestesiólogo en la consulta preanestésica y el estudio preoperatorio es apto para poder realizar la intervención, llega el día en el que está programada la cirugía. En caso de cirugía urgente, todas estas preguntas que se enumerarán a continuación también serán realizadas en el antequirófano. El denominado "Check list" es un documento que se compone de todas las preguntas de seguridad importantes previas a la cirugía y tiene como objetivos reforzar las prácticas seguras, reducir los daños del paciente, registrar cualquier tipo de acontecimiento adverso para su posterior estudio, fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las diferentes disciplinas e introducir una cultura que valore estos objetivos.

Este procedimiento (y otros muchos de seguridad en anestesia) se basan en los check-list análogos de la aviación moderna, en la comprobación de los aviones previa a volar. *[Ver imagen superior]*

Este proceso es multidisciplinar, por lo que diferentes personas le harán las mismas preguntas varias veces (ejemplo, si tiene alergias y de qué se va a operar). Es un mecanismo importante de control para evitar complicaciones y no debe considerarse como que el equipo que le atiende no conoce su historial, ya que es justamente por todo lo contrario, para garantizar su seguridad.

Preguntas frecuentes que pueden surgir

¿Por qué debo de mantener el ayuno?

La anestesia general reduce los reflejos que impiden que los jugos gástricos regurgitados lleguen a los pulmones. Como lo anterior puede ser muy peligroso, se debe de mantener el ayuno por seguridad.

¿Debo tomar mi medicación habitual antes de la cirugía?

El equipo médico (anestesiólogo, cirujano) ajustará su medicación habitual para el ingreso.

¿Soy muy nervioso! ¿Podrán darme algo antes de la cirugía?

Si usted es nervioso o padece ansiedad, el anestesiólogo puede prescribir medicación para ayudarle a relajarse, tanto en su habitación como inmediatamente antes de entrar al quirófano.

Antes de que la cirugía comience, ¿podré hablar con mi cirujano?

Si desea hablar con su cirujano, comuníquese a su enfermera o anestesiólogo. Ellos se asegurarán de que tenga la oportunidad de hablar con él antes de la cirugía.

¿Puedo llevar maquillaje o joyería al quirófano?

Una pequeña cantidad de maquillaje facial es aceptable, pero demasiado puede ser peligroso. El lápiz de labios puede dificultar el diagnóstico de ciertas complicaciones en quirófano, y la máscara de pestañas puede irritar y dañar sus ojos. Asimismo, todas las piezas de joyería deben ser retiradas antes de ir a quirófano.

¿Puedo llevar mis audífonos al quirófano?

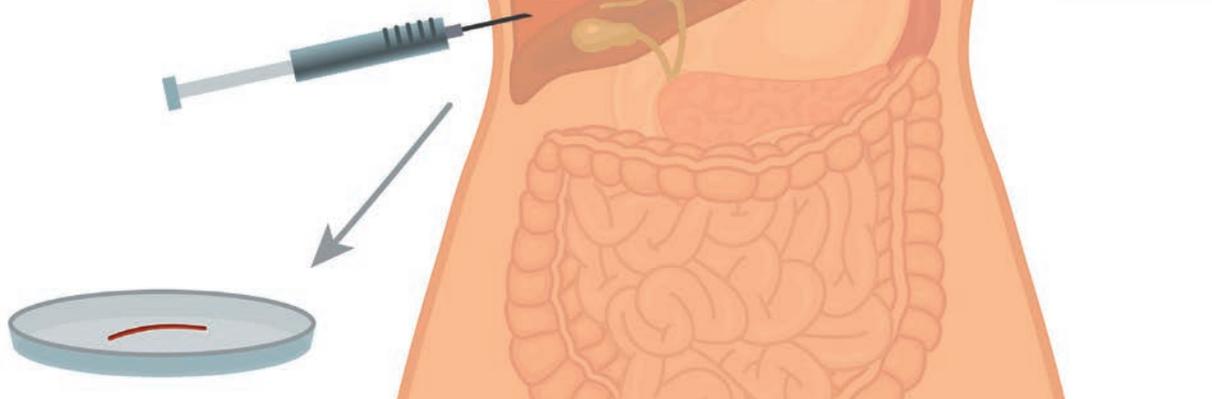
¡Desde luego que sí! Preferimos que los traiga a quirófano para poder comunicarnos mejor con usted. Si necesitamos retirarlos durante la cirugía, los guardaremos en un lugar seguro y se los devolveremos después.

¿Puedo llevar mi dentadura postiza al quirófano?

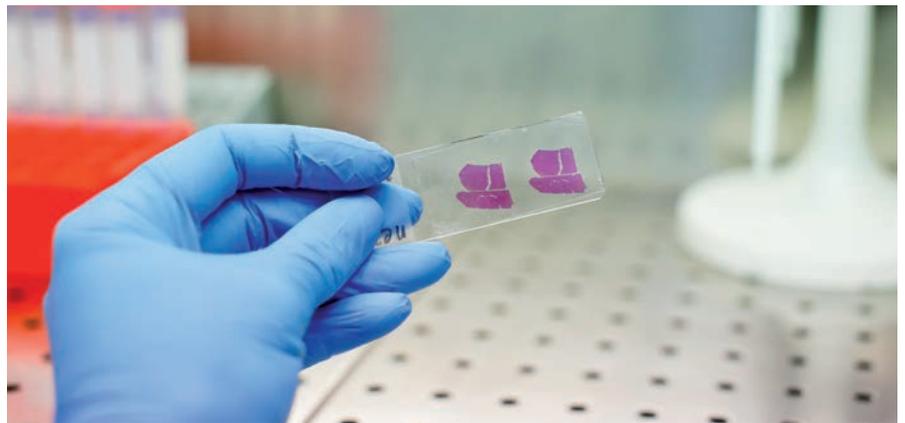
Deberá retirar su dentadura postiza antes de ir a quirófano, por su seguridad.

Conclusiones

Para el equipo quirúrgico es importantísima la seguridad del paciente. El anestesiólogo resolverá sus dudas y miedos antes de entrar en el quirófano, y durante el procedimiento se asegurará de la integridad del paciente. **¡Estamos para resolver sus dudas, no tengan temor en preguntar!**



Protocolo biopsia hepática percutánea (PAAF)



*Leire Pérez de Viñaspre Aragón, Iranzu López Rebolé y María Urra Vega.
Enfermeras de Medicina Interna del Hospital García Orcoyen. Estella*

El hígado es un órgano vital para todo ser vivo, se encuentra situado en la parte derecha del abdomen, debajo del diafragma y por encima del estómago y riñones. Abarca 3 regiones abdominales: hipocondrio derecho, epigastrio e hipocondrio izquierdo. Su peso normal es de 1,5 Kg. El color en un hígado sano es rojizo, de superficie lisa y brillante con forma triangular. Tiene 4 lóbulos: lóbulo izquierdo -que éste, a su vez, presenta 3 segmentos-, lóbulo derecho -siendo éste el de mayor tamaño y contiene 4 segmentos-, lóbulo cuadrado y lóbulo caudado. El hígado está irrigado por la arteria hepática común y la vena porta, debido a esta doble circulación sanguínea se justifican que sea uno de los órganos que más metástasis presenta.

Entre sus funciones se encuentran: funciones metabólicas, exocrinas y endocrinas tales como:

- Almacenar y sintetizar los nutrientes previamente absorbidos en el aparato digestivo.
- Almacenamiento de Vitaminas A, D, y K y minerales.
- Degradación del colesterol.
- Síntesis de proteínas y algunos factores de coagulación.
- Producir la bilis.
- Eliminación de toxinas.

Protocolo de la biopsia hepática

La biopsia hepática es un procedimiento médico que consiste en la obtención de una muestra de tejido hepático a través de una pequeña

aguja, para su posterior estudio. Esta prueba está indicada en situaciones de enfermedad hepática, valorar evolución de enfermedad, diagnósticos de enfermedades... Una contraindicación importante sería los problemas de coagulación por riesgo importante a hemorragias.

Antes de la realización de la prueba hay que preparar al paciente. Una semana antes al ingreso al paciente se le realizará una analítica sanguínea, donde estará incluida un hemograma y coagulación. El paciente deberá permanecer en dieta absoluta el día de la prueba. Antes de bajar a quirófano se canalizará una vía venosa y se pasará un suero fisiológico de mantenimiento. Muy importante es la suspensión de los fármacos antiagregantes 7-10 días antes de la prueba, en caso de tomar fármacos anticoagulantes 3-5 días antes y reemplazarlos por heparina de bajo peso molecular (HBPM).

Una vez realizada la biopsia hepática, el paciente regresará a la planta de hospitalización, donde se le tomara las constantes. Permanecerá en dieta absoluta durante 3 horas y posteriormente se iniciará tolerancia (salvo excepción indicada por radiólogo). Mantendrá reposo absoluto de 6 horas en decúbito lateral derecho con presión sobre la zona de punción (se le colocará un saco de peso), pasadas estas horas si el paciente se encuentra bien se podrá levantar y durante el segundo y tercer día no deberá realizar esfuerzos. Se procederá al alta en las siguientes 24h y se le citará en consulta para resultados de la biopsia. En caso de presentar dolor, fiebre, escalofríos, sudoración, acudirá al Servicio de Urgencias para ser valorado.

(Ver Bibliografía en zonahospitalaria.com)

Donar sangre en nuestros días



María Otermin Ayesa. Coordinadora de ADONA. Asociación de Donantes de Navarra

Desde que, en el siglo pasado, el descubrimiento de los grupos sanguíneos y Rh, propiciaran el inicio de transfusión moderna, hasta nuestros días, **donar sangre** se ha convertido en una necesidad real para salvar o mejorar la calidad de vida de muchas personas.

En Navarra somos muy afortunados de contar con un importante número de personas dispuestas a donar su sangre periódicamente y así poder atender las necesidades de nuestro sistema sanitario, pero siempre vamos a precisar de personas que se incorporen a esta

labor para asegurar no sólo las transfusiones actuales, sino también las futuras.

La sangre humana sigue sin poder fabricarse y por este motivo sólo las personas somos la fuente de suministro para atender operaciones, cirugía de reposición, anemias, trasplantes de órganos, accidentes, tratamientos contra el cáncer, partos complicados...

El envejecimiento de la población nos indica que en un futuro no muy lejano disminuirán las personas que por edad puedan ser donantes de sangre y, sin embargo, aumentarán las necesidades de componentes de la sangre porque cuanto mayores somos, más posibilidades tenemos de necesitar una transfusión.

Necesitamos donantes de sangre altruistas y comprometidos para afrontar los retos actuales porque nos encontramos en un momento trascendental en la historia de la donación, casi tan importante como lo fue la segunda década del siglo XX.

En aquellos inicios necesitábamos simplemente que las personas donaran su sangre y conseguimos ser autosuficientes en glóbulos rojos, pero ahora las nuevas terapias y tratamientos requieren mayor cantidad de algunos componentes de la sangre como son el plasma y las

plaquetas y para conseguirlos en la cantidad necesaria, la donación por el sistema de aféresis se está convirtiendo en la mejor opción.

Una donación de aféresis consiste en pinchar la vena del donante y conectarla a una máquina (separador celular), coger pequeñas cantidades de sangre en varios ciclos y la pasa por la máquina que separa y selecciona el componente que se necesite en cada momento devolviendo el resto al donante.

No es un sistema nuevo, llevamos muchísimos años realizándolo, pero últimamente ha adquirido una importancia vital para conseguir todos los componentes sanguíneos que necesitamos.

Las condiciones básicas para donar sangre siguen siendo las mismas: Personas mayores de 18 años, con más de 50Kg de peso, buen estado de salud y ganas de participar en un proyecto humano y solidario que todos los años salva miles de vidas humanas.

A partir de ahí pasar por cualquiera de los puntos de donación de Navarra. El día que vayamos a donar no acudir en ayunas e hidratarnos bien tanto antes como después de donar.

¿Te apuntas a salvar vidas? www.adona.es



Médicos y Profesional Sanitario

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

Nº caracteres: 3.000 ó 6.000, incluidos espacios entre palabras

Enviar artículos a: redaccion@zonahospitalaria.com

Mononucleosis infecciosa o enfermedad del beso

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

La **mononucleosis infecciosa** o la enfermedad del beso, está causada por la infección por el virus de Epstein Barr (VEB) y recibe esta denominación por su transmisión a través de la saliva. Se caracteriza por un síndrome mononucleosido formado por la tríada consistente en fiebre, poliadenopatías y faringoamigdalitis.

El VEB es un virus del grupo herpes que infecta a los linfocitos B que son células pertenecientes a nuestro sistema inmune o de defensa. Este virus permanece durante un tiempo de forma latente o dormido, periodo durante el cual se transmite de persona a persona, principalmente a través de la saliva y las secreciones faríngeas. Aunque también se ha descrito su transmisión menos frecuente mediante el contacto directo con sangre, durante las relaciones sexuales y el trasplante de órganos.

Se calcula que hasta el 90%-95% de la población adulta ha sido infectada por el virus en algún momento de su vida, en la mayoría de los casos esta infección se produce durante la infancia. Cuando se produce el contagio en los primeros años de la vida suele pasar desapercibido, dado que cursa en la mayoría de los casos de manera asintomática o prácticamente sin producir síntomas. Por ello, la incidencia de la infección sintomática comienza a aumentar desde la adolescencia, observándose un pico en las edades comprendidas entre los 15 a 24 años.

Cuadro clínico y hallazgos de laboratorio

Presenta un período de incubación de cuatro a ocho semanas. Tras el cual aparecen los primeros síntomas, formados principalmente por la tríada clásica de:

- **Fiebre:** puede ser de hasta 40°C y tiende a ser persistente, incluso hasta de un mes de duración.
- **Faringoamigdalitis** es típicamente exudativa, con una hipertrofia al menos moderada de las amígdalas, siendo la odinofagia o el dolor al tragar el síntoma principal.
- **Adenopatías:** típicamente son de localización cervical posterior y simétricas. Aunque pueden aparecer en otras localizaciones e incluso ser generalizadas.

Además de los síntomas clásicos, pueden aparecer cansancio, malestar general o alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, náuseas y vómitos). Entre el 15% y el 65% de los pacientes presentan esplenomegalia que en la mayoría de los casos no da síntomas y únicamente en raras ocasiones puede complicarse con una rotura esplénica.

Se puede acompañar de un exantema en la piel formando por lesiones maculopapulares o petequiales normalmente generalizado.

Normalmente suele ser una infección leve marcada por los síntomas descritos, aunque en algunos casos se puede asociar a otros que presentan una mayor gravedad como son:

- **Complicaciones neurológicas como:** el síndrome de Guillain-Barré, la parálisis facial y de otros pares craneales, meningoencefalitis, meningitis aséptica, mielitis transversal y neuropatía periférica.
- **Rotura esplénica.**
- **Síndrome hemofagocítico.**
- La **obstrucción de la vía aérea superior** por el aumento de tamaño de las amígdalas y/o adenopatías cervicales.
- **Otras complicaciones como:** neumonía, miocarditis, pancreatitis, miositis, insuficiencia renal aguda y glomerulonefritis.

Junto al cuadro clínico podemos encontrar una serie de alteraciones en la analítica que nos pueden hacer sospechar esta enfermedad como son la presencia de una linfocitosis, definida como un recuento de linfocitos superior a 4500/ μ l. No solo podemos encontrar un número aumentado de linfocitos en sangre, sino que estos presentan características atípicas, lo que conocemos como "linfocitos activados" presentes asimismo en otras infecciones víricas. Otra alteración que podemos encontrar clásicamente en la analítica es la elevación autolimitada de transaminasas o enzimas hepáticas, dato que un paciente con faringoamigdalitis nos tiene que hacer sospechar de una mononucleosis.

Diagnóstico

En el diagnóstico, la prueba inicial es la determinación de anticuerpos denominados heterófilos mediante la prueba conocida como de Paul-Bunell; que si son positivos en un paciente con mononucleosis confirman la infección por el VEB y no son necesarios más estudios. En cambio, pueden ocurrir falsos negativos. Por lo que, en pacientes con sospecha clínica que tienen una prueba negativa se procede a

determinar los anticuerpos específicos contra el VEB. Estos nos permite detectar la infección por el VEB y también diferenciar si está se encuentra en fase aguda o pasada.

Diagnóstico diferencial

Podemos encontrar, por otro lado patologías que simulan clínicamente un síndrome mononucleosido con la triada clásica de fiebre, faringoamigdalitis y poliadenopatías pero por el contrario no están producidos por el VEB. Estos cuadros mononucleosidos-like suponen en torno al 10% y entre las etiologías con las que debemos realizar el diagnóstico diferencial son:

- **Infección aguda por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH):** aparece fiebre, dolor de garganta, dolores musculares y adenopatías. Por el contrario en la analítica se suele observar linfopenia y trombopenia.
- **Citomegalovirus:** virus que causa un síndrome similar aunque generalmente más leve. Lo más característico es la aparición de fiebre prolongada con menor aparición de adenopatías y casi ausencia de la afectación faringoamigdalar.
- **Toxoplasma:** únicamente cursa con fiebre y adenopatías sin otras alteraciones relacionadas con el VEB.
- **Infección por virus herpes humano 6 y 7:** se trata de una infección raramente sintomática en la edad adulta. En los casos en los que se produce se caracteriza por la presencia de adenopatías de duración prolongada.
- **Faringitis estreptocócica:** suele ser difícil diferenciarla de la producida por VEB. Datos que no deben hacer sospechar es su inicio más brusco y la ausencia de linfocitosis. La realización de un test rápido o streptotest nos ayudara a diagnosticarla, dato importante ya que en este caso el tratamiento está basado en el uso de antibióticos al ser una infección bacteriana.
- **Otras causas menos frecuentes:** Inducido por fármacos, enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico, la sarcoidosis o tumores hematológicos como linfomas.

Tratamiento

En la mayoría de los casos es suficiente con el tratamiento de los síntomas mediante el uso de paracetamol o antiinflamatorios no esteroideos para controlar la fiebre o el dolor muscular o amigdalar. Acompañado de una ingesta de alimentos y líquidos adecuada, evitando el ejercicio intenso al menos durante las tres semanas posteriores al inicio de los síntomas.

En casos más graves con compromiso de la vía aérea, dificultad para tragar o complicaciones graves como la insuficiencia hepática o anemia aplásica se recomienda el uso de corticoides. No estando recomendado de rutina en casos leves u otros supuestos.

Prevención

Aunque lo ideal sería disponer de una vacuna eficaz que permita la prevención de la infección y se está trabajando en ello, por el momento no se dispone de ninguna inmunización pasiva que permita prevenir la enfermedad.

Únicamente disponemos de recomendaciones higiénicas para los pacientes con infección activa por el virus de Epstein-Barr, como lavarse las manos con frecuencia y no compartir utensilios para comer, vasos y cepillos de dientes que pueden reducir la transmisión del VEB a otras personas.



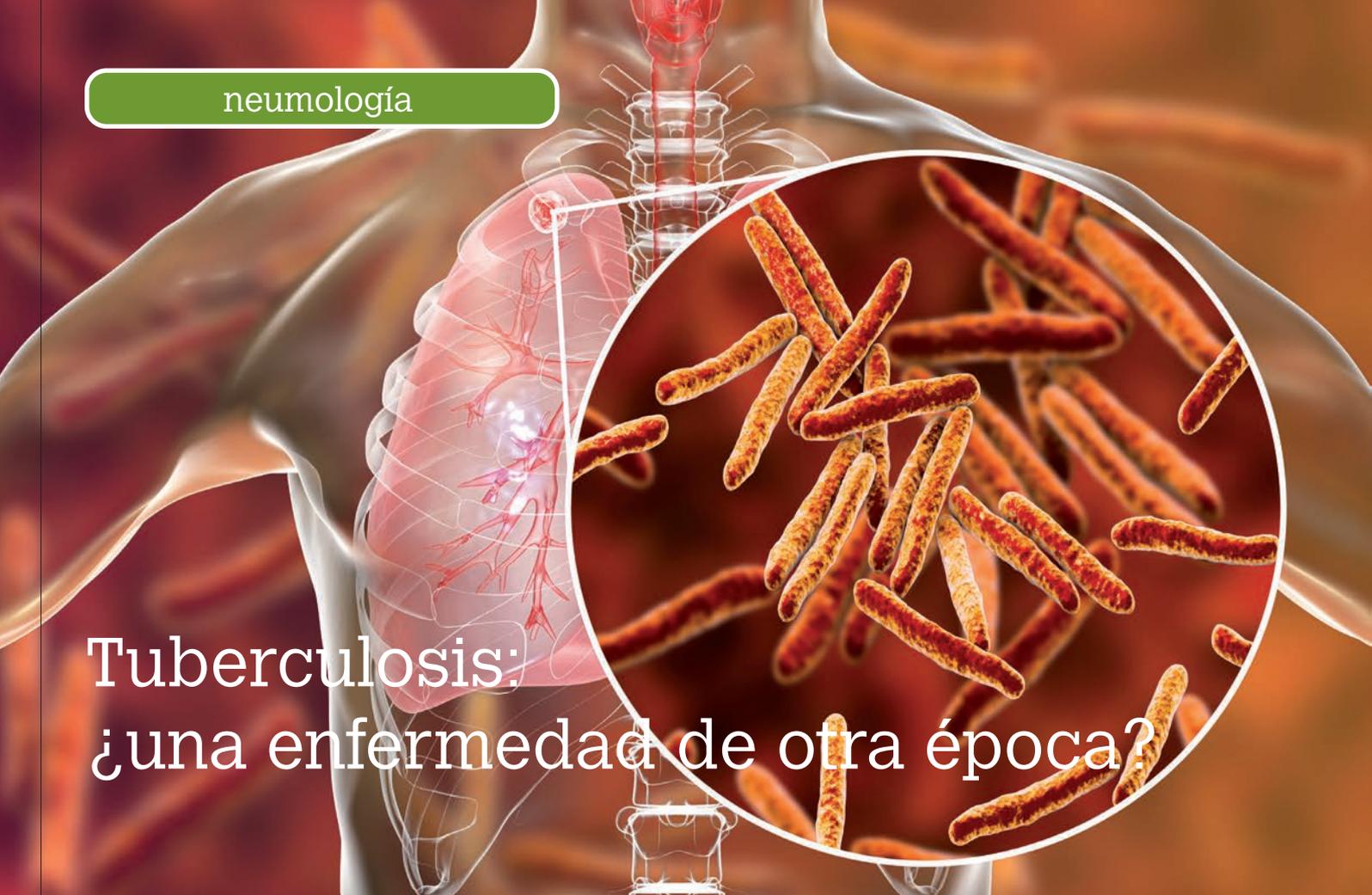
Para anunciarte en *zona hospitalaria navarra* revista y web

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

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

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

+ información: redaccion@zonahospitalaria.com



Tuberculosis: ¿una enfermedad de otra época?

Dra. Tina Herrero Jordán. F.E.A. Neumología. Hospital Reina Sofía. Tudela.

Dra. María Jesús Igúzquiza Pellejero, Dra. Adriana Ger Buil y Dra. Susana Clemos Matamoros. F.E.A. Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela.

|| Cuando un familiar o amigo nos cuenta que ha sido diagnosticado de **tuberculosis**, muchas veces, nuestra reacción tiende a la extrañeza. ¿No es la tuberculosis una infección propia de otros tiempos? ¿Ha regresado la tuberculosis o es que en realidad nunca nos ha abandonado?

La tuberculosis es una infección que ha acompañado al ser humano prácticamente desde el inicio de la historia, múltiples restos humanos extraídos de yacimientos arqueológicos que presentan lesiones compatibles con afectación ósea por tuberculosis, así lo demuestran.

La fecha de aparición del género *Mycobacterium*, responsable de la infección tuberculosa, fue hace aproximadamente 150 millones de años, mientras que las especies que hoy en día conocemos se cree que aparecieron 15.000 años atrás. Pese a la antigüedad de estas bacterias, no es hasta 1882 que el científico Robert Koch la aísla e identifica por primera vez.

Según los últimos datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Tuberculosis sigue siendo una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. No sólo es la décima causa de muerte a nivel global, si no que sigue siendo la primera causa de mortalidad infecciosa en el mundo, muy por delante de otras infecciones como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o el COVID-19.

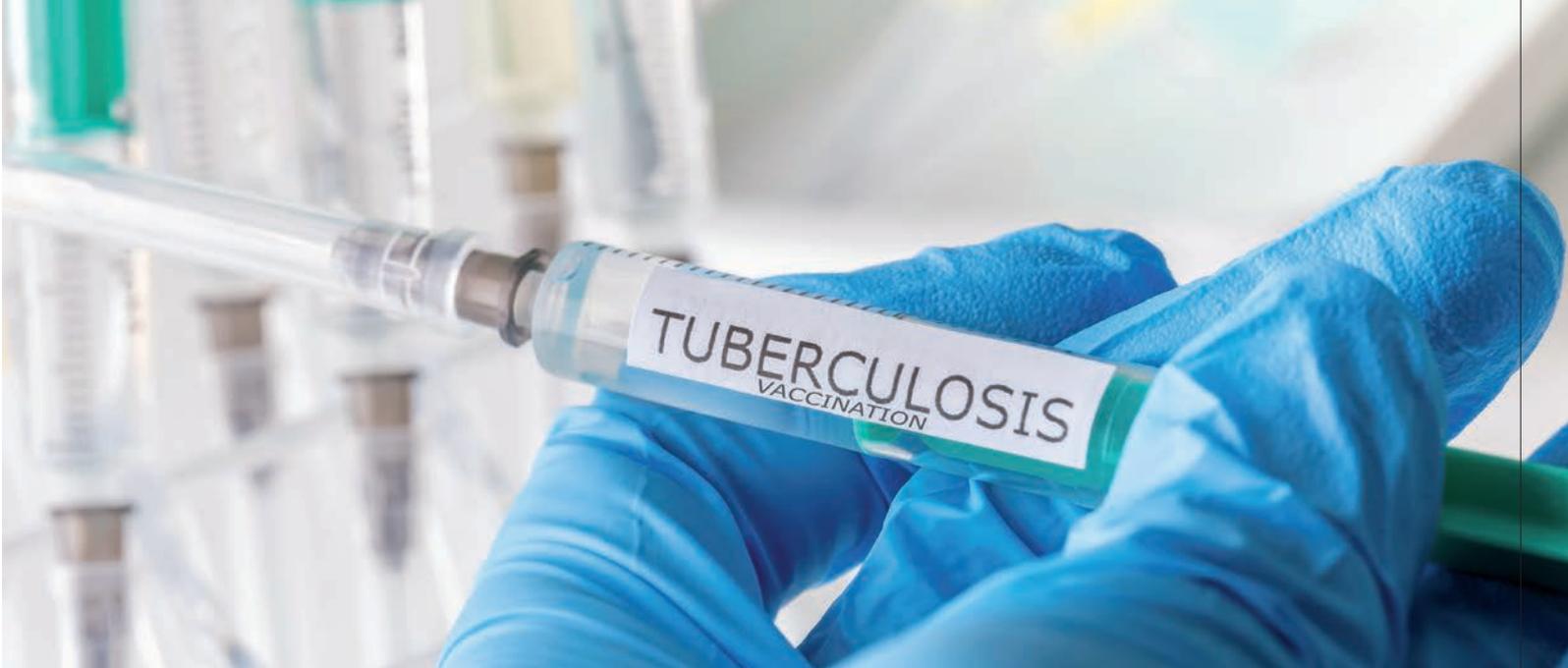
Epidemiología

La tuberculosis es, sin ningún tipo de duda, la enfermedad infecciosa más letal que ha afectado al ser humano en toda su historia. Desde las grandes epidemias de mortalidad de la edad media, hasta los 4.100 fallecidos diarios que aún hoy en día sigue generando en todo el mundo.

Anualmente la OMS publica un informe sobre el estado actual de la tuberculosis, a nivel global

y de cada país. El último disponible, del año 2022, arroja los siguientes datos: 10.600.000 personas padecen algún tipo de tuberculosis en todo el mundo y, de estas, 6.400.000 personas se infectaron por primera vez ese mismo año. Además, otro dato muy preocupante es que, tras la pandemia, las cifras de nuevos contagios y fallecidos han presentado un repunte por primera vez en más de 10 años de tendencia decreciente.

¿Y qué ocurre en España? Los datos en España son muy similares a los de la mayoría de los países europeos: 4.190 casos en 2022. Además, también en nuestro país, hablamos de la primera causa de mortalidad infecciosa (288 fallecidos en el año 2022) y también en nuestro país los contagios y fallecidos presentaron ascenso en el año 2022 por primera vez en mucho tiempo.



La infección tuberculosa

La tuberculosis es una infección causada por bacterias del género *Mycobacterium*, más específicamente, por *Mycobacterium tuberculosis*.

La vía principal de transmisión de estas bacterias es la aérea, viaja en microgotas de secreciones de los pacientes infectados, llegando hasta individuos sanos que se infectan mediante la inhalación de las microgotas. La persona enferma en situaciones habituales tales como: hablar, toser, estornudar o cantar, expulsa miles de microgotas inundadas de *Mycobacterium tuberculosis* que llegan hasta el sistema respiratorio del individuo sano provocando así su contagio.

Una vez se ha producido el contacto con la bacteria pueden ocurrir tres situaciones: la eliminación de la bacteria antes de que se genere la enfermedad, el desarrollo de la enfermedad en ese momento de contacto inicial y, por último, el desarrollo de la enfermedad años después tras la supervivencia de la bacteria en estado de inactividad.

La forma de enfermedad más frecuente es, sin atisbo de dudas, la tuberculosis pulmonar, forma que constituye casi el 65% de casos de tuberculosis. El resto de las localizaciones de la enfermedad se engloban bajo el término tuberculosis extrapulmonar y en este grupo podemos encontrar, por orden de frecuencia: tuberculosis ganglionar, tuberculosis pleural, tuberculosis urogenital, tuberculosis del sistema nervioso central, tuberculosis osteoarticular, tuberculosis abdominal, tuberculosis miliar (también denominada diseminada) y tuberculosis pericárdica.

Diagnóstico

El diagnóstico de la tuberculosis requiere una alta sospecha por parte del facultativo ya que es una infección que, en la mayoría de las ocasiones, se comporta de forma insidiosa y tarda mucho tiempo en dar la cara. Para diagnosticar la infección es necesario demostrar la presencia de *Mycobacterium tuberculosis* en alguna muestra procedente del paciente en cuestión.

Los síntomas más habituales incluyen: tos, falta de aire, fiebre o febrícula, malestar, pérdida de peso... Todos síntomas muy genéricos y que pueden ser indicativos de infinidad de infecciones.

Las bacterias causantes de la tuberculosis se caracterizan por ser altamente resistentes a muchos ambientes y sustancias, de muy lento crecimiento en comparación con la mayoría de las bacterias de otras familias y de muy difícil aislamiento (requieren medios de cultivos y pruebas específicas para poder aislarlas e identificarlas). Es por todo ello que, excepto en casos muy contados, si el facultativo no sospecha que pueda haber una tuberculosis, las probabilidades de diagnosticar la infección son extremadamente bajas.

Tratamiento

En la actualidad uno de los mayores retos a los que nos enfrentamos al diagnosticar una tuberculosis es lograr un tratamiento eficaz. ¿Por qué? Porque tal y como ya hemos mencionado, se trata de bacterias altamente resistentes, capaces de resistir a infinidad de ambientes y sustancias adversas. No sólo eso, por desgracia, cada

vez es más habitual aislar formas de la enfermedad resistentes a fármacos empelados para su tratamiento, lo cual complica aún más la curación del paciente. Las pautas de tratamiento actuales se apoyan en dos pilares fundamentales: por una parte, empleo de un mínimo de 3-4 antibióticos contra los cuales sea sensible la cepa aislada en el paciente y que no se hayan empelado previamente para tratar la infección en el paciente; y, por otra parte, duración muy prolongada del tratamiento, durando este un mínimo de 6 meses.

Una situación diferente, y que por ello requiere un tratamiento distinto, es la infección tuberculosa latente, o lo que es lo mismo, el paciente ha entrado en contacto con la bacteria, pero aún no ha desarrollado la enfermedad.

En este caso el objetivo del tratamiento no es únicamente la curación, sino que también aspiramos a evitar que el paciente llegue a desarrollar cualquier tipo de forma activa de la infección. Para tratar la infección tuberculosa latente lo más habitual es emplear uno o dos antibióticos durante un periodo de entre tres y seis meses.

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

Entendiendo el síndrome de intestino irritable

Ainara Baines García. Médico Adjunto de Aparato Digestivo en el Hospital Reina Sofía. Tudela.
Miriam Royo Álvarez. Médico Residente. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
Miriam Bragado Pascual. Médico Residente de Aparato Digestivo en el Hospital Gregorio Marañón. Madrid.
Arantxa Díaz Gómez. Médico Adjunto de Aparato Digestivo en el Hospital Reina Sofía. Tudela.
Paula Saralegui González. Médico Residente de Aparato Digestivo en el Hospital Gregorio Marañón. Madrid

El síndrome de intestino irritable (SII), conocido popularmente como colon irritable, es una afección gastrointestinal que afecta a millones de personas en todo el mundo. A pesar de su prevalencia, el SII sigue siendo un tema confuso para muchos, por lo que intentaremos esclarecer sus características e implicaciones.

¿Qué es el SII?

El SII es un trastorno crónico del tracto gastrointestinal que tiene un origen funcional, es decir, que no se asocia con un daño estructural del intestino. Se define según los criterios de Roma IV por la presencia de dolor abdominal persistente que se asocie a al menos dos características de las siguientes: presentar una relación con la defecación, asociar cambio en la frecuencia de las deposiciones, o asociar cambio en la consistencia de las deposiciones.

Además de esos síntomas pueden aparecer la distensión abdominal y los gases, que son parte de la sintomatología más común. El punto clave es que no hay daño físico en el intestino, por lo que no representa un riesgo significativo para la salud física ni está asociado con un mayor riesgo de desarrollar complicaciones graves. A pesar de ello, los síntomas del SII pueden ser debilitantes y afectar significativamente la calidad de vida de quienes lo padecen.

Causas y factores de riesgo

Aunque la causa exacta del SII no se comprende completamente, se cree que una combinación de factores genéticos, ambientales y psicológicos puede desempeñar un papel en su desarrollo. Los desequilibrios en la microbiota intestinal, la sensibilidad visceral y la disfunción del sistema nervioso entérico también se han implicado en su fisiopatología.

El papel de las emociones

El SII y las emociones están intrínsecamente conectados. Por un lado, el estrés, la ansiedad y la depresión pueden desencadenar o exacerbar los síntomas del SII. Por otro lado, los propios síntomas digestivos del SII pueden a su vez afectar el estado de ánimo, la autoestima y la calidad de vida de la persona que lo padece. Esto crea un círculo vicioso difícil de romper y un gran desafío para los pacientes, donde el manejo de las emociones es fundamental para controlar el problema. Ello puede incluir técnicas de relajación como la respiración profunda, la meditación o el yoga, así como la práctica de actividades recreativas. Buscar apoyo emocional a través de terapia psicológica o grupos de apoyo también puede ser beneficioso.

Dieta y SII

La dieta juega un papel fundamental en el manejo del SII. Algunos alimentos y bebidas pueden desencadenar síntomas del SII, mientras que otros pueden proporcionar alivio. En este sentido, la dieta baja en FODMAPs ("Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides And Polyols" en inglés, que se refiere a diferentes tipos de carbohidratos fermentables que se encuentran en ciertos alimentos) se ha generalizado popularmente como guía para la nutrición de estos pacientes. Sin embargo, es importante conocer que no existen recomendaciones universales, y que la identificación de los desencadenantes individuales y la supervisión por profesionales a la hora de modificar la dieta son fundamentales. Hay que tener muy presente que las alteraciones no supervisadas de la alimentación pueden afectar significativa-

mente la relación de una persona con la comida, con el riesgo implícito de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Por ello es fundamental que las personas con SII reciban una atención integral que aborde tanto los síntomas gastrointestinales como los aspectos emocionales y nutricionales de esta patología. La disbiosis, o desequilibrio en la composición y función de la microbiota intestinal, es una característica común en muchos pacientes con SII. Se ha observado que estos pacientes tienen una menor diversidad microbiana, así como cambios en la cantidad de ciertas bacterias en comparación con individuos sanos. Estas alteraciones pueden contribuir a la inflamación, la hipersensibilidad visceral y la disfunción motora asociada con el SII. Teniendo esto en cuenta, se están explorando diversas estrategias terapéuticas dirigidas a restaurar el equilibrio

microbiana, que incluyen el uso de probióticos, prebióticos y anti-bióticos específicos para modular la composición y función de la microbiota.

El estigma del SII

El estigma que enfrentan los pacientes con SII es un aspecto importante pero a menudo subestimado de la enfermedad. A pesar de ser una afección médica legítima, los pacientes con SII pueden enfrentarse a la falta de comprensión, el escepticismo y el estigma por parte de la sociedad en general, incluidos algunos profesionales de la salud. Debido a la falta de marcadores objetivos para el diagnóstico de este síndrome, la variabilidad en los síntomas y las lagunas de conocimiento que todavía nos quedan por llenar, algunas personas pueden considerarlo como una enfermedad "imaginaria" o "psicológica", llevando a minimizar

los síntomas del paciente y a un trato injusto. Esto a menudo conlleva que algunos pacientes eviten o retrasen la atención médica por temor al juicio, llevando a un subtratamiento de los síntomas y a un empeoramiento de la calidad de vida del paciente.

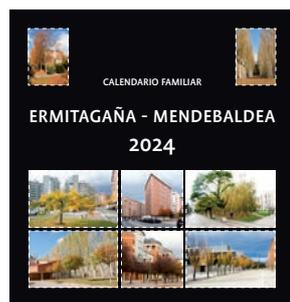
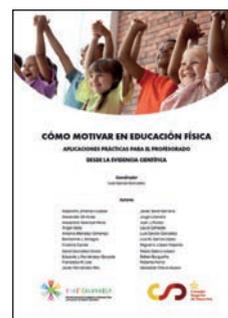
Conclusión

En conclusión, el síndrome de intestino irritable es una condición gastrointestinal compleja que puede tener un impacto significativo en la vida diaria de quienes lo padecen. Es fundamental abordarlo de forma multidisciplinar, con la implicación de gastroenterólogos, nutricionistas y psicólogos, promoviendo además la educación y el apoyo hacia los pacientes afectados. De esta forma, muchas personas pueden encontrar formas de manejar los síntomas del SII y llevar una vida plena y satisfactoria.

PubliSic
COMUNICACIÓN

M 618 463 122 | mercheferrer@publiscic.com

| libros | revistas | folletos | calendarios | agendas | diseño gráfico |



Cómo manejar la insuficiencia cardiaca

Lorea García Aznárez. Enfermera. CS Barañain II
Nahikari García Suescun. Enfermera. Mutua Navarra
Maria del Puy Ortiz Lana. Enfermera. Hospital García Orcoyen. Estella
María Sáenz Urra. Enfermera. CS Estella

La **insuficiencia cardiaca (IC)** es una enfermedad crónica severa que puede afectar a personas de todas las edades. La IC se produce cuando hay un desequilibrio entre la capacidad del corazón para bombear sangre y las necesidades del organismo.

El corazón no bombea bien y envía menos sangre al resto del cuerpo: a los músculos, cerebro... En consecuencia, las actividades de la vida diaria cuestan más esfuerzo, incluso no pueden hacer todas las actividades que antes realizaban.

Causas

La insuficiencia cardiaca aparece cuando existe un trastorno del músculo cardiaco, cuando el corazón se halla sometido a una carga

excesiva o cuando existe una combinación de esos dos factores. Las dos causas más frecuentes son la hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica, aunque puede darse tras la evolución de otras enfermedades como: alteraciones del músculo cardiaco, enfermedades congénitas o defectos de las válvulas...

Clasificación

Es común la utilización de la clasificación de la New York Heart Association (NYHA) para reflejar la severidad de los síntomas de los pacientes con IC.

- Clase I: sin limitación, la actividad física habitual la realizan sin fatiga
- Clase II: limitación leve de la actividad física, sin síntomas en reposo pero la actividad diaria causa fatiga, disnea o palpitaciones
- Clase III: gran limitación de la actividad, sin síntomas en reposo pero los mínimos esfuerzos provocan síntomas
- Clase IV: incapaz de realizar cualquier actividad sin síntomas, incluso en reposo

¿Cómo se diagnostica la Insuficiencia Cardiaca?

Es importante identificar la causa para así instaurar el tratamiento más adecuado. Para ello pueden utilizarse exploraciones como:

- Ecocardiograma, que confirma la disfunción ventricular
- Radiografía de torax, valora la silueta cardiaca y los campos pulmonares
- Análisis de sangre y orina
- TAC o Resonancia magnética

Tratamiento y vida saludable

No existe un tratamiento curativo para la IC pero es posible controlar sus síntomas y prevenir recaídas mediante autocuidados. La base de estos autocuidados debe ser:

- **Alimentación saludable** con una dieta rica en frutas y verduras pero baja en grasas y pobre en sal.
- **Ejercicio físico:** adecuar el ejercicio a su estado de salud, comenzar con ejercicio físico como caminar aumentando el tiempo progresivamente. Añadir ejercicios de fuerza y equilibrio e interrumpir este si presenta síntomas como mareo.
- Limitar el **consumo de tabaco y alcohol** o suprimirlo.
- Controlar los **factores estresantes**, identificar estos factores y afrontar las dificultades, mirar lo positivo y apoyarse en la familia y amistades
- **Prevenir infecciones** ya que estas pueden provocar empeoramiento de la IC.

Fuentes

<https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/insuficiencia-cardiaca.html>

<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/insuficiencia-cardiaca>

<https://www.revespcardiologia.org/es-etilogia-evaluacion-diagnostica-insuficiencia-cardiaca-articulo-13059107>

Los beneficios del teletrabajo en las organizaciones y en los empleados



Iñigo Ezquer Tiberio. Orientador laboral del SNE-NL, psicólogo colegiado n° 1861 y miembro del Grupo de Bienestar Psicológico de las Organizaciones en el Colegio de la Psicología de Navarra

Ya se han realizado bastantes investigaciones y estudios acerca de los beneficios del teletrabajo en distintos aspectos. En este artículo quiero exponer algunas de las ventajas más importantes encontradas en las mismas, tanto a nivel de los propios trabajadores, como de las organizaciones y a nivel de la sociedad en su conjunto.

Para ello lo primero de todo es realizar una definición de lo que se considera teletrabajo.

El teletrabajo es una forma de organización laboral que permite a los empleados realizar sus tareas desde un lugar diferente a la oficina tradicional, generalmente desde sus hogares. Esta modalidad de trabajo se vale de las tecnologías de la información y la comunicación para mantener la productividad y la comunicación con el equipo de trabajo, sin necesidad de estar físicamente presente.

Existen distintas modalidades de teletrabajo, que pueden adaptarse a las necesidades específicas de cada empleador y empleado:

- 1. Teletrabajo ocasional.**
- 2. Teletrabajo parcial:** Los empleados combinan días de trabajo en la oficina con días de trabajo en remoto.
- 3. Teletrabajo total:** Los empleados trabajan de forma remota la totalidad de su jornada laboral, sin tener la necesidad de desplazarse
- 4. Teletrabajo móvil o itinerante:** Esta modalidad implica que los

empleados puedan trabajar desde diferentes ubicaciones, como cafeterías, bibliotecas u otros espacios públicos, utilizando dispositivos móviles y conexiones inalámbricas.

Cada modalidad de teletrabajo tiene sus propias ventajas y desafíos, y es importante que tanto empleadores como empleados establezcan pautas claras y procedimientos eficaces para garantizar el éxito de cada una de las formas de trabajo remoto.

Con respecto a los beneficios de teletrabajar, los más importantes o principales que se han encontrado son los siguientes:

- 1. Flexibilidad:** El teletrabajo permite a los empleados gestionar su tiempo de manera más flexible.
- 2. Reducción del estrés:** Al eliminar la necesidad de desplazamientos diarios al trabajo, los empleados pueden experimentar una reducción en los niveles de estrés y una mejora en su bienestar general.
- 3. Aumento de la productividad:** Algunos estudios sugieren que los empleados que trabajan de forma remota pueden ser más productivos, ya que disfrutan de un entorno de trabajo más cómodo y menos distracciones.
- 4. Reducción de los costes operativos para las empresas,** al reducir la necesidad de espacio en las oficinas, por ejemplo.

Todo esto hace, además, que el teletrabajo sea beneficioso para la **conciliación familiar de los trabajadores**, al permitir a los empleados gestionar de manera

más efectiva sus responsabilidades laborales y personales.

Con respecto a la conciliación, los beneficios que aporta el teletrabajo son los siguientes:

- **Flexibilidad horaria:** El teletrabajo ofrece a los empleados la posibilidad de establecer horarios de trabajo más flexibles, lo que les permite adaptar su jornada laboral a sus responsabilidades familiares, como el cuidado de los hijos o la atención a familiares dependientes.
- **Reducción del estrés:** Al eliminar los desplazamientos diarios al trabajo, los empleados pueden experimentar una disminución en los niveles de estrés y una mejora en su bienestar emocional, lo que contribuye a un ambiente familiar más armonioso.
- **Mayor presencia en el hogar:** El teletrabajo brinda la oportunidad de pasar más tiempo en casa, lo que puede fortalecer las relaciones familiares y permitir una mayor participación en las actividades familiares
- **Mejora en la calidad de vida:** Al facilitar un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida personal, el teletrabajo puede contribuir a una mayor satisfacción laboral y una mejora en la calidad de vida de los empleados y sus familias.

Como resultado de los beneficios y ventajas expuestas anteriormente, también se aumenta la motivación de los trabajadores, su satisfacción, y el sentido de pertenencia a la organización.

El teletrabajo puede ser aplicable a una amplia variedad de traba-

adores en diferentes organizaciones y roles.

En general, cualquier trabajo que se pueda realizar de forma remota a través de herramientas digitales y comunicación en línea, puede ser adecuado para el teletrabajo. Cada empleador tiene sus propias políticas y criterios para determinar qué puestos son elegibles para el teletrabajo.

Existen ya muchos ejemplos, de organizaciones españolas y europeas que han adoptado e implementado el teletrabajo en sus operaciones como parte de su cultura laboral y empresarial. Y cada vez más empresas, están explorando formas de incorporar el teletrabajo para mejorar la flexibilidad y la productividad de sus empleados. Además, se observa que la tendencia hacia el trabajo remoto ha ido en aumento en toda Europa en los últimos años.

Con todo lo comentado anteriormente, no hay que olvidar, además, que estos beneficios no son solo para el trabajador o la organización sino también pueden serlo para el propio medioambiente, que son significativos. Uno de los principales beneficios es la reducción de la huella de carbono asociada con los desplazamientos diarios al trabajo en vehículos motorizados.

En resumen, el teletrabajo se presenta como una opción beneficiosa tanto para los trabajadores, las empresas y para el medio ambiente, al promover la sostenibilidad y reducir las emisiones de gases de efecto invernadero.

Marta Erroz Ferrer

606 652 361

Entrenadora de Doma Clásica



CLUB HÍPICO ZOLINA
Ctra. Aranguren, Km 6
31192 Zolina - Navarra



Preparación de caballo y jinete para competiciones de Doma Clásica



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



Entrenamiento de caballos



Doma de caballos jóvenes



Asesoramiento para la compra y venta de caballos

