



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

www.zonahospitalaria.com añoXIX marzo-abril 2025 n°112

SUMARIO

- 2 Eliminar varices sin cirugía
- 3 Caso Clínico: Rehabilitación Cardíaca en TDN Clínica...
- 4 El ensayo del mejor consejo sobre alcohol
- 5 Cómo mejora la cirugía en la calidad de vida de nuestros pacientes
- 6 Molluscum contagiosum, una visita a un viejo conocido
- 7 Ortodoncia y cirugía, la combinación más adecuada para corregir la mordida
- 8 Una osteocondritis no tan frecuente
- 9 El Centro L.M. Zaborán introduce la Diamagnetoterapia en Navarra
- 10 ... Prevención y bienestar en la lucha contra el cáncer
- 12 Los beneficios de los animales sobre nuestra salud
- 13 Tratamiento de varices sin pasar por el quirófano...
- 14 La ecocardiografía en la prevención de algunos ictus
- 15 Enalta. Servicios funerarios
- 16 ¿Qué es la alergia a α -gal?
- 17 La odontología con dimensión médica: un enfoque integral en Sannas Dentofacial
- 18 Impacto de la Disfunción Ejecutiva en la Enfermedad de Alzheimer
- 20 SAHOS infantil
- 22 Manejo del dolor crónico
- 24 Protégete frente a la viruela del mono
- 26 URPA, la desconocida "Sala de despertar"
- 28 Al-Anon/Alateen: ayuda para los familiares y amigos de personas alcohólicas
- 29 Frente al sarampión información y vacunación
- 30 Anunciarse en Zona Hospitalaria
- 31 "Distimia: Rompiendo el Silencio de la Depresión Crónica"
- 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



Llegó la primavera
y con ella...

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 métodos no invasivos que consiguen los mismos resultados, pero de un modo menos agresivo y más cómodo para el paciente, al requerir menos recuperación e incluso ninguna en ciertos casos.

Cada paciente es diferente, por lo que los tratamientos deben ser personalizados. Por eso, 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 tratamiento en su caso, o una combinación de varios.

El objetivo del tratamiento siempre es tratar el problema circulatorio existente, que es la causa de las varices. En la mayoría de los casos las varices son debidas a 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

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

varicessincirugia.org

Dr. José Manuel Jiménez Arribas

TRATAMIENTO NO INVASIVO DE ELIMINACIÓN DE VARICES

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



TRATAMIENTOS PERSONALIZADOS
 Sin ingreso y sin baja laboral

PAMPLONA · Clínica San Fermín · Avda. Galicia, 2

TUDELA · Policlínica Navarra · C/ Juan Antonio Fernández, 3

Caso Clínico: Rehabilitación Cardíaca en TDN Clínica. El éxito de un abordaje multidisciplinar



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



Varón de 61 años de edad con una cardiopatía congénita, cardiopatía isquémica con implantación de stent, fibrilación auricular y Diabetes tipo II acude a consulta porque se agotaba arbitrando los partidos de baloncesto.

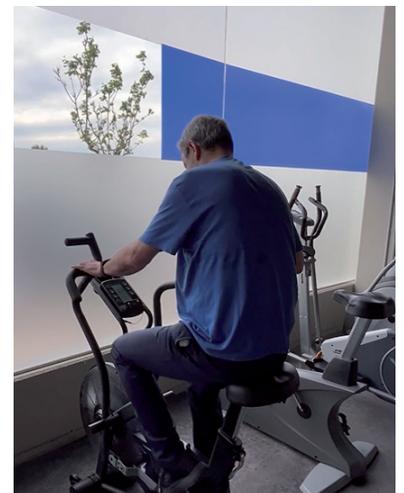
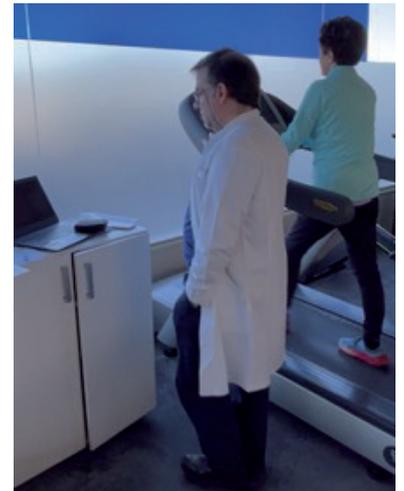
Tras una extensa consulta cardiológica: revisión de informes médicos previos, ajuste de medicación y evaluación de anatomía y función del corazón, a través de una ecocardiografía, realiza una prueba de esfuerzo cardiopulmonar para estratificar su riesgo cardiovascular y ajustar la intensidad óptima para la práctica de ejercicio físico supervisado. En la prueba de esfuerzo se evidenció una pobre capacidad cardiopulmonar que, junto a la valoración cardiológica, lo situaba como paciente con riesgo medio. El siguiente paso fue valorar su composición corporal por bioimpedancia y evaluar su nivel de actividad y condición física (limitaciones musculo-esqueléticas, posturales y de movimiento, equilibrio, niveles de fuerza y asimetrías entre extremidades).

El paciente presentaba sobrepeso y una limitación de movilidad importante con dolor en los hombros, debido a una tendinosis en el hombro. Comenzamos de forma paralela el tratamiento del hombro con fisioterapia y ejercicios correctivos, el ejercicio físico está orientado a mejorar su capacidad y su sistema cardiovascular y metabólico, realizando sesiones de ejercicio físico supervisadas por el educador físico-deportivo y el cardiólogo.

Tras un año de entrenamiento, el paciente ha mejorado la clínica relacionada con sus hombros y su composición corporal (disminución

de un 30% de grasa corporal a un 25.7%, aumentando la masa y fuerza muscular, incrementando su capacidad cardiopulmonar de 5 a 6.9 METs) y gracias a eso vuelve a disfrutar del arbitraje de partidos de baloncesto. [En una revisión sistemática de intervenciones de ejercicio realizadas en personas con enfermedades cardiovasculares se han observado mejoras de 0.6-1 MET (cada aumento de 1 MET supone la reducción de un 15% en la mortalidad), con lo cual doblamos el efecto esperado con un programa de ejercicio progresivo, supervisado y adaptado al paciente].

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
musculo-esqueléticas
Prevención de lesiones
Asesoramiento manejo
lesiones y prevención en
equipos.



El ensayo del mejor consejo sobre alcohol

*Dr. Francisco Javier Basterra Gortari. Médico adjunto Servicio Endocrinología. Hospital Universitario de Navarra.
Dr. Miguel Ángel Martínez-González. Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Navarra y Catedrático Adjunto de la Universidad de Harvard*

Es conocido por todos que unos hábitos de vida saludables son el pilar fundamental para nuestra salud. En ocasiones, gracias a las investigaciones científicas realizadas es bien conocida cuál es la opción más saludable, pero en otras ocasiones no hay certeza. En este último supuesto todos nosotros estamos perdidos cuando queremos elegir la opción más saludable. Actualmente, en esta situación se encuentra la mayoría de personas con más 50 años que consumen alcohol de forma moderada, porque no está claro si es mejor seguir consumiéndolo o dejarlo.

Hace años el Dr. Miguel Ángel Martínez-González, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Navarra y catedrático adjunto de la Universidad de Harvard, participó en los estudios PREDIMED y PREDIMED-plus para conocer los efectos de la dieta Mediterránea sobre la salud.

Estos estudios han sido los mayores ensayos preventivos realizados en Europa y han sido fundamentales para conocer los beneficios de este patrón dietético. Actualmente el Dr. Martínez-González lidera el ensayo UNATI que busca conocer qué es más aconsejable para las personas mayores de 50 años con un consumo moderado de alcohol. Para llevarlo a cabo se ha logrado financiación pública del Consejo Europeo de Investigación (ERC). Actualmente, UNATI ya cuenta con más de 3000 participantes (y se quiere llegar a 10.000) y en él están implicados 33 coordinadores y más de 500 médicos entre los que se encuentra el Dr. Basterra endocrinólogo del Hospital Universitario de Navarra.

Se están buscando varones entre 50 y 70 años y mujeres entre 55 y 75 años que consuman entre 3 y 40 bebidas alcohólicas a la semana, que se podrán beneficiar de este estudio si se incorporan antes de que acabe el mes de junio. No pueden participar las personas que son abstemias, estén diagnosticadas de cáncer de

mama en los últimos 10 años, presenten demencia o alguna enfermedad hepática o psiquiátrica que lo contraindique. A los participantes se les pide que escuchen los consejos y reciban otros cuidados para llevar un estilo de vida más saludables, incluyendo recomendaciones prácticas para hacer más saludable su consumo de alcohol, bien mediante la reducción o bien mediante un consumo con patrón mediterráneo moderado. Los participantes en el ensayo tendrán consejos personalizados de salud de forma telemática de la mano de nutricionistas, enfermeras o psicólogos. Tras los 4 años que durará el estudio se obtendrán los resultados que permitirán conocer si es mejor mantener un consumo moderado de alcohol o reducir todo tipo de bebidas alcohólicas.

Su participación en este ensayo contribuirá a mejorar mucho su salud y a avanzar en el conocimiento científico.

Le invitamos a participar inscribiéndose en este enlace: inscripcion.proyectounati.com

Cómo mejora la cirugía en la calidad de vida de nuestros pacientes



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

Clínica Podológica Ayesa es una institución de referencia en el cuidado integral de la salud del pie, con más de una década de experiencia. Contamos con tres sedes: la principal en Pamplona, ubicada en la Avenida San Ignacio, 12; otra en Bilbao, en Rodríguez Arias Kalea, 5; y en Badalona, Plaça de Pep Ventura, 2. Nuestro equipo está liderado por el Dr. Javier Ayesa Roa, podólogo con formación superior en la Universitat de Barcelona y especializado en cirugía podológica.

La Cirugía de Mínima Incisión (MIS) y la Cirugía Ecoguiada son técnicas quirúrgicas avanzadas que permiten corregir diversas deformidades del pie con incisiones mínimas. Utilizando anestesia local y sin necesidad de ingreso hospitalario, estas intervenciones se realizan con el apoyo de equipos modernos como el fluoroscopio y el ecógrafo 4D, que proporcionan imágenes en tiempo real. Esto permite al cirujano localizar con precisión la zona afectada y efectuar incisiones milimétricas para introducir instrumentos especializados, minimizando el daño a los tejidos circundantes. El riesgo de infección es reducido, y no es necesario el uso de tornillos, agujas u otros materiales de osteosíntesis, ni la colocación de puntos de sutura. Tras la cirugía, las complicaciones postoperatorias son poco frecuentes, permitiendo al paciente

regresar caminando a su hogar el mismo día y retomar la deambulación desde el primer momento con un calzado especial.

La cirugía de mínima incisión ha transformado la vida de muchos de nuestros pacientes

Por ejemplo, **Jon E.** compartió: "Hace un mes realizaron la primera operación a mi madre. La experiencia fue tan buena y la recuperación tan rápida que ha vuelto para operarse el otro pie. Estamos encantados".

Víctor S. añadió: "Llevo 3 meses de especialista en especialista con una fascitis plantar muy fastidiosa... hasta que di con Javier Ayesa que con una ecografía vio el problema y decidimos infiltrar. Hoy tras la revisión de las tres semanas me encuentro perfectamente".

Maité D. también destacó: "Tengo 2 espolones, y he sufrido mucho dolor... me puse unas plantillas ortopédicas en la clínica podológica Ayesa y estoy encantado. Me corrige la pisada y no tengo nada de dolor".

Rosalía S. comentó: "Me operaron mediante cirugía de mínima incisión un juanete y metatarsianos hace 4 meses. Al principio me molestó un poquito (nada como me lo habían contado). Ahora mismo puedo decir que es la mejor clínica de cirugía del pie en Pamplona.

Muchas gracias a Javier por su profesionalidad y a todo su equipo por todo el trato recibido y por la cercanía".

Además, un paciente anónimo señaló: "Se ha producido una notable transformación en el caso clínico de juanete y dedos en garra después de someterse a una cirugía mínimamente invasiva. El paciente puede caminar por sí mismo el mismo día de la operación".

Con la Cirugía de Mínima Incisión y la Cirugía Ecoguiada, en **Clínica Podológica Ayesa** tratamos diversas patologías como juanetes, dedos en garra, fascitis plantar, uña encarnada, espolón calcáneo y neuroma de Morton.

Además de la cirugía, ofrecemos una amplia gama de tratamientos complementarios, incluyendo infiltraciones, electrolisis percutánea intratisular (EPI), ondas de choque, diatermia, punción seca y la confección de ortesis plantares personalizadas.

Para un diagnóstico preciso, realizamos estudios biomecánicos, ecografías y radiografías mediante fluoroscopia. Nuestro objetivo es proporcionar soluciones integrales y personalizadas para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

NUEVA CIRUGÍA [MIS]

MÍNIMAMENTE INVASIVA

Juanetes
Neuromas
Dedos en garra
Callos
Fascitis
...

¡ADIÓS JUANETES!

AYESA
CLÍNICA PODOLÓGICA
CIRUGÍA & BIOMECÁNICA

948 153 622

PAMPLONA
Av. San Ignacio 12
De lunes a viernes
de 8:00 a 19:00

BILBAO
BADALONA

pamplona@clinicaayesa.es
clinicaayesa.es

CPS-C03216/1/23-NA

VALORACIÓN QUIRÚRGICA GRATUITA

PLANTILLAS PERSONALIZADAS A MEDIDA

Molluscum contagiosum, una visita a un viejo conocido

María Erroz Ferrer. MIR de Pediatría y Áreas Específicas. Hospital Universitario de Navarra.

Estibaliz Sáez López. Enfermera. Hospital Universitario de Navarra.

Jorge Álvarez García. Pediatra en Centro de Salud de Ansoáin, Navarra.

María García Ayerra. Pediatra en Centro de Salud de Ansoáin, Navarra

El **molusco contagioso** es una infección viral cutánea que afecta frecuentemente a niños en edad escolar, causada por un virus de la familia Poxvirus. Se diagnostica clínicamente al visualizar lesiones perladas, rosáceas o de color carne, acompañada en ocasiones de una depresión central. En casos de duda la dermatoscopia puede ser de utilidad.

El molusco contagioso es una infección viral cutánea que afecta frecuentemente a niños en edad escolar, raramente a adolescentes, con una incidencia anual entre el 2% y el 10% y una prevalencia de 5,1% a 11,5%. Es de curso benigno y la mayoría de las veces autolimitado. Está causada por un virus de la familia Poxvirus que se transmite por contacto piel con piel o a través de objetos infectados. En adultos es raro encontrarla, estando en ese caso más relacionada con inmunodeficiencias (especialmente VIH) o siendo una enfermedad de transmisión sexual.

El diagnóstico de la infección es principalmente clínico, basado en identificar el tipo de lesión. Las lesiones típicas consisten en pequeñas pápulas o granitos perlados, rosáceos o de color claro, que frecuentemente parecen traslúcidos y muestran una pequeña depresión central (también conocida como "umbilicación"). Aunque pueden aparecer de manera aislada, es frecuente encontrar las lesiones agrupadas o siguiendo una distribución lineal (dependiendo del contacto que haya tenido para infectarse). Pueden encontrarse lesiones en cualquier parte del cuerpo, aunque de manera más frecuente aparecen en zonas húmedas, axilas, cara interna del codo o ingles, así como en tronco y extremidades. También pueden aparecer a nivel genital o anal, sin que en niños esto traduzca enfermedad de transmisión sexual (a diferencia de los adultos).

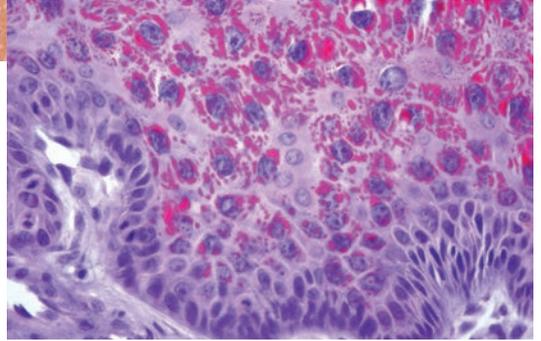
Como complicación, se puede presentar una reacción in-

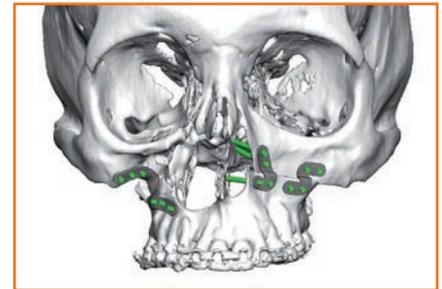
flamatoria local. Esto puede llevar a prolongar el ciclo de la infección ya que se puede acompañar de picor y al rascarse se puede autoinocular el virus en otras localizaciones del cuerpo. Otras de las complicaciones más frecuentes es la sobreinfección bacteriana de las lesiones secundaria a la manipulación de las mismas.

En los casos en los que las lesiones no muestren las características típicas, es muy útil la utilización del dermatoscopio dada la existencia de un patrón típico de esta enfermedad que consiste en la visualización de una estructura central amorfa blanquecino-amarillenta rodeada de vasos de manera radial o "en corona". Dentro de la estructura blanquecina central es donde se encontraría albergado el virus.

La elección del tratamiento en la edad pediátrica debe priorizar el evitar el dolor y minimizar el riesgo de secuelas cicatriciales. La evolución típica de la infección por molluscum contagiosum es la resolución espontánea tras varios meses o años (aproximadamente de 6 meses a 2 años), pero se puede recibir tratamiento para intentar eliminarlo antes tanto por motivos estéticos, molestias (especialmente en niños con dermatitis atópica que la infección puede ser más persistente), o por evitar contagiosidad con el entorno. Los diversos tratamientos van desde la destrucción de las lesiones con frío (crioterapia) o por curetaje (arranque de las lesiones con una cucharilla), ambas con anestésico tópico previo, o la aplicación de tratamientos químicos específicos sobre la piel. Estos últimos se aplican directamente sobre las lesiones, ayudando a eliminar antes el virus al generar una irritación o inflamación de la piel para que el sistema inmune luche contra ella. En casos de sobreinfección bacteriana, siempre se deberá aplicar crema antibiótica tópica hasta la resolución de la infección, manteniendo una adecuada higiene de manos, corte de uñas y evitar el rascado.

Para prevenirlo es importante evitar el contacto directo con las lesiones, realizando un adecuado lavado de manos en caso de manipulaciones de las mismas así como no compartir utensilios, ropa, etc. con personas infectadas. Aunque hay estudios que ponen de manifiesto una mayor incidencia de esta patología en niños que van a la piscina no hay evidencia documentada de que mantener a los niños fuera de la piscina sea eficaz para prevenir la transmisión. Sin embargo, otros trabajos demuestran que el riesgo relativo de contagio se triplica al compartir esponja de baño y/o toalla. Pese a ello, no se considera un motivo que impida acudir a la guardería o al colegio, mientras se aseguren las medidas recién comentadas.





Ortodoncia y cirugía, la combinación más adecuada para corregir la mordida

▮▮ Hay casos en que la ortodoncia convencional no puede resolver problemas funcionales y estéticos que tienen su origen en deformidades esqueléticas



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

En la mayoría de las ocasiones, los pacientes acuden al ortodontista para corregir la alineación de la dentadura, modificar la mordida o mejorar la estética dental y facial.

Sin embargo, hay casos en que la corrección de la mordida no debe realizarse exclusivamente a través de la ortodoncia. En ellos es necesario combinar este tratamiento con la cirugía ortognática, ya que subyacen problemas óseos que no se resuelven solo con un tratamiento ortodóncico convencional.

Al realizar un diagnóstico, se deben valorar bien las bases del problema y el alcance. Puede ocurrir que, si se intenta solucionar solo con ortodoncia, surjan dificultades adicionales de orden estético y, sobre todo, funcional.

Hay que considerar que tras un problema óseo se esconden enfermedades que inciden negativamente en la calidad de vida del paciente. Las más comunes son deficiencias

respiratorias que perjudican el descanso y la actividad física (y que pueden derivar en apnea obstructiva del sueño), problemas a la hora de masticar los alimentos y realizar la digestión, o dificultades para culminar adecuadamente la higiene dental, lo que a su vez provoca un deterioro prematuro de la dentadura y los tejidos blandos, y la posible pérdida de piezas dentales.

Patologías más habituales

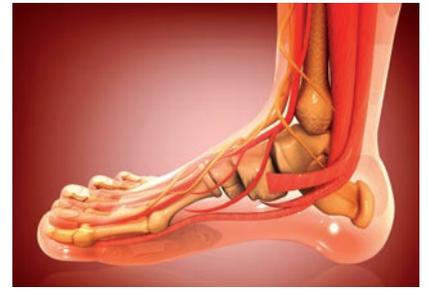
Aparte, están las patologías más evidentes, como el prognatismo (mandíbula adelantada) o la retrognatia (mandíbula atrasada), la mordida abierta más allá de los límites que se consideran normales, y las asimetrías faciales (falta de armonía entre las dos partes de la cara, fruto sobre todo de malformaciones en la mandíbula y el mentón). Todas estas manifestaciones causan un gran compromiso estético que afecta a la autoestima del paciente y a su interacción social.

En **Clinica Bustillo & López** tenemos gran experiencia y un equipo profesional formado por cirujanos maxilofaciales y ortodontistas para tratar cualquiera de estas circunstancias. Hemos desarrollado con éxito numerosos tratamientos de ortodoncia quirúrgica.

En ellos se sigue un protocolo de actuación que consta de dos fases. En la primera se ejecuta un tratamiento inicial de ortodoncia que incluye la extracción de piezas molares para satisfacer las necesidades de espacio. Termina con la correcta colocación de los dientes. En la segunda, se realiza una intervención de cirugía ortognática para corregir el problema óseo y lograr que el paciente se beneficie de una funcionalidad y estética óptimas para su boca y rostro.

Tras finalizar este proceso, según la edad y las características del paciente, el equipo de la clínica le aconsejará sobre técnicas de estética facial y dental que mejorarán el resultado final del tratamiento.

Una osteocondritis no tan frecuente



Miguel Ángel Sánchez Durán. MIR de Pediatría y Áreas Específicas. Hospital Universitario de Navarra.
María Erroz Ferrer. MIR de Pediatría y Áreas Específicas. Hospital Universitario de Navarra.
Jorge Álvarez García. Pediatra en Centro de Salud de Ansoáin, Navarra.
Estíbaliz Sáez López. Enfermera. Hospital Universitario de Navarra.
María García Ayerra. Pediatra en Centro de Salud de Ansoáin, Navarra.
Sara Hernández Pinchete. Pediatra. Hospital Universitario de Salamanca

Uno de los motivos de consulta más habituales en atención primaria de pediatría es el **dolor musculoesquelético**. Se llega a estimar una incidencia de entre un 10 y un 20% de los niños en edad escolar.

Entre las causas de estas consultas se encuentran las osteocondritis. Se definen como una afección del hueso y el cartilago originada por una interrupción incompleta de su circulación sanguínea, a pesar de que la etiología última muchas veces se desconoce. Dicha interrupción del riego conlleva la degeneración o necrosis de los centros de osificación en esas localizaciones seguida de su regeneración.

Según el hueso afecto se les denomina de diferentes maneras, siendo las más conocidas la enfermedad de **Osgood-Schlatter**, que afecta a la apófisis tibial anterior y la enfermedad de **Sever**, que afecta al calcáneo.

El conocimiento de estas patologías, así como su correcto abordaje diagnóstico terapéutico, redundará en un beneficio para el paciente ya que no se realizan pruebas diagnósticas innecesarias, así como para el sistema sanitario al realizarse menos derivaciones a otras especialidades. Presentamos en esta revisión una osteocondritis no tan frecuente como causa de metatarsalgia a tener en cuenta en nuestra práctica diaria.

Osteocondrosis de Kohler II

La **osteocondritis de Kohler II** también llamada **síndrome de Freiberg**, es una necrosis avascular de la cabeza de los metatarsianos, en concreto se ven especialmente afectados el segundo (68%) y el tercer (27%) metatarsianos. La bilateralidad ocurre solamente en un 7% de los casos. En cuanto a su epidemiología afecta predominantemente a mujeres jóvenes (relación 5:1) y deportistas.

La etiología suele ser idiopática y multifactorial. El que se dé con mayor frecuencia en personas deportistas hace pensar en la importancia de los traumatismos repetitivos como posible mecanismo iniciador.

Otros orígenes podrían ser secundarios a enfermedades sistémicas que conlleven estados de hipercoagulabilidad o alteraciones de la vascularización local.

La presentación clínica típica es dolor subagudo localizado a punta de dedo en cabezas de los metatarsianos que empeora con el ejercicio asociando en ocasiones inflamación local y limitación funcional.

El diagnóstico de esta enfermedad es clínico y radiológico. La radiografía presenta hallazgos patognomónicos: cambios quísticos y esclerosis del hueso subcondral de los metatarsianos. En ocasiones dichos cambios pueden ser tardíos, incluso hasta 6 meses después del inicio de la clínica. La resonancia magnética es la técnica de elección si se necesita un diagnóstico temprano.

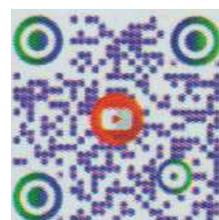
El tratamiento inicial es conservador basado en el control del dolor mediante analgésicos antiinflamatorios y medidas físicas (frío local y reposo relativo) así como prevención de la deformidad mediante el uso de ortesis plantares.

En caso de persistencia sintomática es necesaria la derivación a consultas de traumatología para la valoración de tratamiento quirúrgico (remodelación ósea y osteotomía), en aras de mejorar la vascularización metatarsiana.

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.



Salud Consciente: Prevención y bienestar en la lucha contra el cáncer

Ibon Gurruchaga Sotés

*Oncología Médica - Unidad de Tumores Genitourinarios/Ginecológicos
Hospital Universitario de Navarra | Hospital Reina Sofía*

|| Hoy día, las dos principales causas de mortalidad a nivel europeo son las enfermedades cardiovasculares (entre otras, infartos e ictus) y, en segundo lugar, las muertes atribuibles a cáncer. Aunque haya grandes diferencias entre ambos grupos de enfermedades, hay un factor clave que es la principal causante de este exceso de mortalidad: unos inadecuados hábitos de vida. A pesar de ello, desde las instituciones y como sociedad, tenemos mucho margen de mejora, ya que, a pesar de que el consumo de tabaco e incluso del alcohol están en descenso, perpetuamos otros hábitos de vida que tienen un impacto negativo en nuestra salud.

Habiendo sido diagnosticado de un cáncer, no está todo perdido, y cambiar nuestro estilo de vida durante el proceso de tratamiento tiene un claro beneficio en la evolución de la enfermedad, la tolerancia a los tratamientos que vamos a recibir, y por ende, en nuestra calidad de vida. Con este artículo se desgranar los cambios de estilos de vida que podemos realizar y que tienen evidencia científica demostrada.

Ejercicio

Es bien sabido el claro beneficio del ejercicio tanto aeróbico (correr, natación, bicicleta) como anaeróbico (ejercicio de fuerza), en población sana, ya que previene múltiples enfermedades, entre otras, las oncológicas, además de tener un impacto en calidad de vida y agilidad en edades avanzadas. Sumado a esto, los últimos años se han ido realizando múltiples estudios sobre el beneficio del ejercicio en población con cáncer, tanto durante el tratamiento de quimioterapia como después del mismo.

La población con cáncer de mama ha sido en la que más se ha estudiado el beneficio del ejercicio. Aquellas pacientes que realizaban ejercicio presentaban una menor probabilidad de recidiva del tumor, una reducción del riesgo del 55%, así como una mayor supervivencia.

¿Y qué es lo que se recomienda? Todo dependerá de la situación previa del paciente, edad y antecedentes personales, pero, a grandes rasgos, se recomienda al menos 2,5 a 5 horas de actividad física de intensidad moderada o 1,25 a 2,5 horas de actividad física aeróbica de gran intensidad por semana.

Sumado a eso, ejercicios de tipo pilates o yoga han demostrado conseguir una reducción de los síntomas de los tratamientos que reciben nuestros pacientes, como las molestias articulares y musculares o el cansancio mantenido. Al intercalarse ejercicios de respiración, mindfulness o atención plena, o de meditación, consiguen reducir y controlar episodios de ansiedad o de nerviosismo.

¡Si quieres participar en algún grupo de ejercicio para pacientes con cáncer, coméntaselo a tu oncólogo/a!

Dieta

Cuando hablamos de dieta, tenemos que distinguir aquellas que van dirigidas a reducir el peso frente a dietas saludables, las cuales buscan un equilibrio nutricional a largo plazo, asegurando la ingesta adecuada de vitaminas, minerales y macronutrientes esenciales para el bienestar, sin necesariamente centrarse en la pérdida de peso. Este segundo tipo de dieta es el que ha demostrado beneficio en salud, prevención de cáncer y mejoría de calidad de vida en pacientes.

Nuevamente, una dieta saludable no solo puede prevenir el desarrollo de diferentes cánceres, sino también en una mejor tolerancia a los tratamientos recibidos, una mayor calidad de vida en todo el proceso oncológico, así como beneficios a largo plazo en supervivientes de cáncer. E

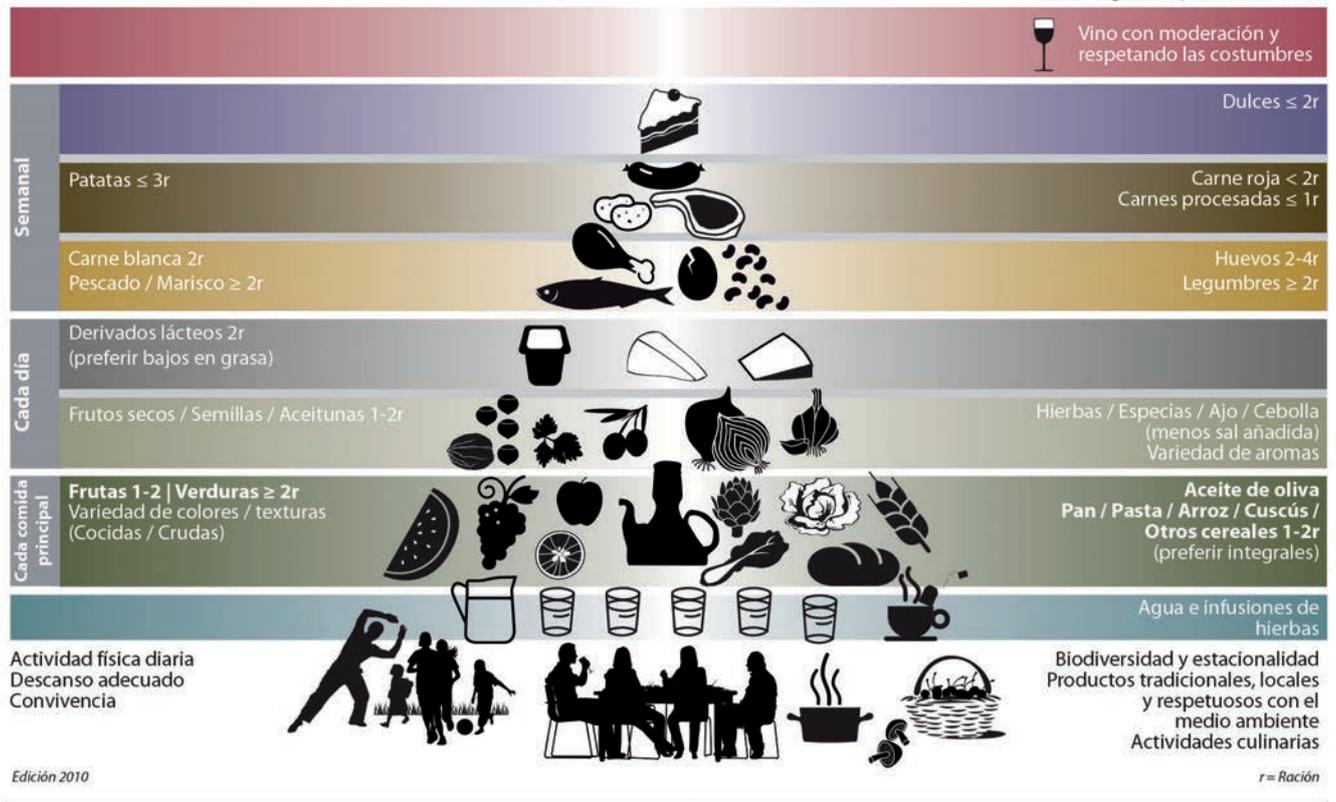
s importante destacar que no hay dietas milagro ni tampoco hay alimentos que curen el cáncer; el abordaje debe ser global, con cambios en los estilos de vida y en la forma en la que nos alimentamos.

Una de las ventajas de vivir al sur de Europa es que contamos con la dieta mediterránea, probablemente una de las dietas más estudiadas como cardiosaludable y también reductora del riesgo de cáncer.

Pirámide de la Dieta Mediterránea: un estilo de vida actual

Guía para la población adulta

Medida de la ración basada en la frugalidad y hábitos locales



© 2010 Fundación Dieta Mediterránea. El uso y la promoción de esta pirámide se recomienda sin ninguna restricción.

Edición 2010



Pero, **¿en qué consiste esta dieta?** Principalmente, se basa en el uso del aceite de oliva como principal fuente de grasa, consumo de frutas, verduras, legumbres y cereales integrales, así como frutos secos. Con respecto a los productos animales, se recomienda el consumo de pescados y mariscos, intentando consumir con moderación carnes blancas (pollo o pavo) y, en una pequeña proporción, carnes rojas y embutidos. Para ello, contamos con una ejemplificante pirámide de dieta mediterránea que representa las proporciones que deberíamos consumir en nuestro día a día.

¿Cómo ha demostrado beneficios la dieta mediterránea en los pacientes con cáncer? Entre otros, reduce el riesgo de cáncer de mama, colorrectal o de estómago. Además, el consumo excesivo de carnes rojas y/o procesadas aumenta el riesgo de cáncer de colon, de páncreas o de estómago. Así como el consumo excesivo de azúcar y/o bebidas azucaradas podría favorecer el desarrollo de cáncer de endometrio o de páncreas, entre otros.

En los pacientes en curso de tratamiento o aquellos que se encuentran en seguimiento, la dieta mediterránea ha demostrado ser beneficiosa, ya que se asocia con una menor inflamación y un mejor pronóstico en la recuperación. El aporte de vitaminas, minerales, aceite de oliva y pescados ricos en grasas saludables y omega-3, ayudan a reducir el daño celular y fortalecer el sistema inmunológico.

Más allá de la dieta mediterránea, el hecho de tener un cáncer o estar en tratamiento para el mismo es una situación de estrés, en la que aumenta mucho el gasto energético de los pacientes. Por ello, es fundamental asegurar una ingesta adecuada de proteínas, tanto de origen

animal como vegetal, ya que estas son esenciales para el crecimiento, reparación de tejidos y mantenimiento de la masa muscular. Las fuentes de proteínas incluyen carnes magras, pescado, aves, productos lácteos, legumbres y frutos secos. Es importante distribuir la ingesta proteica a lo largo del día y combinar diferentes fuentes para asegurar un perfil completo de aminoácidos. Se recomienda consumir entre 1 y 1,5 gramos de proteína por kilogramo de peso corporal al día. Por ejemplo, una persona de 80 kg debería ingerir entre 80 y 120 gramos de proteína diariamente.

Salud emocional

Para abarcar un último aspecto en cuanto a hábitos de vida saludables, es importante hablar sobre la salud emocional. Es normal que, tras el diagnóstico de un cáncer o incluso tiempo después, los pacientes puedan presentar estados depresivos, de ansiedad o apatía, entre otros. Cambios de hábitos de vida, como los mencionados anteriormente y acompañados de una buena higiene del sueño pueden colaborar en una mejor salud emocional. Desde las instituciones sanitarias contamos con múltiples recursos que pueden ayudar a mejorar la salud mental, desde psicooncólogos y psiquiatras incluido todo el personal que participa en el proceso oncológico y que está dispuesto a brindar su apoyo.

Más información:
https://seom.org/dmccancer/descargas/Folleto_SEOM_Recomendaciones_Cancer.pdf
<https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/prevencion>
<https://dietaediterranea.com/>

Los beneficios de los animales sobre nuestra salud

Gisella Jacqueline Stoisa. Médico de Familia. Centro de salud San Juan - Osasumbidea

▮▮ Soy una defensora acérrima de que la **terapia con peludos** puede llegar a ser más efectiva que cualquier fármaco o tratamiento; ellos nos aportan salud.

Está más que visto y comprobado que una persona que comparte su vida con un perro es más sana y feliz. La compañía y el amor incondicional que nos brindan no tienen precio. Cuando un perro llega a nuestras vidas se nos cambia por completo. También comienzan nuestras obligaciones pero así mismo todo eso compensa. Ellos son parte de nuestra familia y nuestra vida más allá de que todos no lo vean así. Lamentablemente como sociedad no hemos avanzado mucho en este aspecto. Recién ahora podemos ver que se los deja participar en paseos, playas, hoteles, y compras en comercios como uno más de nosotros. Por suerte, en España la legislación permite la entrada de perros de compañía en bares, cafeterías y restaurantes. En diciembre del 2022, el Real Decreto 1021/2022 confirmó el derecho de los hosteleros a decidir si admiten o no mascotas en sus locales de todo el país. No obstante, nos queda mucho camino por recorrer en este aspecto.

Terapia asistida con animales

Por otro lado, desde el punto de vista clínico, la terapia asistida con animales ha demostrado ser de gran valor tanto en el ámbito sanitario como educativo. Se ha visto una gran mejoría en innumerables patologías como TDHA, trastornos del aprendizaje, autismo, fobias, depresión-ansiedad, personas con discapacidad, trastornos del desarrollo, activación de la memoria, paliar sentimientos de soledad,

reforzar la comunicación afectiva y lúdica, más allá de la estimulación física y cognitiva como se ha comprobado tanto en niños como en adultos mayores.

Fuerte vínculo con los pacientes

La presencia de los co-terapeutas peludos puede llegar a establecer un fuerte vínculo con los pacientes lo que no sólo ayuda a que todo sea más sencillo trabajar con ellos debido a que incrementa la sensación de bienestar sino que permite enfocar en objetivos concretos sin notarlo. El perro se convierte en la herramienta y el canal ideal para hacer cualquier tipo de terapia porque es más dependiente del ser humano y llega a aprender y a obedecer con más facilidad que otros animales de compañía. Está de más decir que no existe ninguna contraindicación para implementarlos. Ellos ayudan a incrementar la plasticidad física y neuronal, estimula la sociabilidad, reduce el estrés y la sensación de soledad, disminuye la presión arterial, favorece la reducción de la toma de fármacos, mejora la autoestima, fomenta la actividad física y mejora la salud mental de las personas.

Los cuidados de una mascota aportan beneficios directos a nuestro estilo de vida, nos estimula a caminar de forma regular, nos ayuda a sociabilizar y a jugar con ellos favoreciendo las actividades cardiometabólicas, nos enseña a compartir las emociones, y todo ello con un balance siempre muy positivo.

Cabe destacar también, el aporte que hacen a la sociedad desde el punto de vista de la seguridad, rescate en grandes catástrofes, aeropuertos, en colaboración ciudadana, operativos policiales, como perros lazarillos o de compañía, etc.

Es crucial demostrar su eficacia de manera objetiva y cuantificable, y la importancia de respaldar las terapias asistidas con perros debería ser, hoy en día, el complemento perfecto en residencias, hospitales, colegios y demás instituciones de salud.

¡En fin, todos deberíamos tener un peludo en nuestras vidas!

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

La ecocardiografía en la prevención de algunos ictus



EQUIPO DE PATOLOGÍA VASCULAR CEREBRAL DEL HUN/NOU. DE IZQDA. A DCHA.: M^ª ÁNGELES ANAUT (ENFERMERA), MARÍA HERRERA (FEA NEUROLOGÍA), NURIA AYMERICH (FEA NEUROLOGÍA), ROBERTO ARRONDO (FEA NEUROLOGÍA), INHAR ESNAOLA (MIR NEUROLOGÍA) Y ELENA ESCRICHE (MIR NEUROLOGÍA)

Comunicación Gobierno de Navarra

Profesionales del Servicio de Neurología del Hospital Universitario de Navarra / Nafarroako Ospitale Unibertsitarioa (HUN/NOU) han publicado un estudio en la revista suiza *Frontiers in Neurology*, que ha demostrado la utilidad de un análisis ecocardiográfico para la detección de trombos en el cayado aórtico (el segmento de la aorta que se encuentra formando un arco en la parte superior del corazón).

El artículo "Suprasternal aortic arch echocardiography as a potential tool in detection and follow-up of mobile thrombi in patients with ischemic stroke", firmado por los neurólogos del HUN/NOU el Dr. Inhar Esnaola y la Dra. Elena Escriche como autores principales, y dirigidos por el Dr. Roberto Muñoz, recoge la experiencia en diez pacientes con trombos móviles en el arco aórtico estudiados mediante esta técnica.

Tras recibir medicación anticoagulante, en ocho de los diez casos los trombos se resolvieron, lo que hizo que no fuera necesario continuar el tratamiento anticoagulante tras su desaparición, sin que se detectara posteriormente la reaparición de nuevos ictus.

La oclusión de una arteria cerebral por un trombo originado en el sistema vascular y conducido hasta el cerebro por el torrente sanguíneo es el origen de un gran número de los ictus isquémicos, que suponen el 80% del total de todos los ictus. Esos trombos pueden producirse en diversas partes del cuerpo, especialmente en el corazón, de ahí la importancia de su detección para iniciar el tratamiento precoz y evitar así un nuevo episodio.

La ecocardiografía focalizada

La ecocardiografía es una técnica inocua y eficaz para este fin, pero con algunas limitaciones para localizar trombos en ciertas localizaciones menos accesibles.

El cayado aórtico es el segmento de la aorta, la arteria principal del organismo humano, que se encuentra formando un arco en la parte superior del corazón. La formación de trombos en ese lugar es poco habitual, pero de gran importancia, pues de esta zona nacen las arterias que llevan flujo al cerebro. Tras una formación específica realizada en el Laboratorio de Imagen Cardíaca del Servicio de Cardiología del HUN/NOU, el equipo de Patología Vascular Cerebral de Neurología incorporó hace seis años a su protocolo de estudio del ictus la realización de esta prueba, la ecocardiografía focalizada, haciendo especial hincapié en la exploración de la ventana supraesternal, esto es, colocando la sonda del ecógrafo sobre la horquilla o hendidura situada por encima del esternón, en la parte inferior del cuello. Desde esta vista, es posible visualizar el cayado aórtico con más nitidez y apreciar la posible formación de trombos.

Centro acreditado para la formación a neurólogos de otros hospitales

Según indica el Dr. Roberto Muñoz, miembro del equipo de Patología Vascular Cerebral, "gracias a esta colaboración con el Servicio de Cardiología hemos conseguido reducir tiempos de espera para los y las pacientes con ictus. Además, hemos podido desarrollar la técnica y adaptarla a nuestras necesidades en el manejo de esta patología. Actualmente, somos centro acreditado para la formación en ecocardiografía focalizada en ictus y estamos formando a neurólogos y neurólogas de otros hospitales interesados en implementar esta técnica en sus centros".

La ecocardiografía a través de la ventana supraesternal tiene también ventajas adicionales sobre otras técnicas empleadas para detectar trombos en el arco aórtico, como la **ecografía transesofágica** o el **angio-TC**. Según relata el Dr. Roberto Muñoz, la primera de estas técnicas "es más invasiva e incómoda para él o la paciente, al requerir introducir la sonda por la boca hasta el esófago, y precisa colaboración, algo difícil en pacientes con ictus graves. Por otro lado, el angio-TAC, aunque presenta indudables ventajas en cuanto a sensibilidad, tiene otros inconvenientes, como la radiación, ya que se trata de una prueba radiológica, y necesita administrar contraste. En cambio, la ecocardiografía es una prueba basada en ultrasonidos, por lo que no se emite radiación, es más accesible y puede repetirse de forma seriada para confirmar la desaparición del trombo".



ELENA ESCRICHE E INHAR ESNAOLA REALIZAN UNA ECOCARDIOGRAFÍA A TRAVÉS DE LA VENTANA SUPRAESTERNAL

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 la alergia a α -gal?

*Lizeth Juliana González Romero. MIR. Servicio de Alergología. Hospital Universitario de Navarra.
Blanca Esther García Figueroa. Médico Adjunto. Servicio de Alergología. Hospital Universitario de Navarra.
Sara Garrido Fernández. Jefa del Servicio de Alergología. Hospital Universitario de Navarra*

|| ¿Sabías que una simple picadura de garrapata puede desencadenar una alergia alimentaria?

Aunque suene sorprendente, las picaduras de garrapatas recurrentes pueden ocasionar una alergia a galactosa-alfa-1,3-galactosa (α -gal). Esto se traduce en una alergia alimentaria a carne de mamíferos como vaca ternera, cerdo, conejo o cordero. El inductor principal de esta alergia son las picaduras repetidas de garrapatas que introducen glicoproteínas en el cuerpo humano estimulando la producción de anticuerpos contra α -gal, un azúcar presente en la carne roja y otros productos derivados de mamíferos. Esta sensibilización tiene una mayor prevalencia en la zona norte de la península.

¿Cuáles son los síntomas?

Los síntomas pueden variar ampliamente entre pacientes e incluso en un mismo individuo. Generalmente se presentan varias horas después de la ingesta de carnes o vísceras. Puede presentarse como erupción en la piel, dificultad respiratoria, náuseas o vómito e incluso anafilaxia (reacción alérgica grave) y requerir manejo en el servicio de urgencias. Su variabilidad clínica puede depender de la presencia de cofactores que son circunstancias que, en combinación con el alimento responsable, pueden agravar los síntomas, como el ejercicio físico, el ciclo menstrual, el consumo de medicamentos antiinflamatorios o el consumo de alcohol, siendo este último más importante en la alergia a α -gal que en otras alergias alimentarias.

¿Cuándo debo consultar?

Es necesario consultar al médico si no ha sido posible retirar por completo la garrapata, o si a los pocos días inicia con calor local o enrojecimiento en la zona de picadura. Si el paciente tiene antecedente de picaduras de garrapatas recurrentes y presenta síntomas alérgicos con la ingestión de carnes, será necesario realizar un estudio por parte de Alergología.

¿Cómo se puede prevenir?

Para prevenir picaduras de garrapatas en salidas al exterior se recomienda caminar por senderos despejados, utilizar ropa que cubra las extremidades y uso de repelente sobre piel y ropa. Posteriormente revisar todo el cuerpo, en caso de encontrar alguna garrapata es necesario retirarla rápidamente y limpiar la zona. Estas simples medidas ayudan a disminuir la exposición y la probabilidad de generar esta alergia y otras enfermedades relacionadas con las picaduras de garrapata.

¿Tiene cura?

En caso de pacientes a los que se les ha diagnosticado de alergia a α -gal, es necesario evitar la ingesta de carnes rojas y vísceras. Esto sumado a las medidas de prevención de picaduras de garrapatas hace que los niveles de anticuerpos disminuyan y por ende sea menos probable la presencia de episodios con síntomas de gravedad.

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 odontología con dimensión médica: un enfoque integral en Sannas Dentofacial

En la actualidad, la odontología ha evolucionado mucho más allá del simple cuidado de los dientes. La concepción moderna de esta disciplina la sitúa dentro del ámbito de la medicina, con un enfoque integral que considera la salud bucodental como un pilar esencial del bienestar general. Esta visión es la que guía el trabajo de Sannas Dentofacial, una clínica que ha convertido la especialización médica en su sello distintivo.

Desde su fundación, Sannas Dentofacial ha apostado por un **modelo de atención basado en la excelencia, la innovación y el compromiso con la salud global del paciente**. No se trata únicamente de solucionar problemas dentales aislados, sino de comprender cómo estos pueden afectar o estar relacionados con otras condiciones médicas. Un diente en mal estado no solo implica dolor o dificultades para masticar; puede ser la puerta de entrada a infecciones, problemas cardiovasculares o incluso trastornos metabólicos.

Por ello, el equipo de Sannas Dentofacial está conformado por especialistas de diversas ramas de la odontología, desde implantología y ortodoncia hasta periodoncia, cirugía maxilofacial, logopedia, fisio de ATM y la medicina general. Se especializan en abordar casos complejos y ofrece un **enfoque médico integral** que va más allá del tratamiento dental convencional.

Las instalaciones cuentan con estándares hospitalarios, lo que permite garantizar un entorno seguro para cada procedimiento. Además, dispone de un riguroso sistema de esterilización quirúrgico para el instrumental y una infraestructura adecuada para la sedación consciente, ya

sea intravenosa o con protóxido. Gracias a la **metodología ARO** (Alto Rendimiento Odontológico), se realizan intervenciones complejas de manera eficiente y segura.

También ofrecen servicios complementarios, como la toma de muestras para el cultivo y análisis de bacterias en la cavidad oral, así como la evaluación del riesgo de padecer enfermedad periodontal. Esto permite personalizar los tratamientos y mejorar la salud bucal de los pacientes.

“Nuestra misión es ofrecer una odontología con una dimensión médica real, donde el paciente sea atendido de manera integral, considerando su salud general y no solo sus problemas dentales”, expresa el Dr. Felipe Rivas, Director Médico de Sannas Dentofacial.

Otro pilar fundamental en la filosofía de **Sannas Dentofacial es la tecnología**. En un campo en constante evolución, contar con herramientas de última generación marca la diferencia entre un tratamiento convencional y uno de alta precisión. El uso de sistemas de diagnóstico digital, escáneres 3D y técnicas mínimamente invasivas permite no solo mejorar la eficacia de los procedimientos, sino también reducir el tiempo de recuperación y el impacto en el paciente.

Además, **la prevención y la educación juegan un papel clave en su modelo de atención**. No basta con solucionar los problemas cuando aparecen; el verdadero reto está en evitar que se produzcan.

Una referencia en la odontología con dimensión médica. Su compromiso con la calidad, la innovación y la visión global de la salud la convierte en una opción de confianza para quienes buscan más que una simple consulta dental: un enfoque médico completo y una atención de excelencia.



Impacto de la Disfunción Ejecutiva en la Enfermedad de Alzheimer

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”. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Pública de Navarra.

La **función ejecutiva** (FE) se refiere a un conjunto de procesos cognitivos esenciales para gestionar el comportamiento y las emociones implicadas en diversas actividades de la vida diaria. Estos procesos son esenciales para controlar el comportamiento, gestionar tareas, tomar decisiones, razonar, planificar, regular y controlar los procesos de información y comportamientos.

Incluyen dimensiones frías (por ejemplo, planificar) y cálidas (por ejemplo, autorregulación emocional).

En el contexto de la demencia - más concretamente en la enfermedad de Alzheimer (EA) - la disfunción ejecutiva es una preocupación significativa, pudiendo contribuir y afectar al deterioro en el funcionamiento diario y en la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias. La disfunción ejecutiva tiende a volverse más pronunciada a medida que la enfermedad progresa, afectando a diversas tareas de la vida diaria que requieren competencias relacionadas con: memoria operativa, planificación, inhibición o coordinación en multitarea.

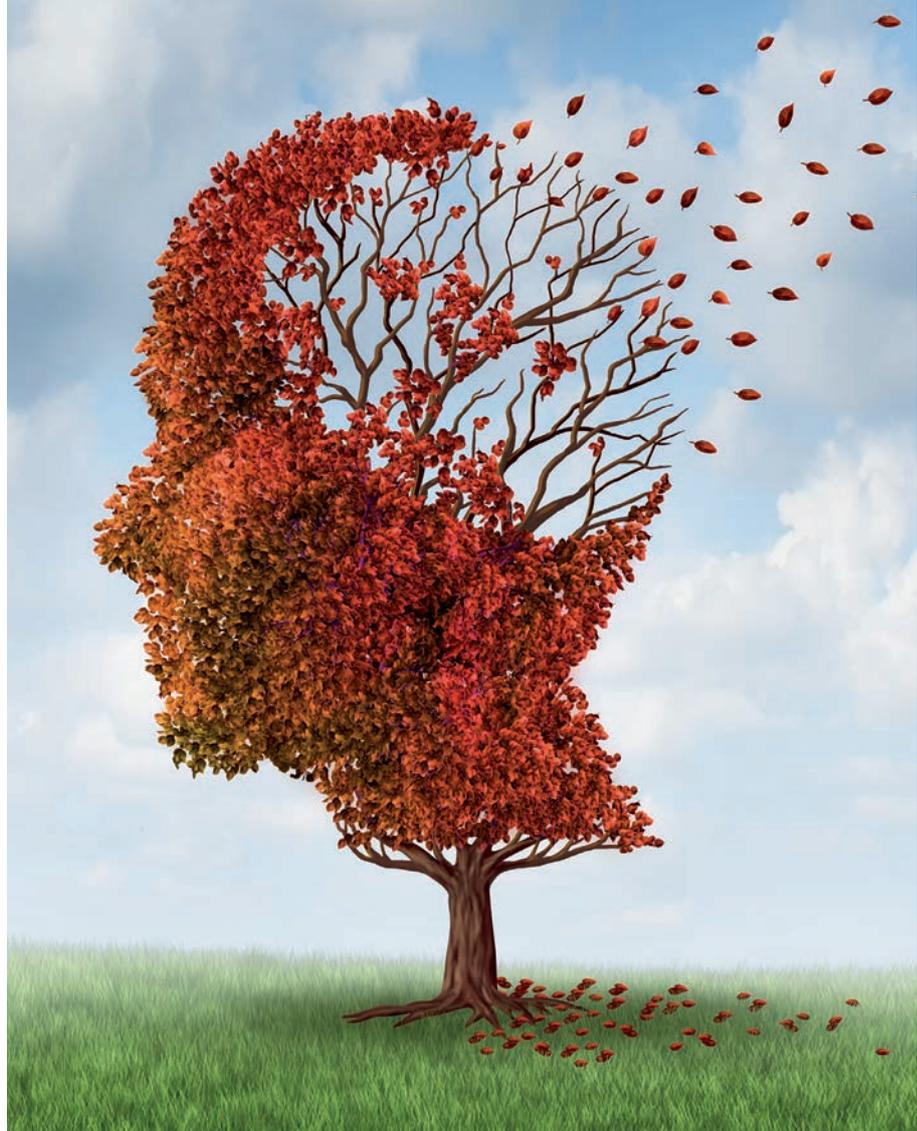
Disponemos de diversas pruebas estandarizadas para evaluar diferentes dimensiones ejecutivas, por ejemplo, la tarea de Stroop (inhibición de respuestas automáticas) y la prueba de Clasificación de Cartas de Wisconsin (clasificar) pueden ser eficaces para distinguir entre el envejecimiento saludable y el envejecimiento patológico en personas con EA. Estos instrumentos pueden ayudar - en el contexto de un proceso de evaluación clínica y/o neuropsicológica - a identificar la disfunción ejecutiva de manera temprana, lo cual es crucial para una intervención, también, temprana.

La disfunción ejecutiva afecta e impacta significativamente en las actividades instrumentales de la vida diaria de la persona afectada y su familia, lo que lleva a una pérdida temprana de productividad y a un aumento en la carga del cuidador a medida que evoluciona la enfermedad. Puede ser interesante para minimizar ese impacto en el cuidador, trabajar con la persona afectada tareas que potencien en la medida de las posibilidades de cada persona afectada y evaluación de la enfermedad, por ejemplo, manejo del dinero, preparación de comidas, toma de medicamentos, uso del transporte o gestión del hogar. Estos ejemplos resaltan la importancia de hacer una evaluación de la función ejecutiva en personas afectadas con demencia para diseñar estrategias de intervención que reduzcan su impacto en la calidad de vida diaria de la persona afectada y alivien la carga al cuidador.

En la enfermedad de Alzheimer, la disfunción ejecutiva está relacionada con la afectación entre otras zonas corticales de las regiones temporales y parietales, mientras que, en otras demencias, está más asociada con áreas frontales y fronto-subcorticales. Esta distinción destaca las diferentes bases neuroanatómicas (enfoque sistémico que sustituye y supera al localizacionista) en los distintos tipos de demencia.

Se sabe que la sustancia blanca es crucial para la función ejecutiva y que está afectada tanto en la enfermedad de Alzheimer. La disfunción de la materia blanca y la presencia de placas amiloides, entre otros hallazgos, sugiere un mecanismo fisiopatológico clave en la enfermedad de Alzheimer.

Identificar la disfunción ejecutiva en las primeras etapas de la enfermedad de Alzheimer puede ayudar a desarrollar intervenciones específicas y personalizados para desacelerar la progresión de la enfermedad y gestionar los síntomas.



Comprender los déficits ejecutivos específicos puede guiar el desarrollo de intervenciones personalizadas orientadas a mejorar el funcionamiento diario de las personas afectadas y la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familias. Por ejemplo, abordar la apatía y los déficits en el reconocimiento emocional puede tener un impacto significativo. Algunos ejemplos de programas de envejecimiento activo que podemos potenciar y desarrollar están relacionados con potenciar la actividad física, la estimulación cognitiva, la participación social, la salud y bienestar, el ocio y cultura, contribuyendo a reducir el impacto de la enfermedad de Alzheimer en la

persona afectada y sus familias. Estos programas ayudan a mantener la autonomía de la persona afectada, mejorar la calidad de vida y fomentar la integración social de las personas mayores adultos.

En conclusión, la disfunción ejecutiva juega un papel crucial en la progresión y el manejo de la enfermedad de Alzheimer. La detección temprana e intervenciones dirigidas a mejorar las funciones ejecutivas pueden mejorar potencialmente la autonomía y la calidad de vida de las personas con demencia y sus familias.

Ver Bibliografía: zonahospitalaria.com



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



SAHOS infantil

Dra. Sofía Goya Lirio. MIR ORL. Hospital Universitario de Navarra.

Dr. Ignacio Arruti González. Jefe de Sección ORL Hospital Universitario de Navarra

El síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) en la infancia se caracteriza por pausas repetidas en la respiración durante el sueño debido a una obstrucción de la vía aérea superior que interrumpe la ventilación normal y los patrones normales del mismo.

Epidemiología

La literatura científica reporta una prevalencia de SAHOS infantil que oscila entre el 4% y 11%, con un pico máximo entre los 2 y 8 años, atribuible en gran medida a la hipertrofia del tejido adenoamigdal (anginas y vegetaciones). Sin embargo, un 20% de los casos presentan causas alternativas.

En cuanto a la distribución por sexos, en menores de dos años, es más frecuente en varones, prematuros o con trisomía 21 (Sd. Down). En la etapa prepuberal, la incidencia es similar en ambos sexos y en la etapa pospuberal, vuelven a verse más afectados los varones.

Además, el incremento de la frecuencia y el grado de la obesidad infantil se traduce en un aumento de la severidad de esta enfermedad. Sobre todo, en los síntomas que afectan a los sistemas metabólico y cardiovascular.

Clínica

El SAHOS infantil es una patología infradiagnosticada. Muchas veces la clínica pasa desapercibida a los padres, por lo que se deben tener presentes los distintos síntomas que pueden anunciar el SAHOS para evitar un retraso en el diagnóstico que conllevaría importantes complicaciones.

El síndrome se presenta con síntomas nocturnos y diurnos. Entre los nocturnos destacan las apneas (pausas respiratorias), hipopneas, ronquido, sueño intranquilo, sudoración nocturna, posiciones anormales durante el sueño, micción involuntaria en niños en edad escolar...

En cuanto a los síntomas diurnos, encontraremos niños con hipersomnolencia, aunque en la edad infantil también es frecuente que presenten actitud irritable, inquietud e hiperactividad. Muchos de estos síntomas están relacionados con la hipertrofia adenoamigdal, frecuente en estos pacientes: mal aliento, respiración oral, congestión nasal, disfagia (dificultad para la deglución), retraso en el lenguaje debido a una hipoacusia de transmisión, déficit de atención...

Comorbilidades

Si el SAHOS no se trata, puede tener consecuencias a largo plazo, lo que denominamos comorbilidades. Entre ellas encontramos el retraso en el crecimiento debido, en parte, a que algunas hormonas importantes en el crecimiento se segregan durante ciclos del sueño que están alterados en estos pacientes y esto afecta a la liberación de la hormona.

Otro factor que condiciona esta complicación es que, durante la noche, estos niños necesitan un consumo energético extraordinario por el incremento del esfuerzo respiratorio, lo que repercute directamente en su rendimiento escolar.

Los niños con SAHOS no tratado pueden experimentar irritabilidad, hiperactividad, dificultades de atención y problemas de conducta. La falta de sueño reparador puede afectar su estado de ánimo y su capacidad para concentrarse y aprender.

La respiración bucal crónica y los cambios en la estructura facial asociados al SAHOS pueden llevar a la llamada **Facies adenoidea**; cara estrecha y alargada, retroposición mandibular, boca entreabierta, paladar ojival, hipotonía del labio superior, maloclusión dental, mejillas flácidas y "ojeras".

Además, presentan aumento de riesgo de desarrollar síndrome metabólico (resistencia a la insulina, dislipidemia, hipertensión arterial y obesidad), y alteraciones cardiovasculares.

Diagnóstico

El otorrinolaringólogo es el especialista indicado para evaluar y diagnosticar este trastorno. Para conocer la historia clínica del paciente, se indagará sobre sus hábitos de descanso nocturno, la presencia de pausas de apnea, la respiración bucal, el desarrollo del lenguaje, la audición y la ingesta, entre otros aspectos relevantes.

La exploración física exhaustiva incluirá la evaluación del tamaño de las amígdalas y adenoides. En algunos casos, se requerirá una nasofibroscopia, técnica diagnóstica que consiste en la introducción de una pequeña cámara a través de las fosas nasales para visualizar la región anatómica donde se encuentran las vegetaciones y las amígdalas. Además, se valorará la mordida y la forma del paladar del paciente. La exploración física se completará con la observación detallada de ambos oídos mediante un otoscopio o un microscopio.

En muchos casos, la historia clínica y la exploración física son suficientes para establecer un diagnóstico preciso. Sin embargo, en ciertas ocasiones, se requerirá un estudio del sueño más completo. La polisomnografía es un estudio neurofisiológico que permite cuantificar la cantidad de apneas que presenta un paciente durante el sueño, así como su impacto en los sistemas cardiovascular y respiratorio. Para la

realización de este estudio, es necesario que el paciente pernocte en el hospital.

Tratamiento

El tratamiento del SAHOS infantil depende de la causa subyacente. En la mayoría de los casos, la cirugía para extirpar las adenoides y/o amígdalas (adenoidectomía y amigdalectomía) es el tratamiento más efectivo. Esta intervención se realiza mediante anestesia general y suele realizarse de forma ambulatoria o con una breve estancia hospitalaria. La duración aproximada de ambas intervenciones es de una hora y media. Los cuidados postoperatorios incluyen una dieta blanda o de fácil masticación, evitando sobre todo alimentos que puedan irritar o crear heridas en la zona intervenida como los fritos, pan tostado, vinagres o cítricos. Tras la amigdalectomía es preciso que el niño mantenga reposo domiciliario durante 7 días, mientras que la adenoidectomía precisa de un descanso de 2 días. En ambos casos posponiendo el regreso a la actividad deportiva unos 15 días.

La complicación más frecuente, aunque rara, de estas intervenciones es el sangrado. En ese caso es importante que acudan a urgencias del hospital para realizar una valoración temprana.

Es fundamental recordar que el tratamiento del SAHOS infantil debe ser individualizado y adaptado a las necesidades de cada paciente. Por lo tanto, es esencial que el niño sea evaluado por un médico especialista en otorrinolaringología.

Un diagnóstico y tratamiento tempranos del SAHOS infantil son fundamentales para mejorar la calidad de vida del niño y prevenir complicaciones a largo plazo.

Si sospechas que tu hijo puede tener SAHOS, no dudes en consultar a tu pediatra u otorrinolaringólogo.

Si tu negocio está vinculado con la salud de las personas, te interesa anunciarte 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) y promoción 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), a los que se les envía por email el pdf de la revista.
- 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.

Solicitar Tarifas publicitarias: redaccion@zonahospitalaria.com



Manejo del dolor crónico

Laura Alegría Sos. Enfermera. Unidad del Dolor. Hospital Universitario de Navarra

El **dolor crónico** es una condición que afecta a millones de personas en todo el mundo, impactando significativamente en su calidad de vida. Este tipo de dolor puede ser el resultado de diversas condiciones médicas, lesiones o en algunos casos no tener una causa aparente. Su manejo efectivo requiere un enfoque multidisciplinar, que incluya cambios en la alimentación, ejercicio, hábitos saludables, higiene del sueño, así como el manejo de pensamientos y sentimientos. A continuación, se describen estrategias clave para abordar el dolor crónico de manera integral.

Por un lado nos encontramos con la **alimentación**, que juega un papel fundamental porque influye en la inflamación, la función inmunológica y en el estado general del cuerpo. Consumir una dieta rica en alimentos antiinflamatorios, como frutas, verduras, grasas saludables (como el omega-3) y cereales integrales, puede aliviar los síntomas al reducir la inflamación. Evitar alimentos procesados, azúcares y grasas no saludables es igualmente importante para evitar empeorar el dolor. Una buena nutrición mejora la energía, el control del peso y el bienestar emocional. Todos ellos son aspectos esenciales para afrontar el dolor crónico de manera más efectiva.

Por otro lado también es importante realizar **ejercicios y estiramientos**. Son altamente beneficiosos por varias razones. Ayudan a mantener los músculos y las articulaciones más flexibles, reduciendo la rigidez y aumentando el rango de movimiento, lo cual es esencial para prevenir tensiones adicionales que agravan el dolor.

La actividad física moderada estimula la circulación, promoviendo el suministro de oxígeno y nutrientes a los tejidos dañados y ayudando a reducir la inflamación. Además desencadena la liberación de endorfinas que son los analgésicos naturales del cuerpo que pueden aliviar el dolor y mejorar el estado de ánimo.

Resulta igualmente importante adoptar **hábitos saludables** para mejorar la calidad de vida, como evitar el consumo de alcohol y tabaco.

El alcohol causa inflamación y afecta al sistema nervioso central, que es clave en la percepción del dolor y puede interferir con el sueño reparador, esencial para manejar el dolor. Además su consumo junto con la ingesta de medicamentos, puede tener efectos secundarios peligrosos. En cuanto al tabaco, fumar incrementa la inflamación sistémica y disminuye el flujo sanguíneo, lo que dificulta la reparación de los tejidos dañados y empeora el dolor.

La nicotina afecta a los nervios haciendo que el sistema nervioso sea más sensible al dolor. Dejar de fumar mejora la oxigenación de los tejidos, promueve la curación y reduce el estrés oxidativo, un factor clave en el dolor crónico.

MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO

1 Alimentación

4-5 comidas/día..
Verdura y fruta a diario.
Proteínas y ↓ grasas, azúcares y sal.

Efecto

Antiinflamatorio analgésico

- Naranja.
- Piña.
- Granada.
- Té verde.
- Jengibre

Potencia el dolor

- Azúcar.
- Harina refinada.
- Grasas saturadas y trans.

Nutrientes analgésicos

- Grasas Omega3.
- Fibra.
- Ácido Oleico.

2 Ejercicios y estiramientos

EF Cardio-Respiratorio: 30'/día
Fuerza y flexibilidad.
Equilibrio.

3 Hábitos saludables

Tabaco: dejar y mantenerse sin fumar.
Alcohol: evitar consumo o consumo de "bajo riesgo":
- 20 gr/día en ♂ (2 UBEs).
- 10 gr/día en ♀ (1 UBE).

4 Higiene del sueño

Horarios fijos y rutina para ir a la cama.
Siestas cortas o no hacerlas.
Evitar cenas copiosas y cansarse durante el día.
Actividad relajante antes de acostarse.

5 Pensamientos

- Positivos.
- Distracción, prestar menos atención al dolor.
- Intentar controlar las generalizaciones (siempre, nunca, todo):
"Hoy no puedo ni con las tabas pero sé que en otros momentos puedo".
- Prestar atención a las posibilidades frente a las dificultades:
"Puedo hacer esto aunque no pueda hacer esto otro".

6 Sentimientos

Mirarse con amor y humor.
Apreciarse y ser bueno/a consigo mismo/a.

Evitar el estrés, disfrutar y descansar, construir una vida a tu medida, con la enfermedad y no para la enfermedad.

Elaborado por Laura Alegría Sos, Enfermera Hospital Universitario de Navarra. Unidad del Dolor.

En definitiva, evitar el consumo de estas sustancias ayuda al cuerpo a recuperarse más eficazmente, reduce la inflamación y mejora la respuesta al tratamiento del dolor crónico.

De igual forma, hay que tener en cuenta la **higiene del sueño**, ya que la calidad del mismo tiene un impacto directo en el manejo del dolor debido a la relación entre el sueño y la percepción del dolor.

Un descanso inadecuado puede aumentar la sensibilidad al dolor. Durante el sueño profundo, el cuerpo libera hormonas que promueven la reparación celular y reducen la inflamación. Descansar adecuadamente ayuda a reducir la tensión muscular asociada al dolor crónico y mejora el estado de ánimo y el estrés, factores que pueden intensificar la percepción del dolor.

Es por ello que adoptar hábitos saludables como mantener horarios regulares de sueño, limitar el uso de pantallas antes de acostarse y crear un ambiente propicio para dormir, puede ser clave para aliviar el dolor crónico y mejorar la calidad de vida.

El manejo del dolor crónico también implica un **enfoque mental positivo**. La relación entre el dolor físico y el estado emocional es bidireccional, lo que significa que los pensamientos y las emociones pueden intensificar o aliviar el dolor, y viceversa. Las emociones como el estrés y la ansiedad pueden aumentar la percepción del dolor. Estos sentimientos provocan una respuesta de lucha o huida en el cuerpo, que aumenta la inflamación y la tensión muscular, lo que agrava el dolor. Además, la ansiedad puede hacer que una persona se enfoque más en el dolor, intensificándolo.

Las personas con dolor crónico a menudo experimentan depresión y esto hace que el dolor sea más difícil de manejar. La depresión está asociada con cambios en la química cerebral que pueden aumentar la sensibilidad al dolor y también puede afectar a la capacidad de una persona para hacer frente al dolor y llevarla a una espiral negativa de emociones haciendo que el dolor sea aún más debilitante.

En cambio, cultivar pensamientos positivos como la gratitud y enfocarse en lo que se puede hacer en lugar de lo que no se puede, puede disminuir la percepción del dolor. La mente tiene el poder de modular la experiencia del dolor y al enfocarse en pensamientos constructivos, se puede disminuir la tensión y el malestar asociado al dolor crónico. Aceptar las limitaciones del cuerpo puede reducir el estrés emocional y ayudar a que las personas con dolor crónico sean más amables consigo mismas. Esto ayuda a gestionar el dolor de una forma más saludable y reduce la carga emocional, lo que también puede aliviar la intensidad del dolor. Hablar sobre las emociones y el dolor con familiares, amigos o terapeutas puede liberar tensiones emocionales y reducir el sufrimiento. La validación emocional y el apoyo social son fundamentales para mejorar el bienestar y reducir el impacto del dolor crónico.

Es importante mirarse con amor y humor, apreciarse y ser amable consigo mismo. Construir una vida acorde a las propias necesidades teniendo en cuenta la enfermedad, en lugar de vivir para ella, es fundamental.

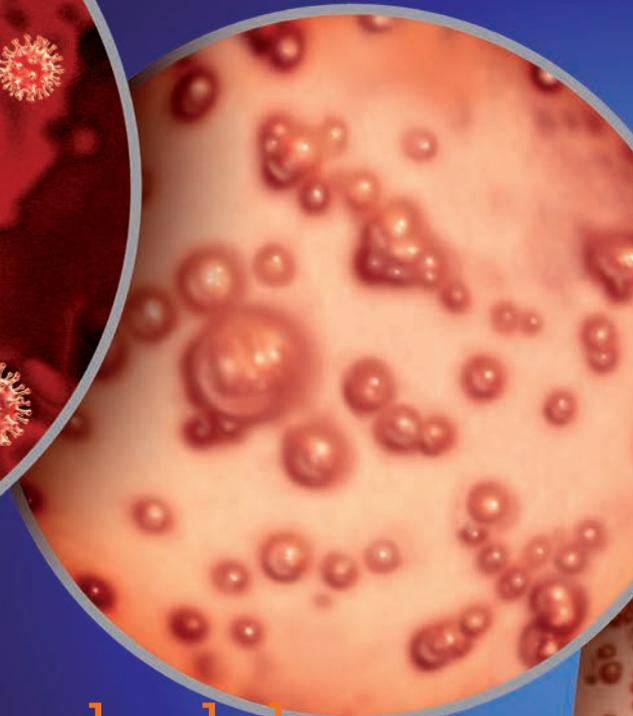
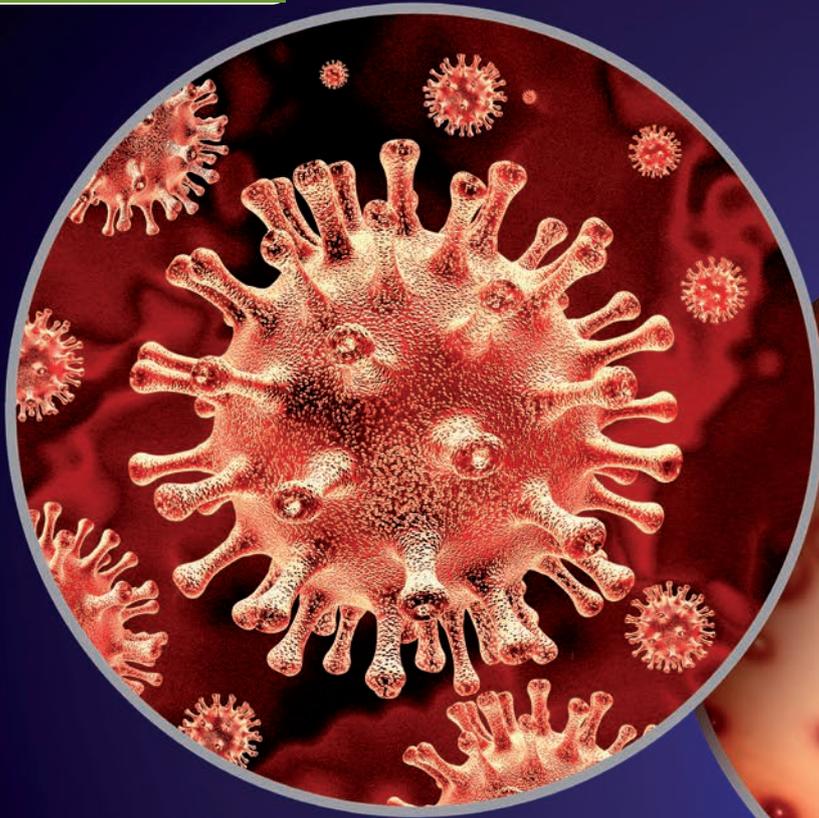
Recapitulando, el manejo del dolor crónico no es una tarea sencilla, pero con un enfoque integral que incluya cambios en la alimentación, ejercicio, hábitos saludables, higiene del sueño y un manejo positivo de pensamientos y sentimientos, es posible mejorar significativamente la calidad de vida y reducir la percepción del dolor.

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



Protégete frente a la viruela del mono

Sonia Domínguez Pascual, María Castillo Echeverri y Judith Gálvez Sánchez.

Enfermeras Medicina Preventiva e Higiene Hospitalaria. Hospital Universitario de Navarra.

Judith Chamorro Camazón, Jefa de Servicio de Medicina Preventiva e Higiene Hospitalaria. Hospital Universitario de Navarra

El Mpox o "Monkeypox" conocida también como **viruela del mono**, es una infección causada por un virus de la familia de la viruela.

¿Qué produce?

El cuadro clínico se inicia con síntomas generales similares a los de un cuadro gripal (fiebre, dolor de cabeza, dolores musculares, dolor de espalda, escalofríos y agotamiento). Normalmente entre 1 y 5 días después de la aparición de la fiebre, aparece una erupción en la piel, que a menudo comienza en la cara y luego se extiende a otras partes del cuerpo, especialmente a manos y pies, hasta formar una costra que finalmente se cae. El curso de la enfermedad suele durar de 2 a 4 semanas.

¿Cómo se contagia?

La transmisión se produce a través de la saliva o excreciones respiratorias, o por contacto con el exudado de la lesión o el material de la costra. También se contagia durante las relaciones sexuales o al entrar en contacto con superficies contaminadas.

La viruela del mono, parece ser contagiosa una vez que aparecen los síntomas y persiste la posibilidad de contagio hasta que las costras se desprenden.

¿Es una enfermedad grave?

Suele ser una enfermedad leve que se controla por sí misma y la mayoría de las personas se recuperan en varias semanas. Puede ser un proceso incómodo por los síntomas y por las lesiones que pueden picar y molestar.

En algunos casos, puede producirse enfermedad más grave, sobre todo en niños, embarazadas y personas inmunocomprometidas que pueden necesitar atención hospitalaria como consecuencia de alguna complicación (como infección de las lesiones de la piel, infección de las córneas o neumonía).

¿Cómo puedo evitar contraer mpox?

Es importante mantener prácticas sexuales seguras y hacer una higiene de manos con jabón y agua o con soluciones hidroalcohólicas.

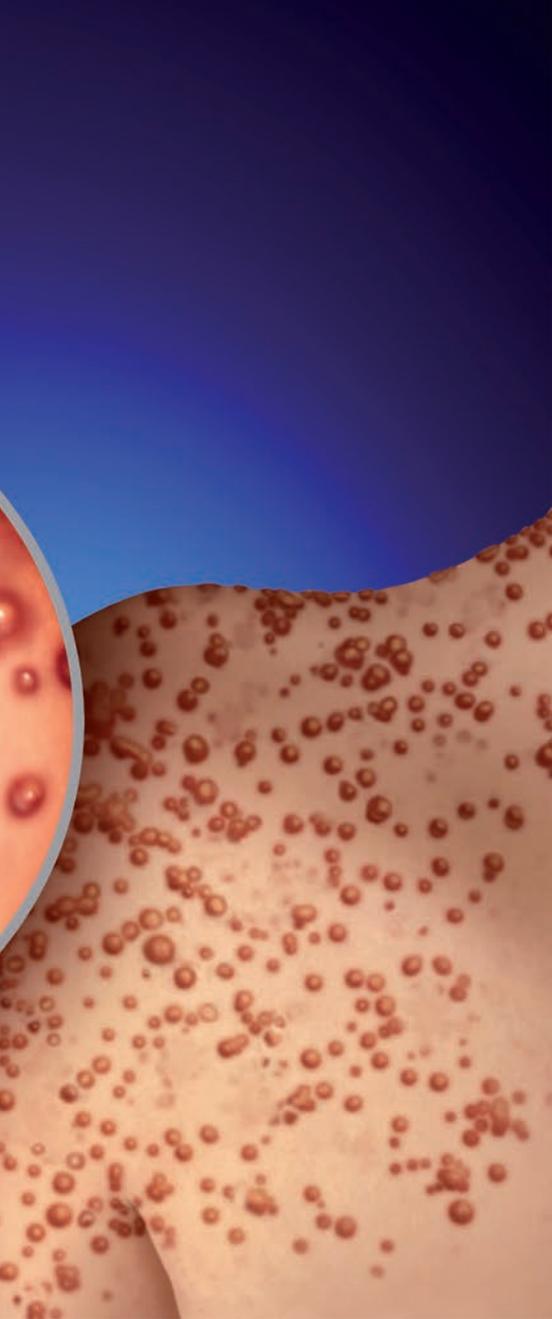
Tanto para esta infección como para otras Infecciones de Transmisión Sexual, la comunicación con la pareja sexual respecto a la situación de salud forma parte del autocuidado y del cuidado de la pareja. Si observa lesiones en su pareja, hable con ella, eviten el contacto sexual y contacten con su médico de referencia.

¿Qué vacuna tenemos disponible?

En la actualidad hay comercializada dos vacunas: IMVANEX y JYNNEOS. Ambas destinadas a prevenir la enfermedad y reducir la gravedad de la enfermedad en caso de desarrollarla.

¿Cuál es la pauta y vía de administración?

La pauta de vacunación recomendada es de dos dosis en caso de preexposición (con un intervalo de al menos 28 días entre ambas) y en el caso de posexposición al virus de una



sola dosis (que se debe de realizar en los primeros 4 días tras el primer contacto, aunque podría realizarse hasta los 14 días).

La dosis de administración es de 0,5ml por vía subcutánea en la cara latero externa del brazo, o en caso de situaciones de escasa disponibilidad de la vacuna es posible su administración intradérmica (0,1 ml) en mayores de 18 años.

En menores de 18 años, embarazadas y personas con inmunosupresión siempre será subcutánea.

¿Qué personas tienen indicada esta vacuna?

Se recomienda la vacunación preventiva (preexposición) en los grupos de riesgo: personas que mantienen prácticas sexuales de riesgo, especialmente pero no exclusivamente Gays, Bisexuales y Hombres que tienen sexo con Hombres y aquellas con riesgo ocupacional (personal sanitario que atiende a personas con prácticas de alto riesgo y personal de laboratorio que maneja muestras potencialmente contaminadas, además de los trabajadores encargados de la desinfección de superficies en locales específicos donde se mantienen relaciones sexuales de riesgo).

¿Es JYNNEOS e IMVANEX una vacuna eficaz y segura?

¿Qué efectos adversos más frecuentes tiene?

Las vacunas JYNNEOS e IMVANEX han resultado ser muy seguras. Al igual que otros medicamentos, la vacuna frente a la viruela del mono puede provocar algunas reacciones adversas. Las reacciones más frecuentes son dolor, enrojecimiento, hinchazón y picor en el lugar de la inyección. Algunas personas también refieren dolor muscular, dolor de cabeza, fatiga, náuseas y escalofríos. En cualquier caso, estos síntomas son leves, autolimitados y reversibles.

¿Cómo puedo vacunarme?

La vacuna frente al MPOX se administrará exclusivamente en la consulta de vacunaciones del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario de Navarra o del Hospital Reina Sofía de Tudela. La persona que precisa ser vacunado será citado en dichas consultas a través de su médico de Atención Primaria o de Atención Especializada.

¿Cuándo estaría contraindicado la vacuna?

No deben recibir la vacuna las personas alérgicas o que hayan sufrido previamente una reacción alérgica grave al principio activo o a alguno de los demás componentes de la vacuna o a proteínas del pollo, benzonasa, gentamicina o ciprofloxacino, que pueden estar presentes en la vacuna en cantidades muy pequeñas.

Tampoco podrían recibir la vacuna si se presentan síntomas sugestivos de padecer mpox o una enfermedad febril aguda grave o infección en el momento de la administración.

¿Puedo vacunarme si ya he pasado la infección de Mpox?

No es necesario.



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

URPA, la desconocida “Sala de despertar”



David Gutiérrez Mérida y Jesús Villar García.

MIR de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Navarra.

Nora Veiga Gil. FEA Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Navarra

La **Unidad de Recuperación Post-Anestésica**, también llamada **URPA**, es un área del hospital en la que ingresan los pacientes que han sido sometidos a una intervención quirúrgica con anestesia general, locorregional o sedación para su vigilancia durante las primeras horas tras el procedimiento. El objetivo principal de esta unidad es asegurar que los pacientes se recuperan de manera segura de los efectos residuales de la anestesia, y detectar y manejar posibles complicaciones inmediatas del procedimiento al que le han sometido.

La URPA suele encontrarse cerca de los quirófanos, dentro del área quirúrgica, y en ella trabajan una serie de profesionales sanitarios especializados en el cuidado del paciente operado, principalmente médicos anestesiólogos, enfermeras y auxiliares. Al llegar el paciente se procede a tomarle las constantes vitales y a comunicar la información pertinente entre el

personal de quirófano y el personal de la unidad (antecedentes médicos relevantes, eventos importantes durante la cirugía, problemas esperables tras la cirugía, y pautas de medicación como antibióticos o calmantes).

A través de la monitorización y exploración del paciente se obtienen datos acerca de la oxigenación, ventilación, circulación, nivel de

conciencia y temperatura entre otros. En la URPA, el paciente será reevaluado periódicamente y se le da un soporte personalizado en función de su estado clínico.

El proceso de recuperación tras la anestesia suele ser gradual y cursar sin incidencias, pero pueden aparecer complicaciones que requieran una actuación rápida por parte del personal.

Complicaciones

Es especialmente importante durante este proceso un adecuado control del dolor postoperatorio, ya que esto favorece la recuperación precoz del paciente y disminuye el riesgo de complicaciones. Para ello se pueden utilizar diversos fármacos como Paracetamol, antiinflamatorios (AINEs) u opiáceos, e incluso algunas técnicas de analgesia locorregional (bloques nerviosos o analgesia epidural, por ejemplo). Otras complicaciones muy frecuentemente observadas en la URPA son:

- Agitación
- Náuseas y vómitos
- Temblores e hipotermia
- Complicaciones respiratorias
- Complicaciones hemodinámicas

La **agitación** puede ser un síntoma de dolor, retención urinaria u otras alteraciones sistémicas en pacientes que todavía no han terminado de despertarse, por lo que se le debe prestar mucha atención, especialmente en ancianos,



niños o pacientes con algún nivel de deterioro cognitivo previo.

Las **náuseas y vómitos** constituyen la complicación más frecuente tras una anestesia general, ya sea por el tipo de cirugía, los medicamentos empleados en quirófano u otros factores de riesgo. Normalmente se administran medicamentos durante la intervención con el objetivo de prevenirla (antieméticos), pero no es rara su aparición y tratamiento en la URPA.

El **temblor postoperatorio** también es relativamente frecuente, muchas veces asociado al frío de quirófano y a algunos fármacos utilizados, y se asocia con un aumento del consumo de oxígeno y de la actividad cardíaca. Normalmente al restablecer la temperatura corporal cede sin problemas.

Las **complicaciones respiratorias** pueden ser muy variadas, entre ellas destacan:

- **Obstrucción de la vía aérea:** a veces como consecuencia de la intubación endotraqueal puede producirse edema o espasmo en la vía aérea, pero también debemos tener en cuenta la posibilidad de una reacción alérgica o simplemente la presencia de un exceso de secreciones. Es importante prestar especial atención a los pacientes sometidos a cirugías que abarquen el cuello ya que tienen riesgo de sangrado y hematoma en la zona, y esto puede comprometer la vía aérea.
- **Hipoventilación:** ocurre cuando la ventilación es ineficaz, ya sea porque es superficial o demasiado lenta. Muchas veces está relacionada con los efectos residuales de la anestesia o el uso de opioides, y desaparece progresivamente o tras administrar el antídoto pertinente.
- **Disminución de oxígeno en sangre (hipoxemia):** suele deberse a la hipoventilación o a la dificultad del oxígeno para pasar a los alvéolos del pulmón, ya sea porque están colapsados (atelectasias) u ocupados (neumonía o edema).

En cuanto a las **complicaciones circulatorias:** sobre todo se incluyen la hipo/hipertensión arterial y las alteraciones del ritmo normal del corazón (también llamadas arritmias), cuyas causas pueden ser múltiples.

El tiempo de estancia en la URPA puede ser muy variable, desde alrededor de una hora hasta varios días dependiendo de la cirugía realizada, el tipo de anestesia, los antecedentes y el estado general del paciente y la aparición de complicaciones tras la cirugía.

Para dar el alta de la URPA se deben cumplir unos criterios que confirmen un adecuado nivel de conciencia, una vía aérea libre y sin dificultad para la ventilación, signos vitales en rango y estables en el tiempo y ausencia de complicaciones quirúrgicas evidentes (como un sangrado activo). Existen algunas escalas como la escala de Aldrete Modificada o el MPADSS que nos permiten dar una puntuación según estos criterios y el estado clínico del paciente, de forma que con 9 sobre 10 puntos el paciente podría ser apto para ir a planta.

Un paciente listo para ser dado de alta teóricamente se encontraría: despierto, alerta y orientado, sin dificultades para la ventilación y con una correcta oxigenación sin soporte de oxígeno, una tensión similar a su habitual sin necesidad de medicamentos, capacidad para mover las cuatro extremidades con fuerza y de forma simétrica, ausencia de náuseas y dolor y sangrado controlados.

Estos criterios pueden ampliarse según la cirugía y el estado basal del paciente, y pueden requerir también la realización de pruebas complementarias como analíticas sanguíneas, radiografías de tórax... o interconsultas con otras especialidades. Este tipo de pruebas están a la orden del día en la URPA con el objetivo de asegurar una correcta recuperación postquirúrgica.

Como puede entenderse, la URPA es un elemento crucial en el circuito quirúrgico y una parte muy importante del hospital. Su papel es esencial para garantizar la seguridad y recuperación del paciente postquirúrgico, constituyendo el paso intermedio entre la cirugía y la planta de hospitalización o la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA).

ESCALA DE ALDRETE MODIFICADA

VARIABLES		PUNTOS
Actividad	Mueve 4 extremidades voluntariamente o antes órdenes	2
	Mueve 2 extremidades voluntariamente a antes órdenes	1
	Incapaz de mover extremidades	0
Respiración	Capaz de respirar profundamente y toser libremente	2
	Disnea o limitación a la espiración	1
	Apnea	0
Circulación	Presión arterial media < 20% del basal preanestésico	2
	Presión arterial media 20 - 49% del basal preanestésico	1
	Presión arterial media > 50% del basal preanestésico	0
Conciencia	Completamente despierto	2
	Responde a la llamada	1
	No responde	0
Saturación arterial de oxígeno	Mantiene saturación arterial de oxígeno > 92% con aire ambiental	2
	Necesita O suplementario para mantener saturación arterial de oxígeno > 90%	1
	Saturación arterial de oxígeno < 90% con oxígeno suplementario	0
	> 8 puntos se puede dar de alta al paciente de la Unidad de Recuperación Postanestésica	

solidaridad



Al-Anon/Alateen: ayuda para los familiares y amigos de personas alcohólicas

J.L.A. Miembro de Al-Anon/Alateen

Los Grupos de Ayuda Mutua de Al-Anon/Alateen son, grupos personas que sienten que el beber compulsivo de un familiar o de un amigo, está afectando al desarrollo normal de sus vidas. Sus miembros, desde un plano de igualdad, absoluto anonimato y sin carácter profesional, comparten sus experiencias, su fortaleza y su esperanza para tratar de resolver sus problemas comunes, que no son otros que, el sentirse afectados emocionalmente por la enfermedad del alcoholismo de un ser querido.

Estos Grupos se mantienen económicamente con sus propias contribuciones voluntarias y no aceptando contribuciones externas; no están aliados con ninguna secta, denominación, entidad política, organización ni institución. No entran en controversias ni buscan reemplazar el tratamiento profesional.

"Antes de llegar a los Grupos llevaba años peleando con la enfermedad del alcoholismo. Durante ese tiempo traté, en solitario, el dar con "la solución" que me permitiera acabar con el calvario en que se había convertido mi vida y la de mi familia. Había tratado por todos los medios hablar y razonar con mi enferma alcohólica de las bondades de una vida sin alcohol, por el bien de todos, y de manera especial por el suyo propio.

Durante esos años me volví una persona obsesiva tratando de tapar "mi problema" para que no trascendiese. Me volví una persona huraña, irascible, temerosa, triste y sin ganas de vivir; y por qué no decirlo, poco cuerda, ya que todo mi mundo giraba en torno al alcohol y sus consecuencias. No vivía. Nadie vivía en mi casa. Todos sobrevivíamos como podíamos.

Cuando llegué a Al-Anon comprendí que había llegado a la meta, al inicio de una nueva forma de encarar el resto de mi vida. Era un lugar de remanso, de calma, de reflexión y de esperanza. Ya no estaba solo frente al alcoholismo y sus efectos. Tenía a mi alrededor, unas personas que como yo, estaban inmersas en una realidad como la mía y me entendían como yo también las entendía a ellas. Me sentí plenamente identificado "era mi lugar".

En Al-Anon he aprendido que soy incapaz ante el alcohol. Que tengo derecho a esperar más de la vida que la mera supervivencia. He aprendido a tomar conciencia de que mi serenidad, mi sano juicio, mi paz interior y mi felicidad, no dependen de la sobriedad de otra persona. Incluso he aprendido a mostrar cariño y comprensión hacia aquellas que sufren una enfermedad como el alcoholismo y que precisamente no despierta amor.

Lo malo no es vivir con un enfermo alcohólico, lo malo es vivir como un enfermo alcohólico".

Los Grupos de Al-Anon/Alateen están presentes por toda la geografía española. Ofrecen esperanza y ayuda a los amigos y familiares de bebedores con problemas de alcoholismo. Se estima que cada alcohólico afecta la vida de por lo menos cuatro personas. El alcoholismo es verdaderamente una enfermedad familiar.

Más información: 636319713 y <https://al-anonespana.org>

Los Grupos de Familia
AL-ANON/ALATEEN
son una hermandad de familiares y amigos de alcohólicos que comparten sus experiencias, fortaleza y esperanza con el fin de encontrarle solución a su problema común. Creemos que el alcoholismo es una enfermedad de la familia, y que un cambio de actitud puede ayudar a la recuperación.

Si el alcoholismo
te envuelve
No le sigas el hilo



www.al-anonespana.org

Bailén, 161 ent. 5a. 08037 Barcelona
Tel. 93 201 21 24
info@al-anonespana.org



OFICINA DE SERVICIOS GENERALES DE LOS GRUPOS
DE FAMILIA AL-ANON / ALATEEN DE ESPAÑA (O.S.G)

GRUPO MÁS CERCANO:

Navarra tel. 636 319 713
Aragón tel. 606 849 070



Web



Instagram

Frente al sarampión información y vacunación

*Sonia Dominguez Pascual. Enfermera Familiar y Comunitaria.
Manuel Requena Parra. Facultativo Especialista de Área
Judith Chamorro Camazón. Facultativo Especialista de Área
Unidad de Vacunación. Servicio de Medicina Preventiva
Hospital Universitario de Navarra*

En el año 2017 la OMS decretó que España estaba libre de sarampión, sin embargo, desde el año 2024 se están produciendo casos con un crecimiento exponencial significativo.

En los dos primeros meses de 2025 se han diagnosticado al menos 107 casos de sarampión y se están investigando 8 brotes abiertos. Esta situación se produce por diversas razones entre las que se encuentra el rechazo a la vacunación de algunos colectivos, los casos importados a través de viajes y la disminución de las coberturas de vacunación originadas por la pandemia covid19.

¿Qué es el sarampión?

El sarampión es una enfermedad infecciosa causada por un virus del género Morbillivirus, muy contagioso, que puede encontrarse en la mucosa de la nariz y en la garganta. Tiene una transmisibilidad del 90%. En una población susceptible, no inmune, cada caso puede producir de 12 a 18 contagios.

¿Cómo se transmite?

El virus se transmite fácilmente a través del aire cuando una persona infectada habla, tose o estornuda. El virus puede vivir en el aire, donde se mantiene activo y con capacidad de contagiar al menos durante 2 horas. Las personas que no han sido vacunadas, o no han pasado la enfermedad, pueden contagiarse si tienen contacto con el virus.

¿Qué síntomas tiene?

Los primeros síntomas del sarampión incluyen afectación del estado general, fiebre alta, tos, secreción nasal, lagrimeo y conjuntivitis. Tres a cinco días después aparece un sarpullido en la cara que posteriormente se extiende por todo el cuerpo.

Los síntomas suelen comenzar a los 7-14 días desde el contacto con el virus.

¿Puede causar complicaciones graves?

Si, el sarampión puede ser grave. Las complicaciones más frecuentes son las infecciones respiratorias, especialmente neumonías, y neurológicas que incluye encefalitis aguda, y afectan principalmente a niños menores de 5 años, adultos, inmunodeprimidos y embarazadas.

Alrededor del 20% de las personas con sarampión, que no estén inmunizadas, son hospitalizadas. En algunos casos puede causar la muerte. En países en desarrollo la letalidad puede oscilar entre el 1% y el 15%.

¿Cuándo una persona con sarampión puede contagiar a otra?

Una persona enferma puede transmitir la enfermedad a otra no inmune desde 4 días antes de la aparición del exantema cutáneo a 4 días después.

¿Alguien que ha tenido sarampión puede volver a tenerlo?

No. Las personas que ya han tenido sarampión no pueden volver a enfermarse, quedan protegidos de por vida.

¿Cómo se trata la enfermedad?

No hay un tratamiento específico frente al sarampión. Se pueden administrar medicamentos para reducir los síntomas como la fiebre y el malestar general, entre otros.

¿Cómo se puede prevenir?

El sarampión es fácilmente prevenible mediante vacunación. Es fundamental la vacunación sistemática en la infancia con la vacuna triple vírica (sarampión, rubeola y parotiditis), con

la administración de una dosis a los 12 meses y otra a los 3-4 años. Tras la segunda dosis de vacuna se adquiere una protección muy alta para toda la vida. La eficacia de la vacuna triple vírica es del 97% para prevenir el sarampión.

Salvo las personas que tienen constancia de haber pasado la enfermedad y los nacidos antes de 1971, todos los demás deberían haberse vacunado con dos dosis de vacuna triple vírica, salvo contraindicación.

No es necesario recibir dosis de recuerdo de la vacuna del sarampión.

¿Hay alguna contraindicación para recibir la vacuna frente al sarampión?

La vacuna al estar fabricada a partir de virus vivos atenuados estaría contraindicada en personas inmunodeprimidas y en embarazadas. Tampoco se puede administrar en personas con antecedente de reacción alérgica a algún componente de la vacuna.

¿Es segura la vacuna frente al sarampión?

La vacuna triple vírica es una vacuna segura y eficaz. Puede tener efectos adversos, como cualquier medicamento, que en todo caso son leves y poco frecuentes. Puede aparecer fiebre moderada con o sin sarpullido, entre 5 y 15 días después de la vacunación. También, aunque raramente, se han encontrado casos de alteración transitoria de la coagulación (descenso de las plaquetas) o hinchazón de una articulación.

¿Dónde se puede recibir la vacuna?

La vacuna triple vírica está disponible, de forma gratuita, en todos los centros de salud. Si usted no sabe si está vacunado o desconoce si ha pasado la enfermedad, consulte con su médico o enfermera y ellos valorarán la necesidad de vacunación frente al sarampión.

NO OLVIDE QUE LA MEJOR MEDIDA DE PREVENCIÓN FRENTE AL SARAMPIÓN ES LA VACUNACIÓN



Si tu **negocio** está vinculado con la **salud de las personas**, te interesa anunciarte 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) y promoción 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), a los que se les envía por email el pdf de la revista.
- 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 Hospital Universitario de Navarra, en el Hospital San Juan de Dios y en 15 Centros de Salud de Pamplona.



Solicitar Tarifas Publicitarias: redaccion@zonahospitalaria.com

“Distimia: Rompiendo el Silencio de la Depresión Crónica”

María Rengel Cuevas. Enfermera de Salud Mental en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Hospital Universitario de Navarra

La **distimia**, también conocida como **trastorno depresivo persistente**, es un tipo de depresión crónica que se caracteriza por una sensación prolongada de tristeza o malestar emocional. A diferencia de los episodios depresivos mayores, donde los síntomas son más intensos, la distimia se manifiesta a través de síntomas menos graves, pero que persisten durante un período largo, generalmente al menos dos años en adultos (o un año en niños y adolescentes).

Síntomas

Las personas que padecen distimia pueden experimentar síntomas como falta de energía, insomnio o sueño excesivo, pérdida de interés en actividades, baja autoestima, dificultad para concentrarse y sentimientos de desesperanza. Aunque los síntomas no son tan intensos como en la depresión mayor, la naturaleza crónica de la distimia puede afectar de manera significativa la calidad de vida de quien la padece, interfiriendo en las relaciones personales, el rendimiento laboral o académico y la capacidad de disfrutar de la vida.

A menudo, la distimia se confunde con una personalidad pesimista o "grumpy", ya que las personas afectadas pueden parecer simplemente introvertidas o malhumoradas. Sin embargo, es importante comprender que no se trata solo de un estado de ánimo pasajero, sino de una condición médica que requiere atención profesional.

Tratamiento y cuidados

El tratamiento para la distimia suele incluir una combinación de psicoterapia, como la terapia cognitivo-conductual, y medicamentos antidepresivos, que ayudan a aliviar los síntomas y a mejorar el bienestar general. Aunque la distimia puede ser difícil de diagnosticar debido a su naturaleza persistente y sus síntomas menos evidentes, es fundamental buscar ayuda para poder tratarla de manera efectiva.

Conclusión

En resumen, la distimia es un trastorno emocional serio y duradero que afecta a muchas personas en todo el mundo. Si bien es menos visible que otros tipos de depresión, su impacto en la vida diaria es significativo, por lo que la intervención temprana y el tratamiento adecuado son clave para mejorar la calidad de vida de quienes la padecen.

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