



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

www.zonahospitalaria.com añoXIX enero-febrero2025 n°111

SUMARIO

- 2 Eliminar varices sin cirugía
- 3 El valor pronóstico y predictivo de la ergoespirometría...
- 4 ... el ARN en cáncer
- 5 Clínica Podológica Ayesa: Innovación, Precisión y Bienestar para tus Pies
- 6 El frío y la soledad
- 7 ¿Por qué confiar en los implantes inmediatos?
- 8 ¿Se pueden humanizar los cuidados neonatales?
- 9 El Centro L.M. Zaborán introduce la Diamagnetoterapia en Navarra
- 10 ... cáncer de cervix producidas por el Virus del Papiloma Humano (VPH)
- 12 Glándula lagrimal
- 13 Tratamiento de varices sin pasar por el quirófano...
- 14 Trichomona, ¿qué es y cómo se trata?
- 15 Enalta. Servicios funerarios
- 16 ¿Qué es el asma?
- 17 El futuro de la odontología: regenerar dientes será posible
- 18 Cómo el ejercicio físico mejora tus funciones ejecutivas
- 20 Infección respiratoria aguda y anestesia...
- 22 ¿Cuándo le saldrán los primeros dientes a nuestro hijo?
- 24 Resonancia magnética cardíaca
- 25 Ecografía en el cribado de displasia evolutiva de la cadera (DEC)
- 26 La enfermedad de Lyme...
- 27 Síndrome premenstrual y anti-concepción hormonal vaginal
- 28 Las radiaciones ionizantes
- 29 Blindaje radiológico personal y sus elementos
- 30 Proyección Roig-puerta
- 31 Un paseo por la esquizofrenia
- 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

CAFETERÍA - KAFETEGIA



< 2025 >
por un año
saludable

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

|| A día de hoy no es necesaria una intervención quirúrgica convencional para tratar las **varices**, dado que hay diferentes métodos no invasivos que ofrecen resultados similares, pero de un modo menos agresivo y más cómodo para el paciente, al requerir menos recuperación e incluso ninguna en ciertos casos.

Dado que no hay dos pacientes iguales, los tratamientos deben ser personalizados. Para ello, es imprescindible una consulta con un **especialista en Angiología y Cirugía Vascular** con experiencia acreditada en el tratamiento de varices mediante procedimientos no invasivos, para que le pueda recomendar el mejor método en su caso, o una combinación de varios.

Insuficiencia de la vena safena

El objetivo del tratamiento siempre es tratar el problema circulatorio existente, que es la causa de las varices. En la mayoría de los casos la causa es la insuficiencia de algún eje safeno. Una vez tratado este, en un segundo tiempo 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 térmico (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, 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 casi inmediata.

En cuanto a las **varices** en sí, la opción menos invasiva para tratarlas es la esclerosis con microespuma. No precisa anestesia, ni incisiones quirúrgicas, 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 sus colaterales 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

Dr. José Manuel Jiménez Arribas

TRATAMIENTO NO INVASIVO DE ELIMINACIÓN DE VARICES

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





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

varicessincirugia.org

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

TRATAMIENTOS PERSONALIZADOS
Sin ingreso y sin baja laboral

El valor pronóstico y predictivo de la ergoespirometría en enfermedades cardiopulmonares



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 con varias finalidades:

- Evaluar la gravedad y el pronóstico de insuficiencia cardíaca u otras patologías cardiovasculares y respiratorias.
- Determinar el momento para realizar un trasplante cardíaco.
- Evaluar la eficacia de intervenciones terapéuticas.
- Identificar las causas patofisiológicas limitantes durante el ejercicio físico en pacientes con pobre capacidad funcional y prescribir ejercicios seguros y eficaces.

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



Ergoespirometría vs Prueba de esfuerzo

Un estudio publicado por un grupo de italianos en la "International Journal of Cardiology" realizó un seguimiento de casi cinco años a 1265 adultos con sintomatología de enfermedad coronaria. De todos ellos, 73 tuvieron una prueba de esfuerzo positiva para isquemia. Todos ellos, y otro subgrupo de 71 participantes con la prueba de esfuerzo negativa para isquemia, se sometieron a pruebas de referencia como un SPECT (tomografía con rayos gamma y sustancias radioactivas para crear imágenes en 3D de arterias coronarias y corazón) y una angiografía coronaria con el fin de corroborar la existencia de enfermedad arterial coronaria.

Los resultados mostraron una mayor sensibilidad de la ergoespirometría (88% de los "positivos" tenían realmente enfermedad coronaria) frente a un 48% de la prueba de esfuerzo convencional. Por otro lado, la especificidad de la ergoespirometría para clasificar como sanas a aquellas personas sin enfermedad coronaria fue de un 98% frente al 55% de la prueba de esfuerzo convencional.

Se concluye que la prueba de esfuerzo convencional con electrocardiograma no es tan precisa para detectar la enfermedad coronaria. Sin embargo, al añadir la medición del intercambio de gases, se puede mejorar tanto el diagnóstico coronario como la predicción del pronóstico clínico.

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 TDN Clínica.

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 CARDIOLÓGIA:

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.

Desarrollan una herramienta computacional que permite estudiar el ARN en cáncer

Mikel Hernáez, Enrique Goñi y Maite Huarte. Cima Universidad de Navarra

Este trabajo, realizado por investigadores e ingenieros del Cima Universidad de Navarra, facilita el desarrollo de terapias más precisas.

Una parte significativa del genoma humano está compuesta por un tipo especial de genes denominados ARN largos no codificantes (lncRNAs, por sus siglas en inglés). Durante décadas los lncRNAs han sido ignorados por no producir proteínas. Sin embargo, tienen importantes funciones reguladoras esenciales en procesos biológicos y en el desarrollo de enfermedades, como el cáncer. A pesar de su importancia, debido a sus características únicas, dichos genes son difíciles de detectar con las técnicas genómicas convencionales.

Un equipo de investigadores del Cima de la Universidad de Navarra ha desarrollado ELATUS, una innovadora herramienta computacional que podría transformar el estudio de estos lncRNAs. ELATUS utiliza métodos avanzados para identificar la expresión de

estos lncRNAs en las células individuales tanto de tejidos sanos como en patologías. "Aplicando ELATUS, hemos descubierto que el lncRNA AL121895.1, que no era detectado mediante los métodos convencionales, juega un papel clave para la proliferación del cáncer de mama. Este procedimiento abre nuevas perspectivas para estudiar esta y otras enfermedades y desarrollar terapias más precisas en el futuro", aseguran Mikel Hernáez y Maite Huarte, investigadores del Cima y directores del trabajo, que se enmarca en el Cancer Center Clínica Universidad de Navarra. Este importante avance ha sido publicado en la revista Nature Communications.

Potenciales marcadores tumorales

Una de las principales ventajas de ELATUS es su capacidad para identificar lncRNAs funcionales que pasan desapercibidos con los métodos estándar. Esta herramienta ha permitido descubrir lncRNAs con importantes funciones biológicas que son potenciales marcadores

tumorales y dianas terapéuticas en distintas enfermedades.

"ELATUS representa un gran avance en nuestra capacidad para estudiar y comprender lncRNAs, ya que ofrece oportunidades para el desarrollo de terapias dirigidas más eficaces", concluyen los investigadores del Cima.

El proyecto ha contado con financiación pública de la Unión Europea (Beca Marie Curie y ERC Consolidator), de la Worldwide Cancer Research, del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades y del Gobierno de Navarra (a través del Proyecto Blanca y de la convocatoria de Ayudas Predoctorales), así como de instituciones privadas como la Fundación 'la Caixa'.

Referencia bibliográfica

Nat Commun. 2024 Nov 9;15(1):9709.

doi: 10.1038/s41467-024-54005-7.

Uncovering functional lncRNAs by scRNA-seq with ELATUS

PubliSic
COMUNICACIÓN

Empresa editora de **Zona Hospitalaria**

Si tu **negocio** está vinculado con la **salud de las personas**, te interesa publicitarte en **Zona Hospitalaria**.



Zona Hospitalaria www.zonahospitalaria.com

- Escrita en su totalidad por el **profesional sanitario** de Navarra desde 2006 (19 años).
- Se financia exclusivamente con la **publicidad**.
- Se edita en **papel y en digital**: publicidad en la **revista** (anuncios y publirreportajes), en la página **web** (banner y artículos) y en las **redes sociales** (facebook y X).
- Tamaño **A4** (210 mm ancho x 297 mm alto).
- Tirada 5.000 ejemplares, con una **Difusión** mínima en cada número de **+ de 18.000 personas**.
- **3.062 suscriptores** (en aumento cada semana).
- Periodicidad **bimestral**: 6 números/año.
- Se reparte el **día 1** de los meses pares: 1 Feb, 1 Abr, 1 Jun, 1 Ago, 1 Oct y 1 Dic.
- **Distribución**: 10 edificios del Hospital Universitario de Navarra, en el Hospital San Juan de Dios y en 15 Centros de Salud de Pamplona.

Más Información: **M 618 463 122** | redaccion@zonahospitalaria.com

Clínica Podológica Ayesa: Innovación, Precisión y Bienestar para tus Pies



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

En la **Clínica Podológica Ayesa**, transformamos la manera en que se abordan los problemas del pie y tobillo, combinando tecnología avanzada, experiencia clínica y un enfoque humano. Nuestro equipo de especialistas, liderado por el cirujano podólogo **Javier Ayesa**, aplica técnicas pioneras en cirugía de mínima incisión, intervencionismo ecoguiado y medicina regenerativa, logrando resultados excepcionales que han mejorado la calidad de vida de cientos de pacientes.

Con clínicas en Pamplona y Bilbao, y una nueva apertura planificada en Badalona para principios de 2025, nuestra misión es llevar la podología de última generación a cada vez más personas en España.

¿Qué nos hace únicos?

- 1. Tecnología de vanguardia al servicio de tus pies.** Utilizamos equipos de última generación, como el fluoroscopio para cirugía de mínima incisión y ecógrafos de alta precisión, minimizando el riesgo de complicaciones y optimizando los resultados.
- 2. Experiencia y Formación Especializada.** El equipo liderado por el Dr. Javier Ayesa cuenta con una formación exclusiva y una amplia experiencia.
- 3. Recuperación rápida y menos invasiva.** Nuestros tratamientos ambulatorios, realizados bajo anestesia local, permiten a los pacientes volver a casa caminando el mismo día.

Técnicas que marcan la diferencia. Cirugía de Mínima Incisión: Precisión y Comodidad

Mediante pequeñas incisiones de 2-3 mm, insertamos instrumental quirúrgico especializado bajo el control constante de un fluoroscopio. Esta técnica innovadora permite corregir problemas como:

- Juanetes
- Neuromas de Morton
- Deformaciones de los dedos
- Espolones calcáneos
- Fascitis plantar

Los beneficios incluyen menos dolor, menor riesgo de infección y una recuperación notablemente rápida.

Intervencionismo ecoguiado: Tecnología al servicio del tratamiento

Utilizamos ecografía avanzada para realizar infiltraciones de medicamentos (plasma rico en plaquetas, ácido hialurónico, colágeno, corticoides) con una precisión excepcional. También aplicamos esta técnica en procedimientos como:

- Hidrodisecciones para aliviar fibrosis.
- Cirugías de neuromas y fascitis.
- Descompresiones del nervio periférico que alivian dolores crónicos.

Medicina Regenerativa: Reparación Natural de los Tejidos

A través del uso de plasma rico en plaquetas (PRP), un tratamiento obtenido de la sangre

del propio paciente, estimulamos la regeneración de tejidos, ideal para tratar lesiones y dolores crónicos en pies y tobillos.

Más de 4 Años Transformando la Podología en España

Desde que abrimos nuestra primera clínica en Pamplona, hemos trabajado para convertirnos en referentes nacionales en técnicas avanzadas para el cuidado del pie. Hace un año ampliamos nuestra presencia a Bilbao, cosechando grandes éxitos, y ahora estamos listos para abrir una nueva clínica en Badalona en 2025.

¿Qué puedes esperar de Clínica Podológica Ayesa?

- **Un equipo de expertos.**
- **Tratamientos personalizados.**
- **Tecnología y humanidad.** Combinamos lo mejor de la innovación tecnológica con un trato cercano y humano.

Clínica Podológica Ayesa: Tu Bienestar, Nuestra Prioridad

Si necesitas un tratamiento para una lesión crónica, una corrección quirúrgica o simplemente mejorar la calidad de tus pies, en **Clínica Podológica Ayesa** encontrarás la solución perfecta.

Te esperamos en Pamplona, Bilbao y próximamente en Badalona.

¡Descubre cómo nuestras técnicas avanzadas pueden transformar tu vida!

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

AYESA

CLÍNICA PODOLÓGICA
CIRUGÍA & BIOMECÁNICA

Reserva tu cita:

948 153 622

clinicaayesa@gmail.com
clinicaayesa.es

CPS-C03216/123-NA

PAMPLONA Av. San Ignacio 12
 BILBAO C/ Rodríguez Arias 5
 BARCELONA (próximamente)

El frío y la soledad

Gisella Stoisa. Médico de Familia. Centro de Salud San Juan - Osasunbidea

La soledad no sólo afecta al ámbito emocional o psicológico conduciéndonos a estados de tristeza, sino que además también afecta a nuestra salud física.

Con la llegada del invierno y la falta de horas de sol se puede retrasar y debilitar el metabolismo y provocar así desánimo entre otras patologías. Cuando los días son más cortos y hay menos horas de luz se produce menos secreción de serotonina, hormona del placer y del bienestar, y más secreción de melatonina, hormona del sueño, y por lo tanto nos sentiremos más cansados y nos costará más activarnos. Además en invierno y especialmente cuando empieza el frío intenso, tendemos a quedarnos en casa y a permanecer en lugares cerrados. Este cambio hace que al exponernos a pocas horas de luz disminuyamos nuestra actividad y por lo tanto bloqueamos las principales fuentes de gratificación o de placer que tenemos.

El ser humano es un ser sociable por naturaleza desde que nacemos. En España se estima que el 13,4% de las personas sufren soledad no deseada (datos del 2023). Afecta más a mujeres (14,88%) que a hombres (12,1%). El 22,9% se sienten solas durante todo el día. En el barrio San Juan el 33% de la población es mayor de 65 años. A partir de los 80 años la pérdida de autovalimiento hace que las relaciones sociales se vayan aminorando y debilitando.

Además, las personas con discapacidad, y otros grupos vulnerables, como las personas cuidadoras, inmigrantes, entre otros, son especialmente susceptibles de padecer aislamiento social y soledad.

La soledad tiene múltiples consecuencias a nivel individual. Repercute, entre otras, en el ámbito emocional o psicológico conduciéndonos a estados de tristeza, y entranía también riesgos para la salud física, favoreciendo, por ejemplo, la hipertensión, las enfermedades respiratorias, y las enfermedades cardiovasculares.

Soledad y cortisol

Se han demostrado relaciones entre la soledad y el aumento del cortisol o empeoramiento del sistema inmune.

El frío, sumado en esta época, predispone a la formación de trombos en las arterias cerebrales y coronarias, así como al aumento de la presión arterial, pudiendo dar lugar a ictus y cardiopatía isquémica, todo esto supone costes a nivel social, especialmente en los sistemas de salud y en el consumo de medicamentos.

En nuestro barrio, San Juan-Donibane donde la población mayor predomina, nos encontramos ante una problemática de salud llevada a cabo desde la Atención Primaria. Por suerte contamos con el Pacto por la Persona Mayor cuyo objetivo es asegurar la atención de las personas mayores en sus servicios de salud, sociales y comunitarios; mejorar la capacidad funcional y por ende la calidad de vida de nuestros mayores.

Asimismo, lamentablemente, vivimos en una sociedad moderna y consumista donde la calidad emocional pasa de largo y donde la Soledad No deseada es la Nueva Pandemia. Nuestro reto desde Atención Primaria debiera ser una prioridad clara en nuestro Sistema Sanitario y nosotros como médicos de familia estamos en ello para lograrlo.

medicina salud
zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com

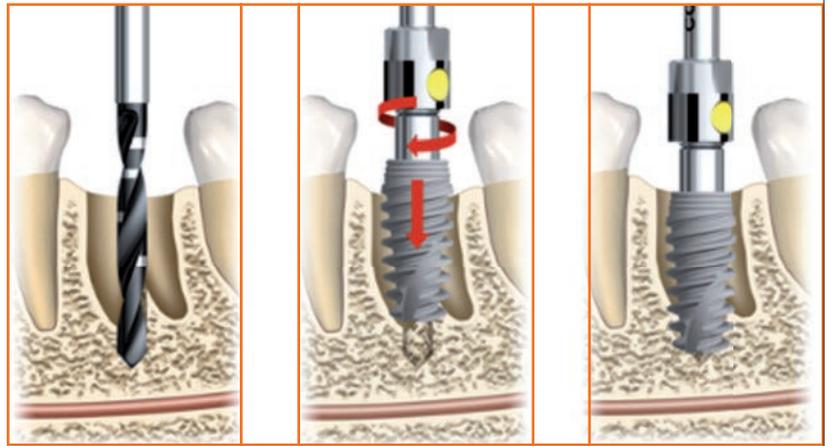
SUSCRIPCIÓN GRATUITA

Para recibir el pdf de cada número de la revista, entre en la web

www.zonahospitalaria.com/suscripciones/

y envíenos su correo electrónico

¿Por qué confiar en los implantes inmediatos?



En Clínica Bustillo & López hemos logrado un alta de éxito de los implantes inmediatos, con más del 99% de los casos



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 implantes inmediatos son una de las alternativas quirúrgicas con mayor auge en los últimos años. Los avances científicos y técnicos permiten la colocación de implantes dentales y corona en una sola sesión, incluso en aquellos casos en los que no existe suficiente hueso: se realiza la extracción, el injerto y la colocación de implante y corona provisional de inmediato.

Para que esta técnica tenga éxito, es importante disponer de la formación, experiencia y tecnología adecuada. En Clínica Bustillo & López, con más de veinticinco años de trayectoria en implantología dental, profesionales altamente especializados y miles de implantes colocados, hemos desarrollado protocolos propios para la colocación de implantes de carga inmediata.

Dichos protocolos se caracterizan por la utilización de materiales de primera calidad, tanto en los implantes como en las prótesis y el material regenerativo, y un completo sistema digital de diagnóstico y planificación quirúrgica.

Gracias a todo ello, logramos realizar tratamientos seguros y predecibles, con los que se puede asegurar que el implante durará muchos años, siempre que se mantenga la salud bucodental y se siga el programa de mantenimiento.

En este proceso son fundamentales los nuevos métodos de regeneración de hueso, con los que es posible reconstruir la masa ósea en el mismo momento y colocar el implante definitivo.

Como en cualquier intervención quirúrgica, habrá un período de cicatrización y estabilización, pero en todo caso, el paciente siempre llevará un diente inmediato.

En ese sentido, los implantes inmediatos muestran un impacto muy positivo sobre la calidad de vida del paciente, ya que le ofrece funcionalidad y estética desde el primer momento. No tiene que padecer largos procesos postoperatorios con varias visitas a la clínica, ni llevar prótesis provisionales.

Además, la zona afectada se revitaliza con rapidez, un factor que contribuye a la salud y estabilidad del conjunto de la dentadura.

Igualmente, evita las posibles complicaciones que puedan surgir en los tratamientos de más duración.

Implantes de alta precisión

La intervención de implantes inmediatos requiere asimismo una gran precisión, ya que se trata de aprovechar las posibilidades del hueso existente para que no haga falta regeneración o sea poco invasiva. Para lograrla, la tecnología digital se ha convertido en una gran aliada del especialista.

Con el recurso a herramientas disponibles en Clínica Bustillo & López, como el escáner facial, el escáner intraoral o el dispositivo de tomografía computarizada de haz cónico (CBCT), podemos determinar la calidad del hueso y las necesidades de reconstrucción. Y apoyados en el robot de cirugía guiada X-Guide, establecemos con exactitud la posición más adecuada para garantizar la estabilidad primaria del implante.

De ese modo, logramos que los implantes inmediatos tengan la misma fiabilidad que cualquier otro tipo de tratamiento de implantología.

¿Se pueden humanizar los cuidados neonatales?



Irache Barrena Nieto.

Enfermera especialista en Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. Hospital Universitario de Navarra

Los pacientes neonatales son aquellos que ingresan en las Unidades Especializadas de Cuidados Intensivos Neonatales (recién nacidos menores de 1 mes de vida) porque tras el nacimiento necesitan una serie de cuidados especiales, muy específicos y muy complejos, debido a uno o más problemas y/o enfermedades.

Históricamente, la Neonatología se ha ido perfeccionando pero también se ha vuelto más y más agresiva, debido a los avances tecnológicos y científicos, así como la necesidad de realizar pruebas y procedimientos más específicos para conseguir un mejor diagnóstico y tratamiento, aumentando así exponencialmente la supervivencia de los neonatos. Sin embargo, las consecuencias negativas de la agresividad y el encarnizamiento terapéutico que tienen lugar en bastantes ocasiones, provocan un aumento de las complicaciones asociadas a sus enfermedades de base y un aumento de la mortalidad evitable, siendo mucho más marcado cuanto más pequeño es el bebé:

no es lo mismo un recién nacido a término (37-40 semanas de gestación) que ya tiene 26 días de vida, que un prematuro extremo de 25 semanas de gestación con una semana de vida, debido a su extrema inmadurez para adaptarse a un entorno plagado de estímulos (luz, ruido, vibraciones, temperatura...).

Reduce el estrés y el dolor del bebé

La humanización de los cuidados de Enfermería es el conjunto de medidas intencionadas que realizan los profesionales de Enfermería y Técnicos Auxiliares de Enfermería (TCAEs) para mejorar los cuidados proporcionados, sobre todo para disminuir el estrés y el dolor producidos por las técnicas y procedimientos realizados, aumentando así su confortabilidad y tranquilidad. La humanización de estos cuidados ha demostrado ser efectiva reduciendo el estrés y el dolor del bebé, aumentando su tranquilidad y la de sus padres y mejorando la tolerancia a los procedimientos estresantes.

Existen multitud de técnicas de humanización que se van implementando en cada vez más

Amor, calor y leche materna

Unidades de Cuidados Neonatales. Por ejemplo, se ha demostrado que uno de los principales recursos es la presencia de los padres el mayor número de horas posible en la unidad. De esta forma, se pasó de unas unidades cerradas con un horario de visita estricto y muy limitado, a unidades abiertas, sin restricción horaria y con permiso para permanecer 24 horas ambos progenitores. La simple estancia de los padres junto a la incubadora o a la cuna del bebé hospitalizado serán muy valiosas para él (contenerlo con sus manos, acariciarle, acunarle, calmarlo cuando lllore...), pero también realizando técnicas activas cuando el niño está estable clínicamente. Por ejemplo, el método canguro (consiste en coger al bebé en brazos a pesar de los aparatos y cables que lleve conectado, con ayuda de un profesional, y poner su tripa contra el pecho desnudo del padre o madre, haciendo "piel con piel"). También se incentiva la lactancia materna o el alimentar con otros medios sobre el regazo de los padres. En definitiva, se promueven 3 pilares fundamentales: amor, calor y leche materna.

PubliSic
COMUNICACIÓN

Empresa editora de **Zona Hospitalaria** www.zonahospitalaria.com

Si tu negocio está vinculado con la salud de las personas, te interesa publicitarte en Zona Hospitalaria: revista, web y redes sociales.



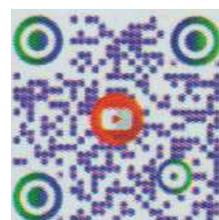
Escrita en su totalidad por el profesional sanitario de Navarra desde 2006 (19 años) | Publicidad en la revista (anuncios y publirreportajes), en la página web (banner y artículos) y en las redes sociales (facebook y X) | Distribución: 10 edificios del Hospital Universitario de Navarra, en el Hospital San Juan de Dios y en 15 Centros de Salud de Pamplona.

Más Información: M 618 463 122 | redaccion@zonahospitalaria.com

El Centro L.M. Zamborán introduce la Diamagnetoterapia en Navarra



*Dr. Luis Miguel Zamborán. Col. 5380 / Col. 933
Centro de Fisioterapia Zamborán
C/ Felipe Gorriti, 6 bajo Bis | Pamplona
948 24 43 43 | www.fisioterapiazamboran.com*



El Centro de Fisioterapia L.M. Zamborán se ha convertido en pionero en Navarra al implantar la **diamagnetoterapia**, una tecnología revolucionaria que promete un antes y un después en el tratamiento fisioterapéutico.

Esta técnica se emplea en diversos campos, incluyendo traumatología, ortopedia, patologías de la columna, patologías del deporte, medicina estética y plástica, sistema circulatorio, reumatología y tratamiento del dolor crónico. Puede aplicarse sin contacto directo con la piel, atravesando yesos, férulas o apósitos, lo que la hace ideal para situaciones agudas y sobre inmovilizaciones.

¿En qué consiste?

La diamagnetoterapia se destaca por su capacidad de reducir edemas en los tejidos lesionados y convalecientes a través de un potente campo magnético de alta intensidad (hasta 2,2 Teslas) y baja frecuencia (máximo 7 Hz). Esta tecnología no invasiva y aplicable desde el primer día tras una cirugía o lesión, incluso con inmovilización (yeso, férula, apósito, etc.), evita efectos ionizantes y adictivos.

La terapia se basa en tres efectos principales:

1. Evacuación de líquidos inflamatorios: reduce significativamente los edemas en los tejidos.
2. Estimulación de la reparación celular: activa los mecanismos de reparación según el tipo de tejido afectado.

3. Modulación del dolor: alivia el dolor local y neuropático irradiado.

Estos efectos combinados aceleran la recuperación, reducen los tiempos de baja médica y mejoran la reintegración a las actividades diarias.

¿Cómo funciona?

La Bomba Diamagnética CTU MEGA 20 genera un campo magnético de hasta 2,2 Teslas, que es 200 veces más potente que un equipo de magnetoterapia convencional. Este campo influye en la matriz extracelular y la bioquímica intracelular, favoreciendo la reabsorción de edemas y acelerando los procesos metabólicos celulares.

Los mecanismos de acción de la Bomba Diamagnética CTU MEGA 20 son:

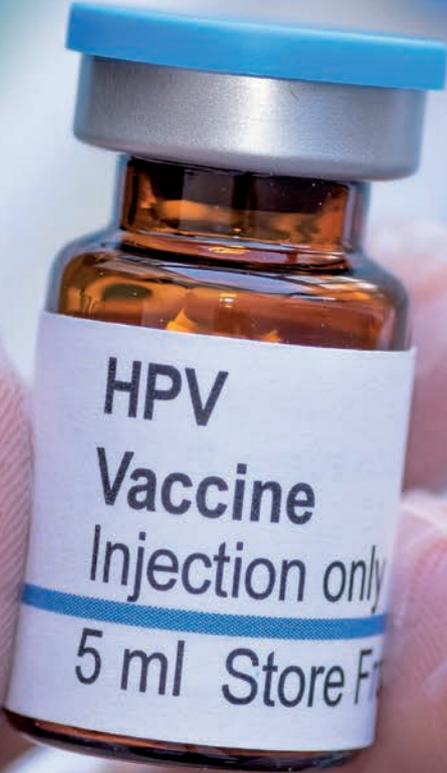
- Desalojo de líquidos inflamatorios intra y extracelulares.
- Bioestimulación endógena de células y matriz extracelular.
- Control del dolor.
- Introducción de fármacos hidrosolubles hasta 7 cm de profundidad.

Una ventaja adicional de la Bomba Diamagnética CTU MEGA 20 es su capacidad para combinarse con la terapia de diatermia capacitiva/resistiva (como la famosa Indiba). Esta combinación permite drenar continuamente la matriz extracelular, manteniendo la efectividad de la diatermia sin que se bloquee el proceso antiinflamatorio.

Diferencias fundamentales con la diatermia tradicional

A diferencia de la diatermia capacitiva/resistiva tradicional, que se basa únicamente en la radiofrecuencia y puede tener limitaciones debido a la saturación de la matriz extracelular, la diamagnetoterapia no tiene estas restricciones. Puede aplicarse sin contacto directo con la piel, atravesando yesos, férulas o apósitos, lo que la hace ideal para situaciones agudas y sobre inmovilizaciones.

La diamagnetoterapia no está indicada en casos de tumores, embarazos, enfermedades cardíacas, marcapasos/dispositivos electrónicos y en epífisis fértiles de niños en crecimiento.



**Tratamiento y prevención
para lesiones precursoras de
cáncer de cervix
producidas por el
Virus del Papiloma Humano (VPH)**

Nahikari García Suescun. Enfermera en Mutua Navarra.

María del Puy Ortiz Lana. Enfermera Planta de Medicina Interna del Hospital García Orcoyen.

María Sáenz Urra. Enfermera en el Centro de Salud de Estella.

Lorea García Aznárez. Enfermera en el Centro de Salud de Barañain

Las lesiones precursoras de **cáncer de cérvix** se denominan displasias. Estas displasias, si evolucionan espontáneamente sin tratamiento, pueden transformarse en cáncer in situ, en porcentaje variable, que si no se trata evolucionaría a cáncer invasivo.

La nomenclatura actual más usada procede de una modificación de la clasificación de Bethesda y habla de SIL (squamous intraepithelial lesión), dividiéndose en:

- **SIL de bajo riesgo (L-SIL):** equivale a la antigua CIN 1. Son cambios celulares leves provocados generalmente por infecciones autolimitadas del HPV.
- **SIL de alto grado (H-SIL):** equivale a las antiguas CIN 2 Y CIN 3. Son cambios premalignos.
- **ASCUS (adenosquamous cells of uncertain significance):** el patólogo ve en el frotis células que no sabe a ciencia cierta si son malignas o no y hay que estudiarlas más a fondo, generalmente mediante una colposcopia.
- **AGC (atypic glandular cells):** son lesiones originadas en las células glandulares en lugar de las células escamosas. En la última década está aumentando su incidencia.

El cáncer de cérvix, carcinoma de cérvix o cuello uterino incluye neoplasias malignas que desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina. El cáncer de cérvix es paradigma de la utilidad de los programas de detección precoz. A diferencia de la mayoría de las neoplasias que se tratan en oncología, el cáncer de cérvix y su constelación de lesiones precursoras, tienen un agente etiológico identificado: el virus del papiloma humano (VPH). La frecuencia de la infección por VPH en mujeres en España es de 14,3% siendo el 29% en las mujeres jóvenes de 18-25 años.

Objetivo

Profilaxis y tratamiento de lesiones precursoras de cáncer de cérvix.

Metodología

Con la finalidad de dar respuesta al objetivo planteado en este trabajo se ha realizado una revisión crítica de la literatura.

Teniendo en cuenta diferentes bases de datos como PUBMED, CUIDEN, MEDLINE y COCHRANE.

Resultados y discusión

La principal acción para prevenir el VPH es identificar los posibles factores de riesgo o causas contribuyentes:

- Inicio precoz de relaciones sexuales, existencia de múltiples compañeros sexuales y compañero sexual con varias parejas.
- Situaciones de inmunosupresión como el VIH, aumentan la incidencia.
- Tabaco.
- Antecedentes de lesiones pre-malignas como el SIL de alto grado, que es precursor de esta enfermedad.

Para el diagnóstico la técnica citológica más conocida es el test de Papanicolau o citología de triple toma donde se toman tres muestras: primero la muestra del fondo de saco vaginal, segundo la muestra de ectocérvix y tercero la toma de endocérvix.

La prevención y el tratamiento del VPH requiere concienciar a la población del riesgo de infección derivado de las relaciones sexuales sin protección. Como método de prevención primaria encontramos la vacuna contra el virus del papiloma humano, que está preparada para prevenir la infección de los tipos 16, 18, 6 y 11. Actualmente existen tres vacunas autorizadas frente al VPH. Una vez aparecida la lesión precursora, actualmente hay un tratamiento denominado PAPILOGARE GEL, el cual ha demostrado científicamente una altísima eficacia en la eliminación no solo del VPH, si no también de las lesiones iniciales precancerosas del cuello del útero.

Conclusión

Tras la revisión bibliográfica concluimos que la vacunación profiláctica sistemática frente al VPH se considera actualmente la intervención más eficaz y eficiente para el control de la infección y la prevención de la carga de la enfermedad asociada al virus.

El cribado de esta enfermedad se deberá realizar por un ginecólogo en el momento del diagnóstico en los pacientes con lesiones precursoras de cáncer de cérvix. Según resultado se harán controles periódicos de 1 año con ginecología o se harán revisiones más frecuentes en caso de anomalía o existir diferentes riesgos.

También podemos apreciar que el conocimiento de los adultos jóvenes acerca del riesgo que tienen estas lesiones es deficiente por lo que sería muy importante la concienciación de la población de la importancia que tiene la utilización de medidas de protección durante las relaciones sexuales y las consecuencias que puede tener no hacerlo.

medicina salud
zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com

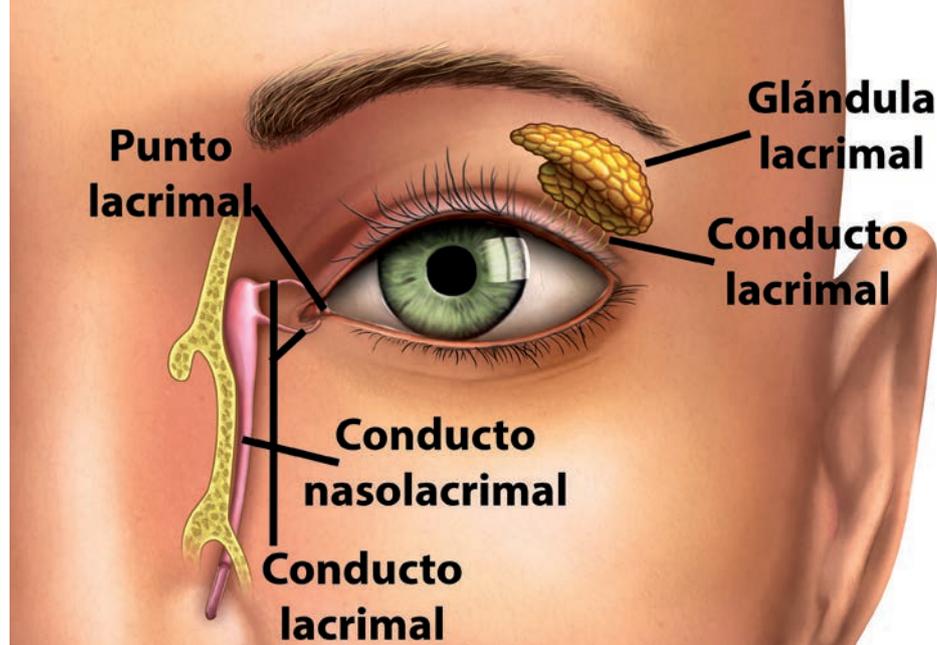
SUSCRIPCIÓN GRATUITA

Para recibir el pdf de cada número de la revista, entre en la web

www.zonahospitalaria.com/suscripciones/

y envíenos su correo electrónico

Glándula lagrimal



*María del Puy Ortiz Lana. Enfermera de Medicina Interna. Hospital García Orcoyen de Estella.
 María Sáenz Urra. Enfermera Centro Salud de Estella.
 Lorea García Aznárez. Enfermera Centro Salud de Barañain.
 Nahikari García Suescun. Enfermera Mutua Navarra*

La **glándula lagrimal** principal se ubica en el ángulo superoexterno de la órbita y es responsable de la secreción refleja. También hay glándulas lagrimales menores en la conjuntiva, responsables de la secreción basal de lágrima.

La lágrima se evacua por los dos puntos lagrimales, ubicados en el borde palpebral, cercanos al canto interno. Los puntos dan origen a canaliculos lagrimales (superior e inferior), los cuales se unen en un canaliculo común que desemboca en el saco lagrimal, el que a su vez drena por el conducto lacrimonasal a la cavidad nasal, desembocando en el meato inferior.

La inflamación de la glándula lagrimal se llama dacrioadenitis. La inflamación del saco lagrimal se llama dacriocistitis, y es mucho más frecuente.

Medida de producción de lágrimas

La secreción lagrimal se mide mediante la **prueba de Schirmer** con tiras de papel de filtro de 5 x 35 mm; su extremo se dobla en 5 mm, para colocarla entre el tercio medio y el externo del párpado inferior; el resto de la tira sobresale entre los párpados. Cuando el lagrimeo es normal se humedecen de 10 a 15 mm del papel en 5 minutos.

Permeabilidad de las vías lagrimales

Para conocer la permeabilidad de las vías lagrimales se usa la prueba de desaparición del contraste en la que se coloca una gota de fluoresceína en cada ojo y se esperan 5 minutos; se observa entonces la desaparición del colorante o no. Otra prueba es la de Jones I; consiste en que a los 5 minutos después de instilado el colorante se introduce

un hisopo de algodón en la fosa nasal o se ordena al paciente sonarse la nariz cubriendo su desembocadura con un apósito para verificar si el líquido nasal está coloreado o no.

En el caso de que no se recupere fluoresceína, se puede inyectar solución salina a través del punto lagrimal (Jones II). El hallazgo del colorante en esta situación discrimina las obstrucciones parciales del conducto lacrimonasal de otras causas como la hipersecreción activa de lágrimas y el fallo de la función de bomba del orbicular.

Enfermedades de la glándula lagrimal

Las enfermedades de las glándulas lagrimales en el niño, excepto por anomalías congénitas menores, son poco frecuentes. Pueden ser de carácter adquirido o congénito.

Las formas congénitas incluyen la ausencia de la glándula o criptofthalmos, la alacrimia, la hiposecreción lagrimal y con menor frecuencia los quistes, fístulas y prolapsos.

Entre las afecciones adquiridas se encuentran las inflamaciones, tumores, traumas o enfermedades sistémicas que afecten a distintas glándulas del organismo.

La inflamación de la glándula lagrimal, dacrioadenitis, puede ser aguda o crónica y acompaña a enfermedades infecciosas como fiebre tifoidea, tuberculosis, escarlatina, parotiditis y mononucleosis. Los tumores de la glándula lagrimal son excepcionales en el niño.

Enfermedades de las vías lagrimales

La mayoría de las afecciones del aparato lagrimal, casi siempre congénitas, afectan a las vías de excreción, como son: la ausencia o imperforación de los puntos lagrimales, anomalías en la posición y número de estos.

Obstrucción del conducto lacrimonasal

La enfermedad más frecuente de las vías lagrimales excretoras en el niño es la obstrucción del conducto lacrimonasal, que afecta alrededor del 5 % de los recién nacidos.

Las obstrucciones, si son congénitas, se detectan, por lo regular, a partir de la tercera semana o los primeros meses de nacido. Con mayor frecuencia son unilaterales y puede estar en diferentes partes de las vías lagrimales excretoras.

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

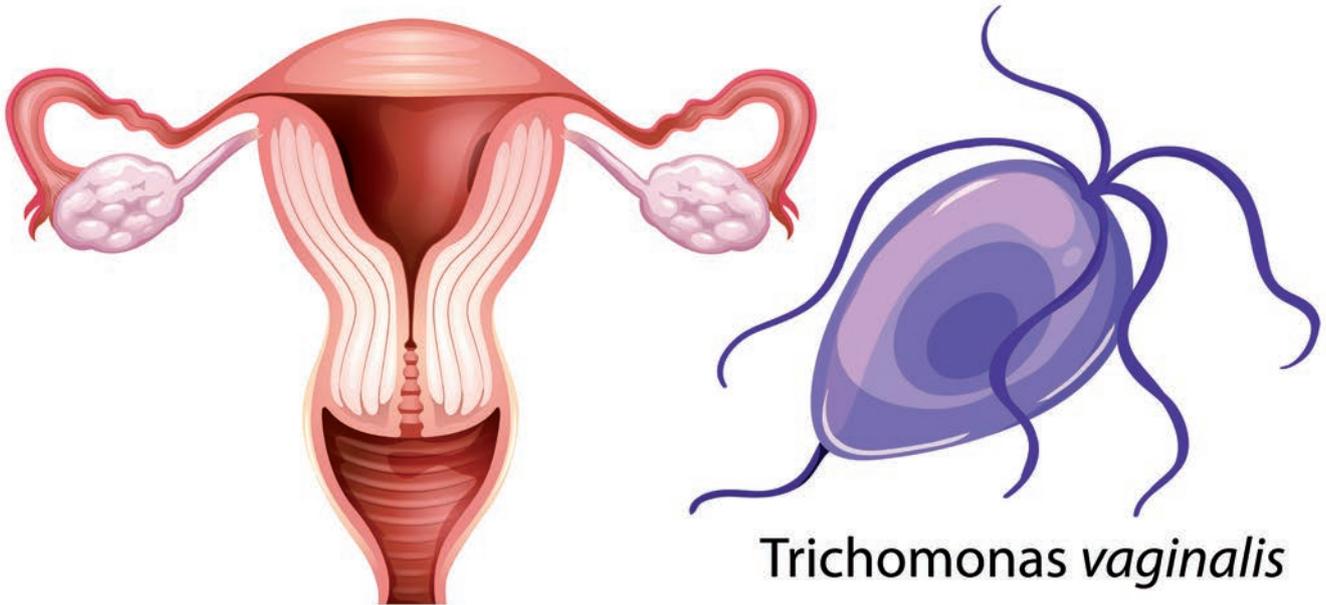
T 948 57 07 92
M 639 07 05 09
drleopoldofernanandez@gmail.com

www.leopoldofernanandez.com



GPS-C2261/1/14-NA

Trichomoniasis



Trichomonas vaginalis

Trichomona, ¿qué es y cómo se trata?

*Claudia Giménez Molina. F.E.A Ginecología y Obstetricia. Hospital San Jorge. Huesca.
 María Jesús Puente Luján. F.E.A Ginecología y Obstetricia. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.
 Leticia Álvarez Sarrado. F.E.A Ginecología y Obstetricia. Hospital Reina Sofía. Tudela.
 Virginia Giménez Molina. Residente Pediatría. Hospital Miguel Servet. Zaragoza*

▮▮ **Trichomona Vaginalis (TV)** es un protozoo unicelular anaeróbico y microaerófilo flagelado que se transmite a través de las relaciones sexuales. Su transmisión al recién nacido a través del parto es excepcional.

El 70-85% de las personas infectadas por este protozoo no tiene ningún síntoma o estos son mínimos. El síntoma más frecuente que suele aparecer son las alteraciones en el flujo vaginal (purulento, espumoso o con sangre).

Otros son:

- Olor vaginal anormal.
- Picazón vaginal que se incrementa durante la menstruación.
- Dolor con las relaciones sexuales.
- Dolor con la micción.
- Sangrado tras las relaciones sexuales.

El diagnóstico de sospecha es clínico, mediante la visualización de un flujo anormal (normalmente leucorrea amarillenta) y la visualización del cérvix en fresa. El diagnóstico definitivo se llevará a cabo mediante cultivo de las secreciones (permitirá el diagnóstico de otras ITS como C. Tracomatis o Gonococo).

El tratamiento de elección será vía oral Metronidazol 2 gramos en dosis única o Tinidazol 2gramos vía oral, dosis única. Otro régimen de tratamiento alternativo será el Metronidazol 500mg 1cp/12horas durante 7 días.

Se deba tratar de forma simultánea a todas las parejas sexuales de la paciente diagnosticada de infección por TV. Las personas diagnosticadas de infección por TV deben abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que se haya completado el tratamiento y desaparecido los síntomas. Si la infección es detectada durante la gestación, se deben tratar debido a las complicaciones que puede producir esta infección durante el embarazo. El tratamiento de elección será el metronidazol 2gr VO en dosis única, no siendo recomendable utilizar el tinidazol.

Se recomienda realizar nuevo cultivo vaginal a los 3 meses tras el tratamiento inicial independientemente de si la/s pareja/s fueron tratadas.

Enalta

Servicios funerarios conmemorativos

San Alberto | Villava | Puente La Reina | San Adrián
Milagro | Carcastillo | Santacara | Castejón

Celebrar cada
historia vivida.

enalta.es

900 500 000
(Teléfono gratuito 24h)

¿Qué es el asma?

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



El **asma** es una enfermedad muy frecuente en la población, afecta tanto a adultos como a niños, siendo la enfermedad crónica más habitual en la población infantil. Se trata de una enfermedad respiratoria crónica, en la que los bronquios reaccionan ante determinados estímulos mediante inflamación/obstrucción, produciendo dificultad para la entrada y salida de aire.

Síntomas del asma

Los síntomas pueden variar de una persona a otra. Estos síntomas suelen ser más intensos durante la noche o al hacer ejercicio y pueden aparecer al entrar en contacto con sustancias que producen alergia en la persona, con la exposición a irritantes como el humo u olores fuertes.

Cuando estos síntomas se agravan mucho, se produce una crisis asmática:

- Dificultad respiratoria o disnea.
- Tos persistente, de predominio nocturno.
- Ruidos al respirar, denominados sibilancias.
- Opresión en el pecho.

Causas

Resulta difícil encontrar una única causa directa que produzca asma, ya que hay diversos factores que pueden aumentar el riesgo de padecer esta enfermedad, éstos son:

- Familiares asmáticos o con otras enfermedades alérgicas en la familia. La mitad de las personas con asma tienen familiares asmáticos.
- Las alergias a ácaros, pólenes, animales...
- Exposición a alérgenos y sustancias irritantes del entorno, así como productos nocivos (tabaco).
- La obesidad aumenta el riesgo de padecer asma tanto en adultos como en niños.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico de asma se realiza teniendo en cuenta los síntomas que presenta la persona y se confirma con el resultado de la espirometría. Esta prueba, mide como pasa el aire por los bronquios y muestra si hay una obstrucción reversible después de utilizar un broncodilatador.

Tratamiento del asma

La prevención y el control de esta enfermedad a largo plazo son clave para disminuir las crisis asmáticas. El tratamiento consta de reconocer cuales son los factores que desencadenan los síntomas y tomar medidas para evitarlos. En caso de un ataque de asma, es posible que tengas que utilizar un inhalador de alivio rápido.

Ver Bibliografía: zonahospitalaria.com

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



El futuro de la odontología: regenerar dientes será posible

Comunicación Edificio Policlínica Artica

sannas DENTOFACIAL

En Clínica Sannas Dentofacial nos entusiasma compartir avances innovadores que transformarán el cuidado bucodental. Uno de los más sorprendentes viene de Japón, donde un equipo de científicos ha desarrollado un medicamento experimental que promete regenerar dientes naturales.

La ciencia detrás del descubrimiento

El hallazgo gira en torno a la proteína USAG-1, que inhibe el desarrollo dental. Al bloquear su acción mediante anticuerpos, los investigadores han logrado estimular el crecimiento de nuevos dientes en animales. Este enfoque ya se está probando en humanos, con resultados prometedores. Según el equipo liderado por el Dr. Katsu Takahashi, se espera que este tratamiento esté disponible para pacientes en 2030.

¿Qué podría cambiar?

Actualmente, la pérdida dental suele solucionarse con implantes o prótesis. Este nuevo tratamiento ofrecería una alternativa menos invasiva y más natural, regenerando dientes directamente en la boca. Esto no solo mejoraría la estética, sino también la salud bucal y general, al restaurar funciones esenciales como la masticación.

Cuidar hoy, pensando en el mañana

Aunque el futuro se perfila esperanzador, no debemos olvidar que la prevención sigue siendo la mejor herramienta para mantener la salud bucodental. Cepillarse los dientes correctamente, usar hilo dental, tener una dieta equilibrada y acudir al dentista regularmente son prácticas fundamentales para evitar problemas mayores.

En Sannas Dentofacial, siempre a la vanguardia

En Clínica Sannas Dentofacial seguimos de cerca estos avances y estamos comprometidos con la innovación. Nuestro objetivo es estar preparados para integrar esta tecnología en nuestras prácticas, garantizando a nuestros pacientes las mejores soluciones disponibles.

Mientras esperamos esta revolución odontológica, cuidar tu boca sigue siendo la clave para una sonrisa sana y una vida saludable.



Al 69% de la población le preocupa la pérdida de dientes.

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



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



Cómo el ejercicio físico mejora tus funciones ejecutivas

Esperanza Bausela Herreras. Profesora Titular de Universidad de Psicología Evolutiva y de la Educación en la Universidad Pública de Navarra. Experta online en Psicooncología por el Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. Investigadora principal del Grupo de Investigación "Funciones Ejecutivas: Psicología, Música y Salud mental".

▮▮ La función ejecutiva (FE) se refiere a un conjunto de procesos cognitivos que son esenciales para controlar el comportamiento, gestionar tareas, tomar decisiones, razonar, planificar, regular y controlar los procesos de información y comportamientos.

Las FE básicas incluyen el control inhibitorio, la memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva. La capacidad para suprimir impulsos fuertes o inapropiados, ya sean internos o externos, se conoce como control inhibitorio.

La memoria de trabajo es la capacidad de almacenar información en la mente durante períodos cortos de tiempo, y es esencial para el razonamiento y la resolución de problemas. La flexibilidad cognitiva representa la capacidad de adaptarse de manera flexible a las necesidades o prioridades cambiantes.

Estilo de vida saludable

La FE es relevante para múltiples aspectos de la vida, incluidos la salud física y mental, así como el desarrollo social, cognitivo y psicológico, puede predecir la calidad de vida diaria y la salud.

Ser más activo y menos sedentario es esencial para mantener un estilo de vida saludable debido a sus efectos beneficiosos en los niveles esqueléticos, cardiovasculares y metabólicos. Los estudios han encontrado que la FE generalmente está asociada con el funcionamiento saludable de la corteza prefrontal.

Las intervenciones de ejercicio físico pueden mejorar las medidas conductuales de la memoria de trabajo en adultos con depresión leve a moderada. Esta mejora se puede observar al comparar el ejercicio físico con condiciones pasivas (por ejemplo, pastillas placebo) y condiciones de control activas (por ejemplo, juegos cooperativos en grupo).

La disfunción ejecutiva es prevalente en adultos mayores con enfermedad de Alzheimer (EA) y tiene un impacto significativo en las actividades de la vida diaria y las necesidades de cuidado. El ejercicio aeróbico puede ser una intervención efectiva para mantener la función ejecutiva entre las personas con EA.

Los ejercicios agudos y crónicos pueden tener un efecto positivo en la función ejecutiva en niños y adolescentes, especialmente en términos de memoria de trabajo. Los estudios observacionales han mostrado que la actividad física en individuos está correlacionada positivamente con la FE, con efectos particularmente pronunciados sobre el control inhibitorio y la memoria de trabajo.



Entrenamiento físico

La educación física impacta positivamente en las funciones ejecutivas de los estudiantes, observándose los beneficios más significativos en actividades que son cognitivamente desafiantes y realizadas de manera regular a lo largo del tiempo. Incorporar juegos cognitivamente desafiantes y videojuegos en los programas de educación física puede mejorar la flexibilidad cognitiva, la memoria de trabajo y el control inhibitorio de manera más efectiva que las actividades físicas tradicionales. Las sesiones regulares y sostenidas de actividad física son cruciales para maximizar estos beneficios cognitivos.

El entrenamiento físico, especialmente el ejercicio aeróbico, tiene un beneficio positivo en la mejora de la memoria de trabajo, la flexibilidad cognitiva y el control inhibitorio de las funciones ejecutivas en adultos mayores sanos sin deterioro cognitivo. Por lo tanto, el ejercicio físico parece ser un método adecuado para mejorar las funciones ejecutivas en adultos mayores cognitivamente sanos.

El impacto positivo en la función ejecutiva se mantiene constante independientemente de la intensidad del ejercicio, ya sea moderada, intensa o muy intensa. Esto sugiere que el

beneficio del ejercicio en la capacidad para realizar tareas que requieren control cognitivo, como la toma de decisiones, la planificación y el manejo de impulsos, no depende de cuán duro sea el ejercicio realizado. Ya sea que una persona haga una actividad de intensidad moderada o una de mayor esfuerzo, los efectos sobre la función ejecutiva permanecen similares. Este hallazgo es relevante porque implica que incluso sesiones cortas de ejercicio de moderada intensidad pueden mejorar el rendimiento cognitivo de forma significativa, sin necesidad de que el ejercicio sea extremadamente exigente.

En general, participar en actividad física aeróbica regular está asociado con mejoras en la función ejecutiva, lo que sugiere que es una estrategia valiosa para mantener la salud cognitiva, especialmente en adultos mayores.

Referencias

Contreras-Osorio F, Ramirez-Campillo R, Cerda-Vega E, Campos-Jara R, Martínez-Salazar C, Reigal RE, et al. Effects of Physical Exercise on Executive Function in Adults with Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *IJERPH*. 18 de noviembre de 2022;19(22):15270.

Liu S, Yu Q, Li Z, Cunha PM, Zhang Y, Kong Z, et al. Effects of Acute and Chronic Exercises on Executive Function in Children and Adolescents: A Systemic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol*. 17 de diciembre de 2020;11:554915.

Tian S, Liang Z, Qiu F, Wang X. Physical activity on executive function in sedentary individuals: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Squillaciotti G, editor. PLoS ONE*. 7 de diciembre de 2023;18(12):e0294251.

Xiong J, Ye M, Wang L, Zheng G. Effects of physical exercise on executive function in cognitively healthy older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Studies*. febrero de 2021;114:103810.

Yu F, Vock DM, Barclay TR. Executive function: Responses to aerobic exercise in Alzheimer's disease. *Geriatric Nursing*. marzo de 2018;39(2):219-24.

Zhao G, Sun K, Fu J, Li Z, Liu D, Tian X, et al. Impact of physical activity on executive functions: a moderated mediation model. *Front Psychol*. 4 de enero de 2024;14:1226667.

Imágenes: PIXABAY



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

Infección respiratoria aguda y anestesia, ¿por qué han cancelado mi intervención?

Estíbaliz Angulo Otaduy y Ángeles Aragón Martínez. Médicos Internos Residentes de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Navarra.
Nora Veiga Gil. FEA Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Navarra

Las enfermedades respiratorias se presentan de manera muy frecuente durante el otoño y el invierno. Son muchos los pacientes que sufren de esta patología, bien de forma aguda o como empeoramiento de su enfermedad de base (bronquitis aguda, asma, ...).

La anestesia general y la intervención quirúrgica producen cambios a nivel respiratorio que condicionan complicaciones pulmonares de diferente gravedad, especialmente después de la cirugía. Los mecanismos involucrados en estos cambios tienen que ver con alteraciones de la mecánica respiratoria, el intercambio de gases a nivel pulmonar, el sitio anatómico y la duración de la cirugía, así como la enfermedad respiratoria preoperatoria que sufren algunos pacientes.

Cuando la función pulmonar es normal, estos cambios tienen poca repercusión; pero en situaciones respiratorias límites, estas alteraciones asociadas a la anestesia y a la cirugía pueden condicionar, por ejemplo, el fracaso para recuperar una ventilación espontánea normal. La valoración preoperatoria sirve, por lo tanto, para conocer el grado de alteración funcional respiratoria y los factores de riesgo involucrados en las complicaciones respiratorias postoperatorias.

Factores de riesgo

- **Localización de la cirugía.** En pacientes con patología respiratoria crónica, las cirugías sobre extremidades u oftalmológicas tienen menor incidencia de complicaciones respiratorias que las realizadas sobre el abdomen superior o el tórax.
- **Tabaquismo.** Los pacientes fumadores presentan un aumento de las secreciones del árbol traqueobronquial, así como una reactividad bronquial superior a la población normal. La incidencia de infección también se halla aumentada. Por su parte, el nivel de carboxihemoglobina (hemoglobina que transporta CO₂ en lugar de O₂) también se encuentra elevado, por lo que disminuye la capacidad para transportar oxígeno.
- **Enfermedad respiratoria crónica.** La patología respiratoria crónica se suele acompañar de síntomas específicos como disnea (sensación de falta de aire), tos, expectoración y somnolencia. Hay que evaluar si la disnea permanece estable o se agrava en los últimos días y qué tolerancia presenta el paciente al esfuerzo. En la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) existe hipersecreción bronquial acompañada de tos productiva.
- **Estado nutricional.** Los pacientes desnutridos con debilidad muscular importante pueden tener comprometidos los músculos respiratorios, de tal manera que se agrave el cuadro de dificultad respiratoria o tengan menor capacidad muscular para superar una situación de aumento de trabajo respiratorio después de una cirugía.
- **Edad.** La edad es un factor de riesgo independiente, debido a que el envejecimiento trae aparejados cambios en la elasticidad pulmonar, disminuyendo el contenido de oxígeno en sangre y la capacidad pulmonar. El aumento de la posibilidad de complicaciones pulmonares es cuatro veces mayor por encima de los 55 años de edad.

Pruebas preoperatorias

Las pruebas preoperatorias deben adecuarse a cada paciente y cada cirugía. La entrevista médica y la valoración física determinarán qué pruebas solicitar. Generalmente, con un análisis que incluya hemograma, pruebas de coagulación, ionograma y gasometría arterial para valorar la oxigenación de la sangre, podría ser suficiente para afrontar una cirugía y anestesia con garantías de seguridad, pero si el paciente presenta otros problemas de salud podemos indicar una valoración exhaustiva tanto cardiológica como de la función pulmonar.

Antecedentes personales a tener en cuenta

Por lo anteriormente expuesto, es importante obtener los siguientes datos preoperatorios en el paciente con enfermedad respiratoria crónica:

- Antecedentes de tabaquismo.
- Antecedentes de disnea. Gravedad de la misma y tolerancia al ejercicio.
- Antecedentes de sibilancias.
- Presencia de síntomas de insuficiencia cardiaca.
- Medicación habitual y tratamientos recientes.
- Infecciones respiratorias recientes. Hospitalizaciones previas y motivos.
- Cirugía y anestesia previas. Antecedentes de pruebas respiratorias, respuesta al tratamiento y evolución.

Preparación del paciente

Es prioritaria la correcta preparación de los pacientes con afecciones respiratorias crónicas. Esta puede marcar la diferencia entre poder despertar y extubar al paciente con normalidad o la imposibilidad de desconexión de la ventilación mecánica que nos ha ayudado durante

la cirugía. Además, el abandono tabáquico antes de una intervención tiene los siguientes beneficios:

- La función de las células especiales de la tráquea y los bronquios comienza a mejorar aproximadamente tres días después de dejar de fumar. El volumen de las secreciones puede aumentar inicialmente, para luego volver a la normalidad en dos semanas.
- Sin embargo, sólo después de 8-12 semanas de abstinencia tabáquica se ha demostrado que exista una disminución de las complicaciones durante y después de la cirugía.

Además del hábito tabáquico, antes de la intervención debemos continuar o incluso optimizar el tratamiento farmacológico que el paciente toma habitualmente, investigar y tratar las infecciones agudas respiratorias si las hubiera, mejorar el estado nutricional del paciente y realizar ejercicios de fisioterapia respiratoria. Después de la intervención todo irá mejor a nivel respiratorio si controlamos el dolor y si se permite, en la medida de lo posible, la deambulación precoz del enfermo.

De modo que, si en los días previos a una intervención quirúrgica o diagnóstica bajo anestesia sufre una infección respiratoria aguda o empeora su problema respiratorio crónico, debe ponerse en contacto con su médico de cabecera, el médico que le indica la intervención o con el servicio de anestesia, para valorar la necesidad de tratar esa infección y retrasar la cirugía hasta que mejore la función pulmonar. De esta manera disminuimos el riesgo de complicaciones durante y después de la intervención.

PubliSic

COMUNICACIÓN

M 618 463 122 | mercheferrer@publiscic.com | www.publiscic.com
| libros | revistas | folletos | calendarios | agendas | diseño gráfico |

The collage features several publications and logos. At the top left is the 'PubliSic COMUNICACIÓN' logo. Below it are two covers of 'zonahospitalaria' magazine, one with the headline 'CAFETERÍA - KAFETEGIA' and another with 'Feliz y saludable NAVARRA'. To the right is a brochure titled 'GUÍA PARA LA PROMOCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA Y LA PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO EN PACIENTES CON CÁNCER COLORECTAL DURANTE EL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA' from UNIVERSITAS. Next to it is 'enconsulta' magazine with the headline 'Cuidamos todos'. To the right of that is a brochure titled 'CÓMO MOTIVAR EN EDUCACIÓN FÍSICA APLICACIONES PRÁCTICAS PARA EL PROFESORADO DESDE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA'. Below these are several logos and smaller publications: 'Plan de Calidad para el Deporte en Edad Escolar de Castilla-La Mancha', 'CA TALOGO' from COLEGIO SANTA TERESA PAMPLONA, 'ERMITAGAÑA - MENDEBALDE 2024' CALENDARIO FAMILIAR, 'CENTRO DE ESTUDIOS OLÍMPICOS Universidad de Navarra', 'FEP SM' logo, 'Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental', 'FUNDACIÓN INTERNACIONAL PARA LA AYUDA CONTRA LAS malformaciones vasculares', and 'eserna' logo with the text 'LA LIMPIEZA NO ES UNA CUESTIÓN DE IMAGEN'.



¿Cuándo le saldrán los primeros dientes a nuestro hijo?

Teodoro Durá Travé

Profesor de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra

|| Esta pregunta es formulada con relativa frecuencia entre las parejas con un hijo de pocos meses de edad, ya que el proceso de la **erupción de la dentición** suele ser celebrado por las familias como signo de normalidad del crecimiento y desarrollo infantil. La erupción dentaria es un proceso natural caracterizado por el desplazamiento del diente desde el sitio de su desarrollo intraóseo (en los maxilares) hasta su posición funcional en la arcada correspondiente.

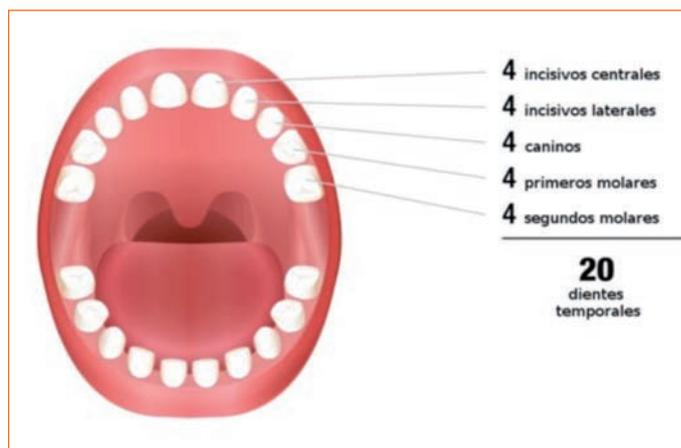


FIGURA 1. ESQUEMA DE LA DISPOSICIÓN DE LOS DIENTES TEMPORALES

Los dientes temporales o "dientes de leche" son 20 en total, 10 en cada una de las arcadas. Según su morfología, en cada hemiarcada se distribuyen dos incisivos, un canino y dos molares. Es decir, desde la línea media de cada arcada a la parte posterior -tanto hacia la derecha como hacia la izquierda- se ubican: incisivo central, incisivo lateral, canino, primer molar y segundo molar (figura 1). En la dentición temporal no hay premolares.

Se denomina dentición permanente o segunda dentición a los dientes que sustituyendo a los «dientes de leche» conformarán el sistema dental definitivo para toda la vida.

Se compone de 32 piezas dentales (16 en cada arcada). En este caso, desde la línea media de cada arcada hacia atrás -tanto hacia la derecha como hacia la izquierda- se sitúan: incisivo central, incisivo lateral, canino, primer premolar, segundo premolar, primer molar, segundo molar y tercer molar (muela del juicio).

En medicina, el interés con que se observa la erupción dental, tanto temporal como más adelante la permanente, está justificado por la importancia que la secuencia eruptiva tiene en el crecimiento de los huesos maxilares y en la oclusión dental (alineamiento de los dientes y la forma como se ajustan los dientes superiores e inferiores en la mordida) que permita una función de masticación normal. De hecho, la valoración de los potenciales problemas dentales y bucales forma parte de los objetivos específicos de los exámenes de salud realizados por el pediatra dentro de las actividades preventivas y de promoción de la salud dirigidas a la población infantil y adolescente.

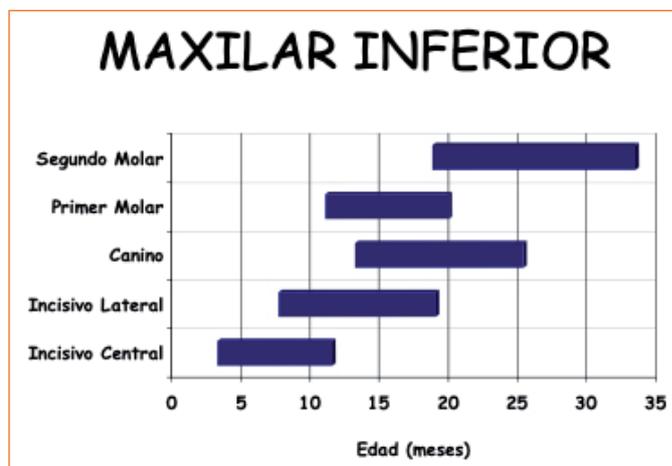


FIGURA 3. SECUENCIA CRONOLÓGICA EN LA ARCADA INFERIOR

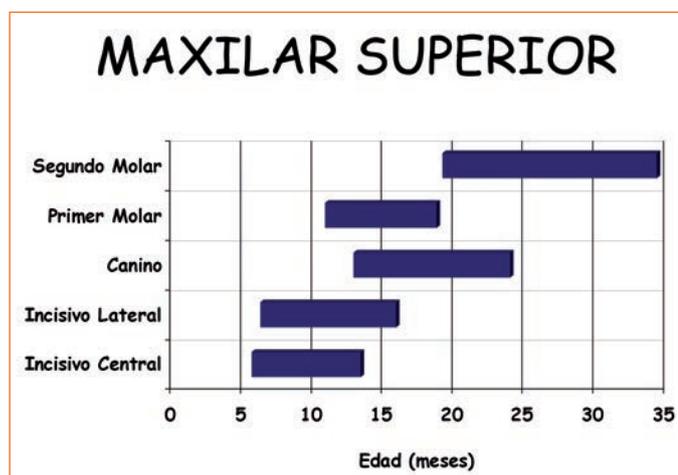


FIGURA 2. SECUENCIA CRONOLÓGICA EN LA ARCADA SUPERIOR

En las figuras 2 y 3 se representan mediante unas gráficas de barras flotantes los intervalos de tiempo correspondientes a la edad de la erupción de cada par de dientes homólogos contralaterales de las arcadas superior e inferior, respectivamente (nota: cada barra horizontal incluye al 95% de las edades de los niños/as en las que tuvo lugar la erupción de cada una de las piezas dentales). Independientemente de la posibilidad de variables cronológicas, en el niño sano a la edad de 36 meses (a los 3 años de edad) suele haberse completado el fenómeno de la erupción en los 20 dientes correspondientes a la dentición temporal.

Al no existir diferencias cronológicas y/o secuenciales significativas entre la erupción de los dientes homólogos contralaterales de ambas arcadas y ni entre ambos sexos, no sería necesario presentar los datos referentes a la secuencia cronología de la dentición primaria de cada hemiarcada y/o sexo por separado.

Es resumen, la erupción de la dentición primaria tienen una secuencia cronológica bastante definida: generalmente los incisivos centrales y laterales erupcionan primero; y a ellos les siguen los primeros molares, los caninos y los segundos molares. Las gráficas expuestas que relacionan la edad cronológica con la erupción de cada par homólogo contralateral en ambas arcadas podrían ayudar a evidenciar de forma sencilla la situación cronológica y/o secuencial de la erupción de la dentición primaria, lo que podría ser un instrumento de utilidad en el ámbito familiar.

PubliSic
COMUNICACIÓN

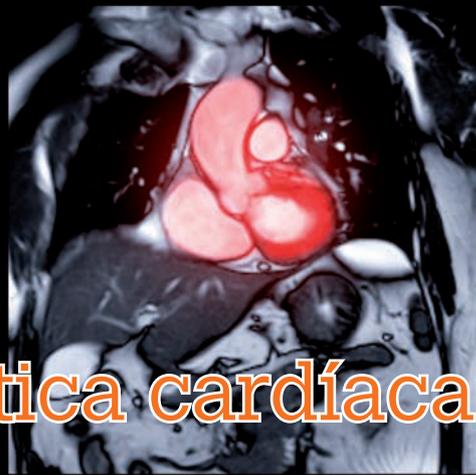
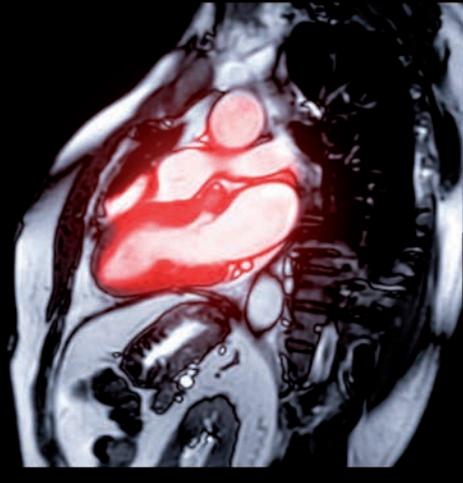
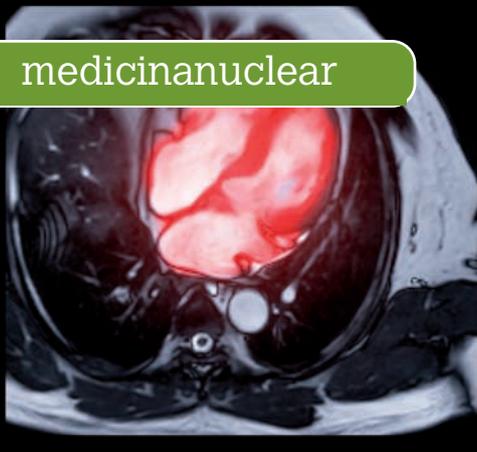
Empresa editora de **Zona Hospitalaria** www.zonahospitalaria.com

Si tu **negocio** está vinculado con la **salud de las personas**, te interesa publicitarte en **Zona Hospitalaria: revista, web y redes sociales.**



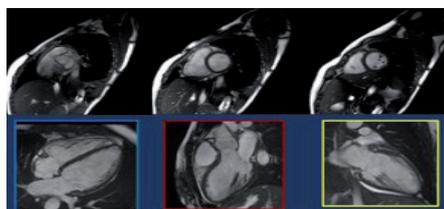
Escrita en su totalidad por el **profesional sanitario** de Navarra desde 2006 (19 años) | Publicidad en la **revista** (anuncios y publirreportajes), en la página **web** (banner y artículos) y en las **redes sociales** (facebook y X) | **Distribución:** 10 edificios del Hospital Universitario de Navarra, en el Hospital San Juan de Dios y en 15 Centros de Salud de Pamplona.

Más Información: **M 618 463 122** | redaccion@zonahospitalaria.com



Resonancia magnética cardíaca

*Sergio Gil Echávarri y Johana Belén Sánchez Fernández.
Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico del Hospital Universitario de Navarra*



La **resonancia magnética cardíaca (RMC)** es una técnica de imagen para el estudio no invasivo del corazón, inocua ya que no utiliza radiación ionizante (Rayos X), bien tolerada y segura para el paciente.

Actualmente se encuentra disponible en la mayoría de hospitales. Permite estudiar, en una sola exploración, tanto la función como la estructura del corazón.

¿En qué casos se realiza una RMC?

- Daño al miocardio después de un ataque al corazón.
- Anomalías congénitas.
- Tumores y/o masas.
- Debilitamiento del miocardio.
- Síntomas de insuficiencia cardíaca.

Preparación

Antes de comenzar la prueba se realizan una serie de preguntas para la seguridad del paciente. La resonancia magnética, al ser una prueba diagnóstica que trabaja con imanes, debe seguir unas pautas de seguridad para evitar cualquier tipo de accidente que ponga en riesgo la salud del paciente.

No se debe entrar a la sala con ningún objeto metálico (pendientes, colgantes, teléfono móvil, reloj...) así como algún tipo de implante ferromagnético (actualmente casi el total de los implantes tanto dentales, ortopédicos, como cardíacos son compatibles con la resonancia magnética).

En caso de llevar contraste, el facultativo debería de haberle informado sobre ello, conociendo de ante mano los posibles efectos secundarios. La duración de la prueba no suele ser superior a 40' y se realiza con el paciente en decúbito supino. Para la obtención de las imágenes se le colocarán diferentes herramientas:

- 1. Bobinas de radiofrecuencia** (con ellas obtendremos los ecos con los cuales se crearán las imágenes).
- 2. Medidor electrocardiograma inalámbrico** (mediremos el electro del paciente y obtendremos las imágenes según sus pulsos).
- 3. Cascos** (a través de ellos el paciente escuchará las indicaciones sobre las apneas durante las cuales obtendremos las imágenes).
- 4. Pulsioxímetro** (controlaremos las constantes del paciente durante toda la prueba). Al finalizar, el paciente podrá hacer vida normal, con la consideración, en el caso de que se le suministrara contraste; de beber abundante agua para facilitar su eliminación. Puede realizar su actividad tanto laboral como física de manera normal.

Conclusión

La resonancia magnética cardíaca "se prefiere a otras técnicas" del estudio del corazón; como puede ser la ecocardiografía, ya que aporta información sobre la morfología y función ventricular en un único estudio, en múltiples planos y con mejor resolución espacial que el resto de pruebas. Para la mejor valoración de los casos, se complementaría con otras pruebas, como la anteriormente citada ecocardiografía, para recoger aún más información que pueda servir al facultativo.

Ecografía en el cribado de displasia evolutiva de la cadera (DEC)



Yaiza Loreto Aranguren Herrero, Patricia Ochoa Pérez, Alba Gomollón Garzón, Yamila Evelina Quintana Di Blasi y Marina Extramiana Esquisabel.

Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear. Hospital Universitario de Navarra

La displasia de cadera es una alteración en la maduración del conjunto de elementos que forman la articulación de la cadera que puede provocar problemas de desarrollo en bebés desde dentro del útero, en el parto o poco después del nacimiento.

A pesar de ser una de las malformaciones congénitas más típicas en traumatología infantil y que más preocupa a los padres, un diagnóstico rápido y temprano pueden conseguir un 95% de éxito en el tratamiento conservador y evitar problemas mayores como la cirugía.

Para esto se han estudiado varios factores de riesgo:

- Antecedentes familiares
- Género Femenino
- Embarazo múltiple o gemelar.
- Posición podálica (nacimiento de nalgas)
- Edad materna avanzada.
- Primer hijo (por rigidez del útero)
- Anomalías ortopédicas por mal desarrollo

Más probabilidad en niñas que en niños

Además, se han analizado unos valores estadísticos en los que se ha visto que es más probable en niñas que en niños en una relación de 8 de cada 10 casos. Del 73% de los casos con displasia, el 67% son izquierdas y únicamente el 6% son derechas. El 27% restante se da en ambas caderas.

Gracias a estos análisis se ha podido desarrollar un sistema de detección precoz llamado "screening". El método diagnóstico elegido en este caso es la ecografía, ya que se trata de un método seguro de imagen, no invasivo, que permite visualizar todas las estructuras de la cadera (hueso, tejido cartilaginoso, tejido conjuntivo y tejido fibrocartilaginoso). Se hará en caso de que el bebé tenga al menos dos de los factores de riesgo para el desarrollo de DEC (por ejemplo sexo femenino y presentación podálica) o si alguna de las exploraciones físicas es positiva. Debe hacerse alrededor de la 6.ª semana de vida (entre la 4.ª y 8.ª) y no antes de la 4.ª semana.

Maniobras Ortolani y Barlow

En las primeras revisiones el pediatra realizará en el bebé unas maniobras de exploración de la cadera llamadas Ortolani y Barlow. Se realizan a todos los bebés independientemente de los factores de riesgo. En caso de ver que la cadera está luxada o con posibilidad de luxarse se le derivará al servicio de radiología para realizar la mencionada ecografía de caderas.

Durante la ecografía el técnico especialista en radiodiagnóstico colocará al bebé en posición lateral con la cadera que se va a estudiar arriba. Se coloca la pierna haciendo un ángulo de 90° y se intentará que el bebé se mueva lo menos posible, ya que se realizan unas mediciones de la anatomía de la cadera mediante imágenes ecográficas en las que se comprobará si entra dentro de los valores normales o no.

El screening de cadera, en conjunto con un seguimiento cercano por parte del pediatra, ha demostrado ser un factor determinante en la prevención de complicaciones futuras más graves.

medicina salud
zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com

SUSCRIPCIÓN GRATUITA

Para recibir el pdf de cada número de la revista, entre en la web

www.zonahospitalaria.com/suscripciones/

y envíenos su correo electrónico

La enfermedad de Lyme.

¡No dejes que te pique!



Rosario Pérez Portilla, María Josefa Asiain Urrizola, Natalia Romero Aldave, Jorge Montero Herrero y Cristian Aguirre Pérez.

Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Hospital Universitario de Navarra

La enfermedad de Lyme es una infección bacteriana causada por la bacteria *Borrelia burgdorferi*, que se transmite a los humanos a través de la picadura de garrapatas infectadas, especialmente de la especie *Ixodes scapularis*, comúnmente conocida como garrapata de los ciervos.

Puntos clave sobre la enfermedad

1. Síntomas: Los síntomas iniciales pueden incluir fiebre, escalofríos, fatiga, dolor de cabeza y dolores musculares. Uno de los signos más característicos es una erupción cutánea en forma de "ojo de buey" que aparece en el lugar de la picadura, aunque no todos los pacientes la presentan.

2. Etapas: La enfermedad de Lyme se desarrolla en varias etapas. En la etapa temprana, los

síntomas son más leves y pueden ser tratados fácilmente. Si no se trata, puede progresar a una etapa más avanzada, donde pueden aparecer problemas articulares, neurológicos y cardíacos.

3. Diagnóstico: El diagnóstico se basa en la historia clínica, la exposición a áreas donde las garrapatas son comunes y, en algunos casos, pruebas de laboratorio. Sin embargo, no siempre es fácil de diagnosticar, ya que los síntomas pueden imitar otras enfermedades.

4. Tratamiento: La enfermedad de Lyme se trata generalmente con antibióticos, y la mayoría de las personas se recuperan completamente si reciben tratamiento temprano. Sin embargo, algunas personas pueden experimentar síntomas persistentes, conocidos como síndrome post-tratamiento de la enfermedad de Lyme.

5. Prevención: Para prevenir la enfermedad de Lyme, es importante tomar medidas para evitar las picaduras de garrapatas, como usar ropa protectora, aplicar repelente de insectos y revisar el cuerpo y la ropa después de estar en áreas boscosas o con hierba alta.

Si sospechas que tú o alguien que conoces puede tener la enfermedad de Lyme, es importante consultar a un profesional de la salud para obtener un diagnóstico y tratamiento adecuados.



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

Síndrome premenstrual y anticoncepción hormonal vaginal

*Claudia Giménez Molina. F.E.A Ginecología y Obstetricia. Hospital San Jorge de Huesca.
María Jesús Puente Luján. F.E.A Ginecología y Obstetricia. Hospital Miguel Servet de Zaragoza.
Leticia Álvarez Sarrado. F.E.A Ginecología y Obstetricia. Hospital Reina Sofía de Tudela.
Virginia Giménez Molina. Residente Pediatría. Hospital Miguel Servet de Zaragoza*

Una gran parte de la población femenina en edad fértil tiene algún síntoma físico o emocional durante la fase premenstrual. En la mayoría de los casos, se trata de síntomas leves, pero alrededor del 5-8% de estas mujeres sufren un **síndrome premenstrual grave** llegando a mermar su calidad de vida.

Los síntomas más comunes son distensión abdominal, tensión e hipersensibilidad mamaria, torpeza, estreñimiento o diarrea, dolor de cabeza, deseo incontrolable por la comida y menor tolerancia a estímulos externos (como el ruido o las luces), dificultad para concentrarse, anhedonia, ansiedad, depresión o labilidad afectiva entre otros.

El diagnóstico de este trastorno se lleva a cabo cuando la paciente tiene síntomas psicológicos o somáticos que:

- Aparecen durante la fase lútea del ciclo menstrual.
- Afectan al funcionamiento diario normal, en el colegio, trabajo o incluso en las relaciones interpersonales.
- Se resuelven con el inicio de la menstruación.

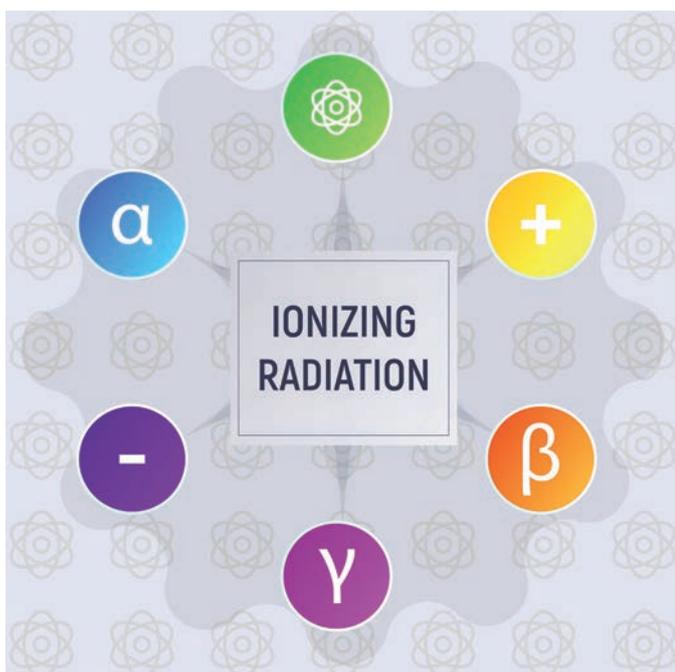
La fisiopatología del trastorno disfórico menstrual o del síndrome premenstrual está siendo objeto de investigaciones en estos momentos. Se cree que un metabolito de la progesterona, la alopregnanolona, interactúa con los receptores GABA-A provocando todos estos síntomas, aunque el mecanismo exacto por el cual esta sustancia contribuye a generar síntomas negativos se desconoce.

La **anticoncepción hormonal combinada** puede ser un tratamiento eficaz para los síntomas del síndrome premenstrual o trastorno disfórico premenstrual. El tratamiento oral requiere un compromiso de la paciente puesto que debe tomarse todos los días y de forma muy recomendable a la misma hora. La vía vaginal presenta beneficios frente a la vía oral, como por ejemplo:

- No reduce la eficacia anticonceptiva en el caso de presentar vómitos o diarreas.
- Menor número de olvidos, puesto que el anillo vaginal solo precisa el cambio una vez al mes frente al parche que sería necesario recambiarlo cada semana y frente a la vía oral que habría que tomarla todos los días.

El **anillo vaginal** no solamente es utilizado por ser un buen método anticonceptivo, sino que también aporta varios beneficios no contraceptivos como control del ciclo, mejoría de la dismenorrea, menor sangrado durante los días de menstruación o mejoría de los síntomas premenstruales.

Varios estudios han demostrado que la utilización de dispositivos vaginales anticonceptivos no aumentan el riesgo de infecciones vaginales. Siempre recomendaremos a la paciente la utilización del doble método, puesto que los anticonceptivos hormonales, combinados independientemente de la vía de administración, no protegen de las diferentes enfermedades de transmisión sexual.



Las radiaciones ionizantes

*Itziar Gracia Gutiérrez, Javier Pinell Pacha e Idoia Santos Herrera.
Técnicos Superiores en imagen para el diagnóstico. Hospital Universitario de Navarra*

Las radiaciones ionizantes tienen muchas aplicaciones beneficiosas, pero pueden producir efectos perjudiciales para la salud de las personas y el medio ambiente.

La radiobiología estudia los efectos biológicos producidos por las radiaciones ionizantes y las relaciones entre los parámetros de la irradiación y la magnitud del efecto. Los efectos nocivos se clasifican en somáticos y hereditarios.

Los efectos somáticos son los que se manifiestan en el individuo.

Los efectos hereditarios son los que se manifiestan en la descendencia del individuo expuesto. El daño que las radiaciones ionizantes pueden provocar en las células germinales de las gónadas implica un daño genético que la descendencia del individuo irradiado puede heredar en forma de mutaciones. Este tipo de efectos es difícil de estudiar en humanos ya que se debería someter a observación individuos de varias generaciones lo que implicaría estudios de centenares de años de duración.

Ambos efectos se clasifican en efectos estocásticos y determinísticos.

Los efectos estocásticos son aquellos que ocurren tras exposiciones a dosis moderadas o bajas; la probabilidad de aparición de estos efectos aumenta con la dosis, pero a diferencia de los efectos deterministas no es su gravedad la que aumenta con la dosis. Los principales efectos estocásticos son los hereditarios y la carcinogénesis.

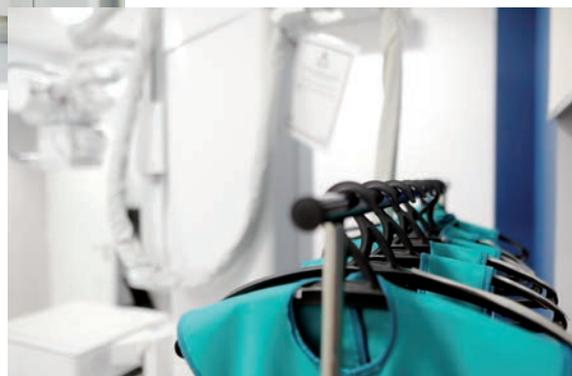
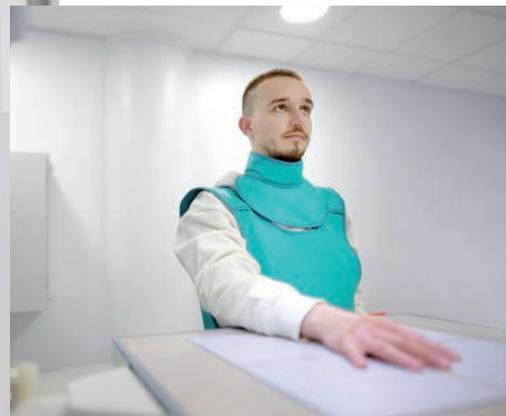
Estos efectos aparecen tras años de latencia. El período de latencia más corto que se conoce es el de la leucemia que puede aparecer después de 2 años, pero el tiempo que transcurre desde la exposición a la radiación y la aparición del tumor, siempre será largo y variable (se estima entre 5 y 7 años).

Los efectos deterministas son aquellos que aparecen como consecuencia de elevadas exposiciones a radiación, que resultan de daños a un número importante de células y en los que existe una

dosis umbral por debajo del cual estos efectos no se manifiestan. Se conoce este tipo de efecto por estudios realizados en lesiones agudas por irradiaciones en el individuo, como en los casos de Hiroshima y Nagasaki, accidentes con radiaciones, experimentos con animales...

Los primeros efectos deterministas consisten en náuseas, vómitos o enrojecimiento superficial de la piel. Cuando las dosis recibidas por la persona son mayores se pueden manifestar diarreas, pérdida del cabello y esterilidad.

En términos generales, el principal blanco de las lesiones producidas por radiaciones ionizantes, no ionizantes y agentes químicos es el ADN, aunque no es el único. La radiación puede depositar energía directamente en el ADN (efecto directo) o pueden ionizar otras moléculas de la célula, especialmente las moléculas de agua, para formar radicales libres que pueden dañar al ADN (efecto indirecto).



Blindaje radiológico personal y sus elementos

*Javier Pinell Pacha, Itziar Gracia Gutiérrez e Idoya Santos Herrera.
Técnicos superiores en imagen para el diagnóstico. Hospital Universitario de Navarra*

Las dosis que un individuo recibe de **dosis externas de radiación** se pueden controlar a través de tres factores: **Tiempo** (cuanto menos tiempo se esté expuesto a la fuente radiactiva menor será la dosis de radiación), **distancia** (a mayor distancia de la fuente menor dosis recibida) y **blindaje** (a mayor blindaje menor será la dosis recibida).

El blindaje radiológico hace referencia a la medida o al conjunto de medidas usadas para desarrollar protección reduciendo la exposición tanto del individuo como del medio ambiente a través de diferentes materiales.

El término blindaje gira en torno al uso de barreras generalmente de plomo (aunque puede ser de otros materiales con capacidad de absorber la radiación).

Hay varios elementos que se recomienda usar al personal expuesto, que dependen de la fuente de radiación a la que el profesional este expuesto, estos son:

- **Vidrios plomados:** Es un tipo de vidrio especial compuesto por óxido de plomo. Este material dota al vidrio de la capacidad de proteger al profesional frente a la radiación, hay dos tipos, los móviles, que se pueden trasladar de una ubicación a otra, y los fijos que se instalan en una ubicación fija.

- **Delantales plomados:** Es un elemento de blindaje radiológico que dota de protección normalmente al técnico y/o al médico durante las operaciones médicas, están compuestas de láminas finas y estratificadas de plomo y, aunque esto proporciona una protección muy valiosa son bastante fáciles de agrietar con el tiempo. Existen dos tipos, el delantal completo, que es una sola pieza que cubre desde la base del cuello a las rodillas, y el kit chaleco-falda, que está formado por dos piezas, la primera

que protege desde la base del cuello hasta las pelvis y la segunda que va de la pelvis a las rodillas, y así el peso se divide en dos y no resulta tan pesado como el primero.

- **Protector tiroideo:** Este protector se coloca directamente en el cuello y protege la glándula tiroidea, reduciendo la dosis en un 80% en la citada glándula.

- **Gafas plomadas:** Son unas gafas especializadas en radiología equipadas con plomo que protegen al ojo y al cristalino, además deben tener también unas lentes laterales equipadas con plomo.

- **Gautes plomados:** Este elemento protege de la radiación en piel y manos, pero por contrapartida reduce el tacto en gran medida, atenúa un 30-40% de la radiación incidente, su costo es elevado y además produce artefactos en la imagen con su presencia, por lo que no es un elemento que genere grandes beneficios.

Estos son algunos de los elementos que proporcionan seguridad a técnicos, médicos y a pacientes en las diferentes vertientes y oportunidades que ofrecen las radiaciones ionizantes, y que durante el paso del tiempo se han ido y se van actualizando, mejorando y desarrollando para brindar a los profesionales de una mayor protección.



IMAGEN RESULTANTE DE LA PROYECCIÓN ROIG-PUERTA

Proyección Roig-puerta

*Idoia Santos Herrera, Javier Pinell Pacha e Itziar Gracia Gutiérrez.
Técnicos en Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de Navarra*

La **Proyección Roig-puerta**, también llamada estudio axial de las cabezas metatarsiales y huesos sesamoideos en la metatarsalgia.

La proyección Roig-puerta es una de las proyecciones utilizadas en traumatología. Es una proyección dorso plantar en el plano axial de las cabezas metatarsales y huesos sesamoideos en el pie.

Dicho de otra forma, es un estudio de la parte anterior del pie que se da mayoritariamente en mujeres entre los 40 y 60 años, a veces por el uso excesivo del zapato de tacón.

No es una enfermedad es un síntoma y esta afección se produce por dolor e inflamación en los metatarsos.

¿Cómo aparecen los síntomas de esta afección?

Suelen aparecer cuando la persona hace mucho deporte, corre, salta sin que por ello podamos descartar otras causas como son las deformidades propias del pie, el sobrepeso del paciente, o incluso unos zapatos demasiados ajustados o por todo lo contrario, demasiados anchos.

Esta inflamación o dolor crónico de los mismos se manifiesta en la parte anterior de la planta del pie, en concreto en la base de los huesos metatarsianos que conectan con los dedos, esto es llamado coloquialmente como almohadilla del pie, la sensación del paciente es como si tuviese una piedra en el zapato.

Otros de los huesos que se verán en la placa para valorar son los huesos sesamoideos, pequeños huesos en forma de semiluna que se encuentran en la región plantar del pie justo debajo de la cabeza del primer metatarsiano. Son puntos de apoyo que permiten ayudar a la distribución del peso sobre la marcha.

Con la obtención de la imagen queremos ver la alineación de los metatarsos, las cabezas metatarsiales en bipedestación del paciente, y los huesos sesamoideos, de la forma más fácil y sencilla posible, siempre y cuando se respete

la fisiología del paciente en el apoyo del pie no se debe corregir y su posición anatómica que servirá para que el traumatólogo pueda consultarla y hacer un diagnóstico.

Para poder hacer esta proyección el paciente debe estar en bipedestación y lo subiremos a una base de metacrilato de unos 30 o 40 cm de altura (en concreto es de este material ya que debe ser resistente al peso y radiotransparente) y en la parte superior de esta pondremos otra plataforma que tiene forma de V que en su parte inferior tiene una angulación de 20° con una superficie suficiente para poder liberar el antepié de las superposiciones con falanges , carpo y los huesos sesamoideos se vean libres. Esta debe ser lo suficientemente ancha para que se puedan hacer los dos pies a la vez y así tener una comparativa. El rayo incide por detrás y por debajo de los dedos, deberemos centrar en el tercer metatarsiano.

Una de las mayores dificultades que nos podemos encontrar para la realización de esta proyección es la movilidad y estabilidad del paciente, ya que hay que subirlo a cierta altura donde debe permanecer quieto durante unos segundos y sin apoyos adicionales ya que tiene que cargar su peso.



Un paseo por la esquizofrenia

*María Rengel Cuevas y Rosario Zamora Tavío. Enfermeras de Salud Mental del HUN.
Paula Ugarteburu Belaustegi. Enfermera del HUN.
Sara Magallón Huarte. TCAE de Salud Mental del HUN*

La **esquizofrenia** es una afección psiquiátrica que engloba múltiples trastornos mentales enfocándonos al cómo pensamos, cómo percibimos, cómo sentimos, lo que conlleva una alteración de la conducta.

Consiste en una enfermedad que afecta a escala mundial, aproximadamente a 24 millones de personas, es decir, a una de cada 300 personas, independientemente de la zona geográfica, raza y sexo.

Actualmente, el diagnóstico de la enfermedad se ha unificado, aunque existen diferentes subtipos en función de sus síntomas:

- 1. Esquizofrenia paranoide:** Caracterizado por presencia de alucinaciones auditivas y delirios, aunque existe poca desorganización en el comportamiento o en el pensamiento. De comienzo tardío cuando la personalidad ya está formada.
- 2. Esquizofrenia desorganizada o hebefrenica:** Tanto el pensamiento como el habla están desorganizados, lo que afecta a su forma de afecto y su comportamiento. De comienzo temprano cuando la personalidad no está formada. Peor pronóstico
- 3. Esquizofrenia catatónica:** Presencia de comportamiento motor anormal que se caracteriza por mutismo y movilidad extrema o movimientos repetitivos.
- 4. Esquizofrenia indiferenciada:** Consiste en desconfianza con el entorno, así como la identidad del mismo. Sin embargo, a día de hoy no encaja de manera clara en ninguna categoría.
- 5. Esquizofrenia residual:** Similar a la depresión. El individuo no muestra ilusiones ni motivación en la vida.

Existen varios tipos de tratamiento según el subtipo de esquizofrenia en el que se encuentre el individuo, sin embargo, siempre realizando un abordaje multidisciplinar, tanto farmacológico como no farmacológico.

Síntomas

Presenta variedad de síntomas, así como modos de presentación de los mismos, siendo característica la aparición de cronicidad en la evolución.

Cada persona, según la forma de presentación de esta afección tendrá una variedad de síntomas que puede que otro individuo con la misma enfermedad no los posea. Sin embargo, las principales manifestaciones que caracterizan esta enfermedad, son los síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios y trastornos del pensamiento. Por otro lado, síntomas negativos relacionados con la pérdida de interés y motivación en la vida, y, por último, síntomas cognitivos de los cuales, destacan alteraciones en la memoria y concentración.

Es de gran importancia, comprender que no todas las personas que presentan este trastorno tienen por qué padecer cada uno de ellos, como bien hemos mencionado anteriormente.

¿Cómo podemos detectar la esquizofrenia?

A día de hoy no se conocen pruebas de laboratorio o exámenes de imágenes que permitan detectar la afección, por lo que principalmente se basa en la observación minuciosa de cada uno de los síntomas percibidos, así como antecedentes tanto en el ámbito laboral, familiar, ...etc.

Conclusión

Lamentablemente, esta patología no tiene cura, pero si se pueden reducir los síntomas y aumentar la calidad de vida con un tratamiento adecuado y personalizado, permitiendo así, llevar una vida gratificante y productiva.

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