



SUMARIO

- 2** La combinación de láser y microespuma ofrece los mejores resultados
- 3** La importancia de la rehabilitación cardiaca individualizada
- 4** Infección congénita por citomegalovirus
- 5** Cirugía de Mínima Incisión como solución para los problemas de los pies
- 6** Hernia de Hiato
- 7** No hay límite de edad para un tratamiento de implantes dentales
- 8** Fisioterapia e inducción miofascial...
- 9** Centro sociosanitario Bidealde
- 10** Cuidados paliativos: desmontando mitos y leyendas
- 12** Enfermedad de Lyme, precaución en época estival
- 13** Tratamiento de varices sin pasar por el quirófano...
- 14** Alcohol: ¿Consumo perjudicial es lo mismo que alcoholismo? Efectos...
- 15** Mira cuándo te toca/Begiratu noiz dagokizun
- 16** ¿Por qué fallan los implantes dentales?... ¿O no?
- 18** Anestesia en el paciente anciano. Parte I
- 20** Me han diagnosticado un aneurisma cerebral...
- 22** Diarrea por clostridioides difficile
- 24** La atención social de las personas con cáncer y sus familias
- 25** Control de la diabetes y su tratamiento
- 26** Masaje infantil...
- 28** Caries infantil y vitamina D
- 30** Virus del Papiloma Humano en la mujer (HPV)
- 31** Muévete/Mugitu
- 32** Tarifas de publicidad ZH navarra



EJEMPLAR GRATUITO

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



Adiós verano...

La combinación de láser y microespuma ofrece los mejores resultados



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



ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

Las varices, aparte de su componente estético, son la principal manifestación de la existencia de una insuficiencia venosa.

Si usted tiene varices, debe saber que existe la posibilidad de tratarlas de un modo muy poco invasivo y con los mejores resultados. Sin someterse a una intervención quirúrgica, sin largos períodos de recuperación, sin precisar incisiones...

Para ello, es preciso una consulta con un especialista en Angiología y Cirugía Vascular con experiencia en el tratamiento de varices mediante procedimientos no invasivos. En dicha consulta se realiza una exploración minuciosa de sus varices, y un estudio ecográfico para conocer el estado de los sistemas venosos superficial y profundo. De ese modo se puede ofrecer el mejor tratamiento a cada paciente de forma personalizada.

El objetivo principal del tratamiento es tratar la causa de las varices, que suele ser la insuficiencia de la vena safena, y de ese modo

mejorar el problema circulatorio; y, de forma secundaria, se deben tratar las varices propiamente dichas y de ese modo mejorar el aspecto estético.

Aprovechar las ventajas del láser y la microespuma

Nuestro concepto es aprovechar las ventajas del láser por su máxima efectividad en el tratamiento de los ejes safenos, y el de la microespuma para eliminar las varices por su escasa agresividad. Con ello se consiguen los mejores resultados: se soluciona el problema circulatorio y se eliminan las varices, con un tratamiento muy poco agresivo y definitivo. Las guías de la sociedad europea de cirugía vascular para el tratamiento de las enfermedades venosas recomiendan el **láser endovenoso** para el tratamiento de los ejes safenos. Esto se realiza a través de una pequeña punción y sólo con una sedación suave, por lo que el período de recuperación posterior es de unas pocas horas. Por otro lado, es habitual que, tras el tratamiento con láser del eje

safeno insuficiente, las varices involucionen y muchas de ellas lleguen a desaparecer con el tiempo, sin requerir más tratamiento. Al ser un tratamiento tan poco agresivo permite tratar las dos piernas a la vez. El paciente se va andando a las pocas horas del tratamiento, pudiendo hacer una vida prácticamente normal.

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

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



VSC

Varices Sin Cirugía



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

varicessincirugia.org

Dr. José Manuel Jiménez Arribas

**TRATAMIENTO NO INVASIVO
DE ELIMINACIÓN DE VARICES**

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

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



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

La importancia de la rehabilitación cardiaca individualizada



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

TDNClínica



¿A qué llamamos miocardiopatía?

La miocardiopatía es una enfermedad del músculo cardíaco que provoca que el corazón no funcione adecuadamente. Cada tipo de alteración del músculo cardíaco precisa un diagnóstico y un tratamiento específicos, de ahí que sea imprescindible acudir a centros especializados que dispongan de un amplio conocimiento para este tipo de enfermedades. Los síntomas de las miocardiopatías pueden variar ampliamente e incluir fatiga, debilidad, dificultad para respirar, palpitaciones, edema en las piernas y abdomen, desmayos... El diagnóstico temprano y farmacológico es fundamental, para mejorar la calidad de vida es básico realizar una rehabilitación cardíaca apta y específica para cada paciente, método que desarrolla TDN Clínica de forma multidisciplinar.

¿En qué consiste la rehabilitación cardíaca?

La rehabilitación cardíaca es un programa supervisado cuyo objetivo es mejorar la salud de las personas que han experimentado afecciones cardíacas. Este programa incluye una combinación de ejercicios personalizados, educación sobre la dieta y técnicas para el manejo del estrés. El ejercicio es crucial para la recuperación cardíaca, pero es importante que lo hagas bajo la supervisión de un profesional altamente cualificado:

- 1. Fase hospitalaria:** Se lleva a cabo de forma progresiva con el fin de obtener un nivel de actividad necesario para llevar a cabo tareas simples de autocuidado personal y movilidad en el ámbito doméstico.
- 2. Fase de rehabilitación TDN:** Se lleva a cabo en una clínica y centro de rehabilitación hospitalaria y en esta etapa es fundamental el entrenamiento físico monitorizado.



SALA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN TDN

- 3. Fase de mantenimiento:** El objetivo es mantener y progresar en los hábitos de vida cardiosaludables adquiridos durante la fase anterior.

Los objetivos de la rehabilitación cardíaca son mejorar el funcionamiento del sistema cardiovascular, la salud y la calidad de vida. Recuerda que cada persona y situación es única, por lo que es importante seguir las recomendaciones y el plan de tratamiento específico establecido por tu médico. Si tienes alguna inquietud, no dudes en comunicarte con tu equipo médico para obtener la orientación adecuada. ¡Te deseamos una pronta y completa recuperación!

*Autor: Dr. Pedro M^a Azcárate
Firma invitada: Dr. Fabrício Zambom*

CLÍNICA TDN SADENA DR. AZCÁRATE

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

SERVICIO CARDIOLOGÍA:

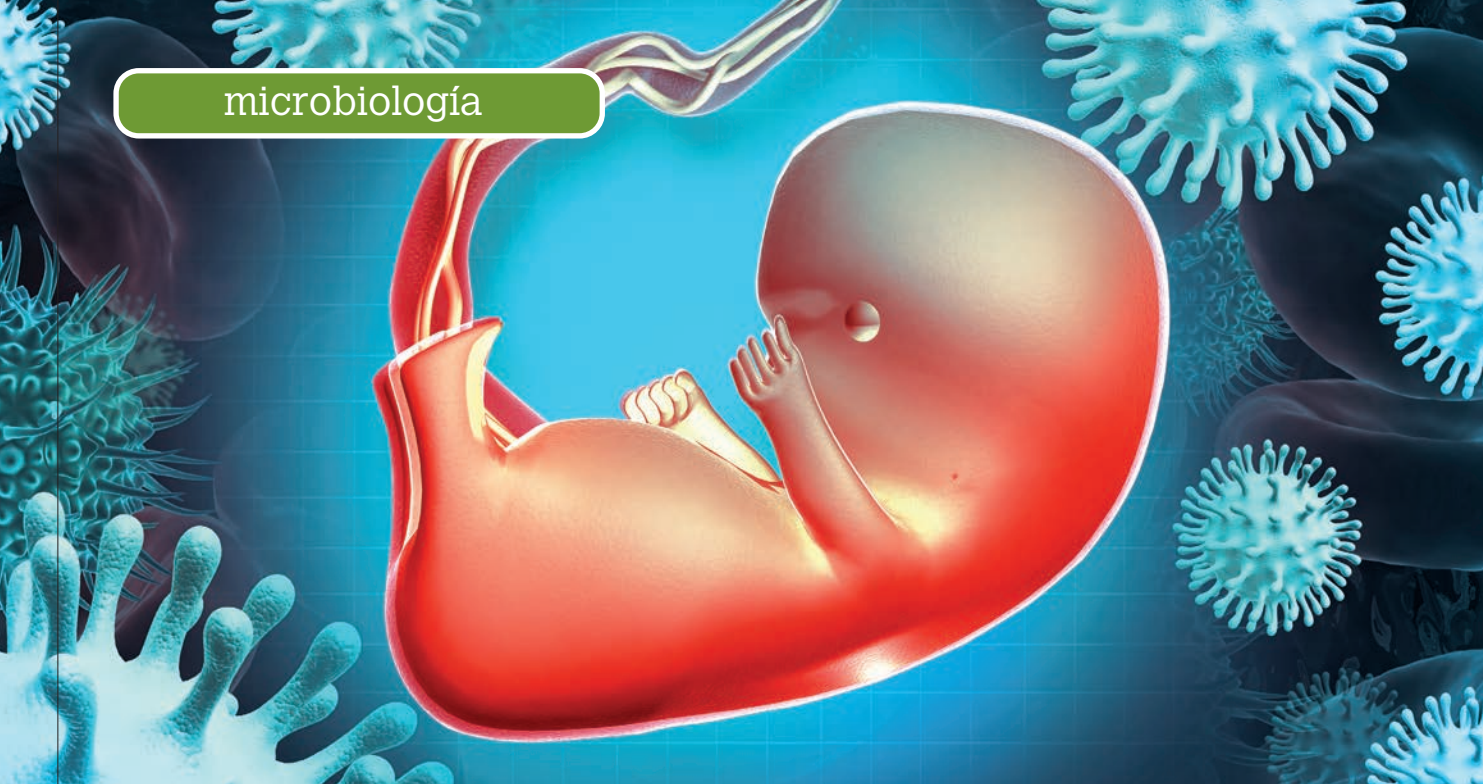
Cardiología General
Prevención Cardiovascular
Cardiología deportiva
Valvulopatías
Insuficiencia cardíaca
Cardiopatía isquémica
Arritmias
Cardiología pediátrica
Rehabilitación cardíaca

SERVICIO MEDICINA DEPORTIVA Y SALUD:

Pruebas de esfuerzo
Reconocimiento médico
aptitud deportiva
Asesoramiento en ejercicio
y enfermedades del corazón
Hipertensión
Obesidad y diabetes

SERVICIO FISIOTERAPIA:

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



Infección congénita por citomegalovirus

Iosu Razquin Olazarán. Residente 3 Servicio de Microbiología Clínica. Hospital Universitario de Navarra

Una infección congénita es el resultado del paso de la infección materna hacia el embrión o feto en gestación. La transmisión es a través de la placenta (transplacentaria o vertical) y los gérmenes implicados son virus, bacterias y parásitos.

¿Qué es el citomegalovirus?

El citomegalovirus (CMV) es un virus muy común de la familia de los herpes, como son el virus de la varicela y la mononucleosis. Este grupo de virus tiene la peculiaridad de una vez contraída la infección permanecer en nuestro organismo para siempre. La mayoría de las personas con CMV no presenta síntomas. Aproximadamente el 80% de la población adulta ha pasado la infección y por tanto tiene anticuerpos frente al virus. No obstante, en las mujeres embarazadas o en personas con un sistema inmunitario debilitado, CMV podría ser motivo de preocupación. Las mujeres que desarrollan una infección activa por CMV durante el embarazo pueden transmitir el virus a sus bebés, quienes podrían desarrollar la enfermedad.

¿Cómo se transmite?

En general, CMV puede transmitirse por contacto directo con líquidos corporales como sangre, saliva, orina, semen y leche materna. En el caso de CMV congénito, el virus se transmite a través de la placenta. La infección materna más frecuente puede ocurrir por dos mecanismos diferentes:

- Infección primaria o primoinfección: la madre contrae la enfermedad durante el embarazo por primera vez en su vida.
- Reactivación: el virus latente de una infección anterior se despierta y produce la infección.

La mayoría de los niños con CMV congénito sintomáticos se infectan cuando la madre adquiere una infección primaria o justo antes del embarazo.

¿Cuáles son los signos y síntomas en los bebés?

La mayoría de los bebés que tienen CMV congénito nacen sanos y no desarrollarán enfermedad en toda su vida. Unos pocos desarrollan algún signo con el tiempo (meses o años), como son la pérdida auditiva y el retraso en el desarrollo psicomotor.

¿Cuál es la prevalencia de la infección por CMV congénito?

Se estima que la prevalencia de CMV congénito en España es 0,5%, es decir, aproximadamente 1650 recién nacidos tienen CMV congénito. De estos, aproximadamente el 67% no tendrá ningún signo ni síntoma al nacer y permanecerá sano durante el resto de su vida. En cambio, un 20% de recién nacidos sintomáticos podrían desarrollar sordera neurosensorial y retraso psicomotor. Además, el 13% serán asintomáticos al nacer, pero desarrollarán secuelas a largo plazo (meses o años). En el peor de los desenlaces, el 0,4% de los bebés fallecerá antes o tras el nacimiento.

¿Cómo se diagnostica?

La infección por CMV congénito en el recién nacido se diagnostica detectando la presencia de CMV en muestras de orina, saliva, sangre u otros tejidos durante las primeras 2-3 semanas de vida del bebé. Solo se realizará en aquellos niños con clínica sugestiva o signos como pérdida de audición, bajo peso al nacer, crecimiento intrauterino retardado o prematuridad.

¿Cuál es el tratamiento?

Afortunadamente, la infección por CMV congénito se puede tratar. El tratamiento de elección es la utilización de fármacos antivirales como ganciclovir o valganciclovir. Este tratamiento durante 6 semanas previene la pérdida de audición progresiva en los niños con infección congénita sintomática. Este tratamiento no está recomendado en niños sin síntomas.

¿Cómo podemos prevenir el CMV congénito?

La mayoría de madres en edad fértil tiene anticuerpos IgG anti-CMV, por lo que se encuentran inmunizadas frente al CMV. La primoinfección durante el embarazo ocurre tan solo entre el 1 y 4% de las gestantes seronegativas (no tienen anticuerpos frente a CMV). En estos casos se podría evitar la infección fetal administrando suero hiperinmune (anticuerpos anti-CMV) que bloquee la transmisión transplacentaria. No está recomendada la administración de tratamiento antiviral en embarazadas por su potencial teratogénico.

Cirugía de Mínima Incisión como solución para los problemas de los pies



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

Clínica Podológica Ayesa está especializada en cirugía de mínima incisión

El dolor de los pies puede ser por varios factores, siendo los más comunes **el Juanete (Hallux Valgus), los dedos en garra, dedos en martillo, picos óseos, deformidades, etc.**

Estas patologías generan prominencias óseas que tienen lugar a deformidades en el pie. Podría parecer que solo afectan a la alineación natural y estética, también pueden resultar molestas y a veces muy dolorosas.

En cualquier caso, existen diversas técnicas para hacer esta corrección y la elección del método adecuado dependerá de factores como la gravedad de la deformidad, la calidad ósea, la edad del paciente o la presencia de enfermedades sistémicas, en la consulta el podólogo cirujano valorará cuál es la más adecuada en cada paciente, siendo así un tratamiento personalizado. En la clínica podológica Ayesa **esta consulta de valoración quirúrgica es GRATUITA.**

La cirugía del pie se realiza en régimen ambulatorio, lo que significa que no es necesario ingresar al hospital. Desde Clínica Podológica Ayesa con incisiones de 2-3 mm y anestesia local corregimos las deformidades.

Tras la intervención, se realiza un vendaje funcional que deberá llevar el paciente **durante 4-6 semanas**, esto es debido a que no se introducen placas, grapas, agujas o tornillos. Se realizan revisiones una vez a la semana junto con el cambio de vendaje para proporcionar un **control postquirúrgico.**

Tras la cirugía MIS (MINIMAL INCISION SURGERY) el paciente debe caminar utilizando un **zapato postquirúrgico especial**, seguido por zapatillas deportivas cómodas. A medida que la inflamación disminuye, se puede volver a utilizar cualquier tipo de calzado, pero es recomendable optar por calzado fisiológico que **evite punteras estrechas y tacones altos.** En muchos casos, se pueden requerir **plantillas a medida** para abordar las alteraciones biomecánicas del pie y prevenir futuras complicaciones.



JAVIER CON SU EQUIPO

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

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

VENTAJAS de la cirugía mínimamente invasiva de juanetes

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

Valoración quirúrgica gratuita

Plantillas personalizadas a medida



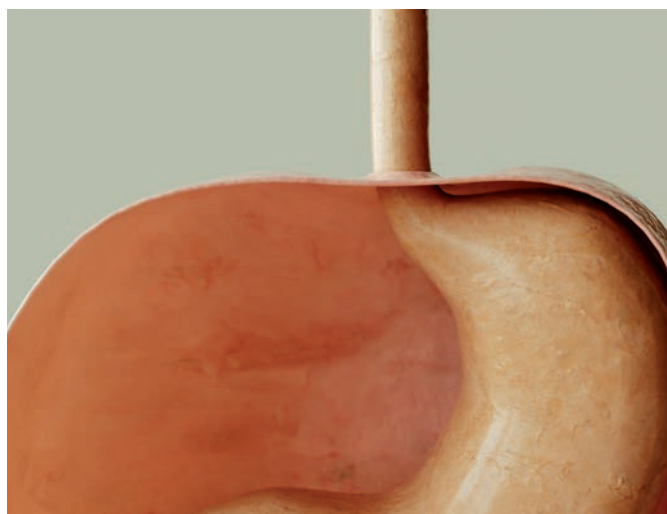
Reserva tu cita:

948 153 622

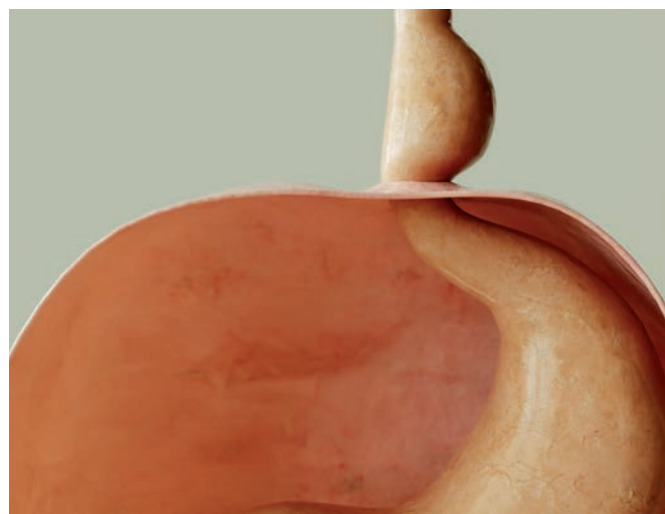
clinicaayesa@gmail.com
Av. San Ignacio, 12. Pamplona

clinicaayesa.es





ENTRADA DEL ESTÓMAGO Y DIAFRAGMA EN CONDICIONES SALUDABLES



HERNIA DE HIATO. ENTRADA AL ESTÓMAGO A TRAVÉS DEL DIAFRAGMA

Hernia de Hiato

Lorena Paul Cardiel. Médico de Familia, Centro de Salud de Tafalla.

Claudia Vera Garay. Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Universitario de Navarra

Normalmente, tenemos que conocer algunos conceptos básicos para entender el concepto de la Hernia de Hiato:

Diafragma: es el músculo que separa los órganos del tórax de los del abdomen.

Esófago: es el tubo que lleva el alimento desde la boca hasta el estómago y que pasa a través de un pequeño orificio del diafragma.

Con estos conceptos claros, podemos decir que la hernia de hiato es un desplazamiento del estómago hacia el pecho (mediastino), a través del orificio esofágico del diafragma.

¿Cuántos tipos hay?

Hay 2 tipos de hernia de hiato:

- **Deslizante o de tipo I:** Es el más común, sucede cuando la parte superior del estómago e inferior del esófago se contraen en el espacio sobre el diafragma.
- **Paraesofágica o de tipo II, III, IV:** Sucede cuando la parte superior del estómago se contrae en el espacio sobre el diafragma. Es poco común.

¿Qué síntomas da?

Generalmente no suele causar síntomas y suele ser un hallazgo incidental en estudios de imagen solicitados por otro motivo.

Sin embargo, en algunos casos, puede producir "reflujo ácido" o "reflujo gastroesofágico" y causar síntomas como:

- **Respiratorios:** ardor o sabor ácido en la garganta, dificultad para tragar, voz áspera, tos, asma bronquial.
- **Cardíaca:** dolor en el pecho.
- **Digestivos:** dolor de estómago, ardor en la boca del estómago que asciende (Enfermedad por reflujo gastroesofágico).

¿Cómo se diagnostica?

Como suele ser un hallazgo incidental en la mayoría de las ocasiones, a veces, se puede apreciar al realizar una radiografía de tórax por algún otro motivo (se puede demostrar como una masa en el mediastino posterior, por detrás del corazón con la presencia de gas (nivel hidroaéreo), o al realizarse una endoscopia por otro motivo.

Exámenes dirigidos para diagnosticarla:

- Esófago-grama con medio de contraste: es el de elección.
- Endoscopia – gastroscopia.
- Ph-metría de 24 horas.
- Manometría Esofágica.

¿Puede tener alguna complicación?

Puede producir:

- Esofagitis por reflujo.
- En las hernias grandes de tipo I pueden haber lesiones que aparecen como erosiones

lineales a nivel del hiato y son causa de anemia ferropénica.

- En las hernias tipo II, III y IV (paraesofágicas): Los síntomas de reflujo gastroesofágico son menos frecuentes en comparación con los pacientes con una hernia tipo I. La mayoría de las complicaciones de una hernia paraesofágica se deben a problemas mecánicos causados por la hernia e incluyen lo siguiente:

- Vólvulo gástrico.
- Sangrado, aunque poco frecuente, ocurre por ulceración gástrica, gastritis o erosiones dentro de la bolsa herniaria encarcelada.
- Dificultad para respirar (disnea): puede deberse a una expansión pulmonar limitada debido a que gran parte del estómago u otros órganos se hernian a través del hiato.

¿Cómo se tratan?

Se aconseja sólo en casos de que haya síntomas o complicaciones.

- **Tratamiento sintomático:** Medicamentos que se usan para el reflujo ácido: Inhibidores de la bomba de protones.
- **Tratamiento quirúrgico:** En caso de presentar una hernia paraesofágica, en casos de hernias deslizantes complicadas o con sintomatología que no mejora con el tratamiento conservador.

No hay límite de edad para un tratamiento de implantes dentales



// Existen muchas opciones quirúrgicas para alcanzar el éxito en los tratamientos de implantes, al margen de la edad



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



Aunque, por fortuna, los patrones están cambiando, todavía persiste la idea de que, según cumplimos años, determinados cuidados de nuestro aspecto físico ya no son tan necesarios. Una proporción importante de personas mayores acuden al médico con regularidad para enfermedades cuyo tratamiento es ineludible, pero no se preocupan tanto de otros apartados, como de la salud bucodental.

Se asume como algo inevitable la pérdida de dientes, que no se reponen, y se sufren algunas dificultades que pueden llegar a ser muy molestas y perturbar el día a día, como los problemas de masticación y funcionalidad, o el deterioro de la mucosa oral por el efecto de las prótesis removibles.

Por otro lado, la **estética facial** también se resiente a más velocidad de la que tendría el proceso natural de envejecimiento.

Ante estas circunstancias, predomina el conformismo. Sin embargo, tanto la experiencia propia como la evidencia científica nos muestran que es muy recomendable superar los tratamientos de carácter solo paliativo o provisional y decidirse a intervenciones duraderas y definitivas, independientemente de la edad.

Alto grado de satisfacción

Podemos afirmar que los pacientes de más de sesenta años que se someten a tratamientos avanzados de implantología y reconstrucción ósea **están muy satisfechos de decisión** porque recuperan su calidad de vida. La afirmación más habitual en muchos de estos casos es "tenía que habérmelo hecho antes".

Más allá de los condicionantes de la edad, que se tienen muy en cuenta en la fase de diagnóstico, junto con el historial médico del paciente y las posibles patologías que puedan afectar a su salud bucodental y a las intervenciones, **no hay ningún motivo para no realizar un tratamiento**. Por el contrario, existen diversas razones que lo recomiendan. La primera de ellas es que los avances en regeneración ósea, en tecnología y técnica de implantes, y en cirugía mínimamente invasiva permiten abordar una amplísima variedad de circunstancias con una **elevada tasa de éxito**.

Variadas opciones terapéuticas

Tenemos a nuestra disposición un amplio catálogo de opciones quirúrgicas, de mayor o menor alcance y coste, para resolver los problemas de pérdida de piezas dentales o menoscabo de la estructura bucodental.

Por añadidura, hemos adoptado un **enfoque integral** con el que tratamos de resolver al mismo tiempo otras patologías dentales y disfunciones en la estética facial, todo ello orientando a recuperar plenamente la salud y el aspecto natural del rostro de acuerdo con la edad del paciente.

Por otra parte, gracias al uso de las herramientas digitales de diagnóstico y planificación quirúrgica, como las que utilizamos de manera habitual en nuestra clínica desde hace años, podemos realizar las intervenciones con la mayor **precisión y predictibilidad**.

Asimismo, en la mayoría de los casos, hemos logrado reducir en lo posible el número de sesiones necesarias para un tratamiento. Y cada operación se caracteriza por preservar en lo posible el **bienestar del paciente**, tanto durante su realización como en postoperatorio. Incluso, hemos incorporado técnicas como la sedación consciente para que la persona esté totalmente tranquila, como si se sometiera a una anestesia general.

Que la edad no sea un impedimento para someterse a un tratamiento de implantes dentales. Ganará en salud y bienestar por muchos años.

Fisioterapia e inducción miofascial

Concepto de fascia y sistema fascial

Itziar Andradas Eraso, Íñigo Esquíroz Lizaaur y Belén Remón Alfaro.
Fisioterapeutas HUN

La fascia es una estructura de sostén, derivada del mesodermo, formada por fibras conjuntivas, elásticas y células. Su recorrido es continuo, envolviendo todas las estructuras somáticas y viscerales, incluyendo las meninges, formando el tejido más extenso del cuerpo.

Conecta dichas estructuras de forma tridimensional, les brinda soporte determinando su configuración y participa directamente en el movimiento corporal debido a su función biomecánica. También interviene en la expansión de fibras nerviosas y vasos linfáticos, influye en el intercambio metabólico por su relación con el metabolismo del agua y comprende una función nutritiva, relacionada con la sangre y linfa. Podemos hablar de ella como un medio de transporte entre y a través de todos los sistemas del organismo.

El sistema fascial, por lo tanto, dota al cuerpo de una estructura funcional, proporcionándole un entorno que permite que todos los sistemas corporales operen de manera integrada. La presencia de restricciones en este sistema, ya sea por exceso de tensión o distensión del mismo, afectará a la función corporal.

¿Qué es la disfunción miofascial?

Las lesiones del sistema fascial se pueden producir por cuatro razones básicas:

- Traumatismo sobre el sistema fascial (lesión directa y consecuente proceso cicatrizal).
- Sobrecarga crónica o intermitente por mantenimiento de posturas o inmovilidad prolongada.
- Proceso de acidificación permanente que genera lesiones químicas sobre el sistema.
- Dolor y miedo a realizar ciertos movimientos que puedan provocarlo.

Todo ello generará una anomalía o carencia en la respuesta estabilizadora (disfunción miofascial) que, según este enfoque, se produce previamente a la aparición de la patología.

Tratamiento en fisioterapia

Las técnicas básicas de tratamiento del síndrome miofascial tendrán por lo tanto como objetivos:

- Eliminar las restricciones del sistema
- Reestablecer el equilibrio funcional del cuerpo

Se recomienda aplicarlas antes de la realización de movilizaciones articulares, técnicas de estiramiento, técnicas de reeducación neuro-

muscular o de corrección postural. Así como, complementarlas con ejercicio terapéutico.

La aplicación de estas técnicas por parte del fisioterapeuta, se realiza en dos etapas:

1. Trabajo de planos superficiales a través de Técnicas de deslizamiento. (Deslizamiento en forma de "J", deslizamiento transverso, deslizamiento longitudinal)
2. Trabajo en planos más profundos con Técnicas sistémicas sostenidas. (Manos cruzadas, Técnicas telescópicas, Planos transversos)

Indicadas particularmente en lesiones del aparato locomotor, destacan por su efectividad en los tratamientos de:

- Algias Vertebrales
- Disfunciones de origen tendinoso
- Hombro doloroso
- Fibromialgia
- Tratamientos de recuperación postquirúrgica
- Cefaleas de origen mecánico
- Fascitis plantar
- Cicatrices postraumáticas y post quirúrgicas
- Síndrome de salida torácica
- Disfunciones de la ATM
- Whiplash



CUIDADOS ESPIRITUALES RELIGIOSOS
ZAINZTA ESPIRITTALAK-ERLJIJOSO



www.peregrinacionesnavarra.es

TURISMO RELIGIOSO CULTURAL

ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO

ESCAPADAS DE UN DÍA: embalse del Zadorra y Vitoria / Visita de unas bodegas riojanas y tarde en Logroño / San Miguel de Aralar / Zaragoza y su hermosa alfajería / Conozcamos Huesca / Tren de Larrun...

Se irán cerrando programas en nuestra página web.
Posiblemente haya una pequeña escapada al extranjero.
www.peregrinacionesnavarra.com

SERVICIO ABIERTO A TODO INTERESADO EN PARTICIPAR

**CENTRO SOCIO SANITARIO
DE CIZUR MENOR**

Bidealde

Un hogar junto al Camino

» **Unidad de
Recuperación
Física Temporal**

Estancias
temporales para
recuperación
postquirúrgica



INFORMACIÓN Y RESERVAS

T 848 463 393

infobidealde@ideainnovacion.com

www.ideainnovacion.com



**Centro sociosanitario
BIDEALDE**



**IDEA
15 AÑOS**

**PLAZAS
CONCERTADAS**

**Gobierno
de Navarra**



**Nafarroako
Gobernua**

Cuidados paliativos: desmontando mitos y leyendas

Ana Serrano Frontaura.

Médico del Equipo Hospitalario de Soporte Paliativo del HUN. Servicio de Medicina Interna del HUN.

María Ruiz Castellano.

Responsable clínico del Equipo Hospitalario de Soporte Paliativo del HUN. Servicio de Medicina Interna del HUN

Los Cuidados Paliativos son los cuidados médicos dedicados a prevenir y aliviar el sufrimiento y dar apoyo de la mejor calidad posible a las personas con una enfermedad que pone en peligro su vida, con especial énfasis en la comunicación entre profesionales y en la coordinación en base a los valores del paciente y de su familia.

Cuando pensamos en Cuidados Paliativos nos pueden venir a la cabeza palabras como muerte, sedación, dolor, sufrimiento, terminalidad o desahucio (que es un término jurídico, ni siquiera pertenece al ámbito de la medicina). Sin embargo, los profesionales que nos dedicamos a esta parte de la Medicina trabajamos ro-

deados de palabras muy distintas, como alivio, gratitud, acompañamiento, oportunidad o vida plena. Alrededor de los Cuidados Paliativos existen diversos mitos o creencias que son erróneos y están extendidos entre la población e, incluso, entre algunos profesionales del ámbito sanitario. En este artículo queremos aclarar algunos conceptos sobre los Cuidados Paliativos que nos permitan desmontar algunos de estos mitos.

1. NO Somos inmortales

- La muerte es un tabú en la sociedad actual, algo que se oculta, que les pasa a otros, no queremos saber nada de ella ni nos preparamos. Sin embargo, es una de las pocas certezas de la vida: nos pasará a todos.

- En nuestro entorno, el 80% de la población fallece por enfermedades crónicas.
- Los Cuidados Paliativos celebran la vida, intentan ensancharla (a la vez que alargarla si es posible) y entienden la muerte como algo natural.

2. Los Cuidados Paliativos NO SON SOLO para pacientes con cáncer

- Según la OMS, los Cuidados Paliativos constituyen un modo de atención que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando se enfrentan a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correcto de problemas, sean de orden físico, psicosocial o espiritual.

- La atención paliativa ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Las enfermedades crónicas no oncológicas, como son la insuficiencia cardíaca, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la demencia o la enfermedad de Parkinson, son más frecuentes en la población que todos los tipos de cáncer. Además, las personas con estas enfermedades tienen los mismos problemas o síntomas que los pacientes con cáncer, son enfermedades que se sufren durante muchos años y que generan mucha dependencia, con gran impacto en las familias. Sin embargo, son estos pacientes los que tienen mayor dificultad para acceder a un equipo de Cuidados Paliativos.

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



3. Los Cuidados Paliativos NO SON SOLO para los últimos días o semanas de vida

- Múltiples estudios realizados en los últimos años han demostrado el beneficio de una intervención precoz de Cuidados Paliativos, desde el diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal, como un cáncer avanzado o una insuficiencia cardíaca avanzada, independientemente de las semanas, meses o años de vida que queden por delante.
- Los Cuidados Paliativos precoces han demostrado conseguir un mejor control de síntomas, una mejor calidad de vida, una reducción de los niveles de ansiedad y depresión y, en algunas enfermedades, incluso mejorar la expectativa de vida.
- Nuestra intervención no debería estar determinada por criterios temporales o pronósticos, si no que debería estar basada en criterios de necesidad o complejidad. Si podemos participar en la atención del paciente desde antes, podremos detectar mejor las necesidades y tener tiempo para darles respuesta, generar un mayor vínculo con el paciente y su familia que facilite la intervención terapéutica y poder llevar a

cabo una atención más personalizada, centrada en los deseos del paciente.

4. Los Cuidados Paliativos NO SOLO tratan el dolor

- Los equipos de Cuidados Paliativos son multidisciplinares; están formados por distintos profesionales que pueden proceder del ámbito de la medicina, enfermería, trabajo social, psicología, fisioterapia, musicoterapia, terapia ocupacional... para poder dar respuesta a todas las necesidades de la persona y de su familia.
- Como las enfermedades no solo tienen repercusión en el cuerpo, los equipos de Cuidados Paliativos valoran las distintas esferas que componen a una persona, como la esfera física, la emocional o psicológica, la familiar y social y la esfera espiritual (sentimiento de sentido, creencias o trascendencia). Es fundamental conocer el sistema de valores y los deseos de los pacientes para poder actuar según su voluntad.
- Los equipos de Cuidados Paliativos ayudan a tomar decisiones, elaborar voluntades anticipadas y tener conversaciones sobre el final de la vida.
- Como dijo la doctora Cicely Saunders, fundadora de los

Cuidados Paliativos *"importas porque eres tú, hasta el último momento de tu vida"*.

5. NO TODAS las personas fallecen sedadas

- La sedación paliativa consiste en administrar fármacos que disminuyen el nivel de conciencia de una persona en sus últimos días de vida.
- La sedación paliativa se inicia cuando hay un síntoma (molestia) que no puede tratarse con un fármaco específico dirigido a ese malestar, y es necesario bajar el nivel de conciencia para aliviar el sufrimiento físico o psíquico que no ha podido controlarse de ninguna otra manera.
- Las características de la sedación paliativa son:
 - No busca la muerte si no el alivio.
 - Es proporcionada.
 - No adelanta la muerte.
 - No siempre se inicia por dolor.

6. Los Cuidados Paliativos NO SOLO se hacen en el hospital

- Los cuidados paliativos son responsabilidad de todos aquellos profesionales de la salud que, en el curso de su trabajo, atiendan a pacientes con enfermedades graves (que pongan en riesgo su

vida) o que limiten la supervivencia.

- Los Cuidados Paliativos se dan en todos los ámbitos sanitarios: el hospital (ingresados o en consultas), centros de media/larga estancia o el propio domicilio del paciente.
- Deben proporcionarse a través de servicios de salud integrados y centrados en la persona que presten especial atención a las necesidades y preferencias del individuo. El propio paciente y su familia pueden solicitar a su médico la valoración por un equipo de Cuidados Paliativos.

En conclusión, los Cuidados Paliativos son una especialidad médica interdisciplinar que se focaliza en prevenir y aliviar el sufrimiento y en conseguir la mejor calidad de vida posible para pacientes que se enfrentan a enfermedades graves y sus familias, por medio de un cuidado activo y total.

"La muerte es un misterio que nos sobrepasa, pero una parte del proceso de morir puede estar en nuestras manos, como pacientes, familias y como sociedad."



Enfermedad de Lyme, precaución en época estival

Alba Azcona Osés y Raquel Aramendía Erviti. Enfermeras del Hospital García Orcoyen. Estella

Las garrapatas son artrópodos hematófagos parasitarios que se alimentan de la sangre de algunos mamíferos y son los transmisores de diferentes enfermedades, como la enfermedad de Lyme. Existen diversos tipos de garrapatas, siendo la más frecuente en nuestro medio la *Ixodes ricinus*, transmisora de la enfermedad.

¿Qué es la enfermedad de Lyme?

Se trata de una enfermedad causada por la bacteria *Borrelia Burgdorferi* transmitida por la picadura de una garrapata infectada. Su afectación es multisistémica, siendo más frecuente en los meses de primavera y verano debido al ciclo vital de la garrapata. A día de hoy es considerada la zoonosis por artrópodos más habitual en Europa.

Signos y síntomas

La sintomatología puede estar dividida en tres estadios según su fase precoz, tardía o crónica.

Fase precoz: lo más característico es el eritema migratorio de aparición entre los 1-14 días post picadura, éste va adquiriendo un aspecto anular con distintas tonalidades. En esta fase pueden aparecer también síntomas inespecíficos (astenia, cefalea, fiebre, rigidez de nuca, mialgias...) similares a los de un cuadro vírico.

Fase tardía o precoz diseminada: aparece a las semanas o incluso meses de la picadura y suele dar sintomatología neurológica (Ej: parálisis facial) o cardíaca (Ej: bloqueos aurículo-ventriculares).

Fase crónica: aparecen manifestaciones articulares o neurológicas pasados meses o años desde el inicio de la infección. La afectación articular se da principalmente en rodillas en forma de oligoartritis intermitente con inflamación, aumento de la temperatura local y febrícula. Neurológicamente son frecuentes los síntomas de encefalopatía (trastornos en el estado de ánimo, el sueño y la memoria).

Diagnóstico

El diagnóstico puede ser complicado debido a que la sintomatología es similar a otras patologías, por lo que se hará teniendo en cuenta el antecedente de la picadura de garrapata y mediante la confirmación por pruebas de laboratorio. Un signo diagnóstico diferencial es el eritema migratorio característico y específico de la Enfermedad de Lyme.

Tratamiento

Es primordial un diagnóstico precoz para iniciar lo antes posible el tratamiento antibiótico, empleado principalmente Doxiciclina o Amoxicilina si se trata de mujeres embarazadas o niños.

Prevención

La mejor medida para no contraer la enfermedad es evitar la picadura de la garrapata mediante la prevención.

- Evitar zonas con vegetación elevada, especialmente en los meses de primavera y verano.
- Usar calzado cerrado y ropa adecuada, pantalón largo y camisetas de manga larga, así como ropas de color claro que permitirán distinguir la garrapata más fácilmente.
- Ducharse y lavar y secar su ropa a altas temperaturas después de estar al aire libre.
- Empleo de repelentes o anti-mosquitos.
- Tras estar en zonas con mayor riesgo de garrapatas examinar exhaustivamente todo el cuerpo principalmente pelo, orejas, axilas, ombligo, ingles y detrás de las rodillas.
- Precaución en el caso de animales domésticos (uso de desparasitantes, revisión de garrapatas, etc...).
- En caso de picadura, retirada de la garrapata en un periodo inferior a 48h, preferiblemente en un centro sanitario y sin el empleo de métodos caseros o tradicionales.

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

Combinación de tecnologías para mejorar los resultados



Dr. Leopoldo Fernández Alonso

Especialista en Cirugía Vascular

C/ Cataluña, 8 Bajo Trasera (Soto Lezkairu). 31006 Pamplona

www.leopoldofernandez.com

Cerca del 30% de la población navarra tiene varices 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

drleopoldofernandez@gmail.com

www.leopoldofernandez.com



GPS-C2261/1/14-NA

Alcohol: ¿Consumo perjudicial es lo mismo que alcoholismo?

Efectos sobre el cuerpo y recomendaciones

Ainara Baines García. Médico adjunto de Aparato Digestivo. Hospital Reina Sofía. Tudela

A pesar de que el alcohol está reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una droga, "sustancia que, al introducirla en el organismo, produce en el individuo modificaciones en su estado psíquico", su uso está ampliamente extendido.

Son pocas las personas que practican la abstinencia de forma habitual, la edad de inicio es cada vez menor, y entre los grupos más jóvenes predomina el consumo en forma de atracón en detrimento del consumo regular. Entre las personas que consumen alcohol, un pequeño porcentaje desarrollará alcoholismo. Este se entiende como una enfermedad física y psicoemocional que se manifiesta por una preocupación excesiva por el alcohol, pérdida de control al beber, una actitud autodestructiva en las relaciones interpersonales, y que tiene importantes efectos nocivos sobre la salud física y psíquica.

Los factores de riesgo para su desarrollo son variados, incluyendo predisponentes genéticos no bien conocidos; psicológicos, como la labilidad afectiva o la falta de habilidades de afrontamiento ante la dificultad; y ambientales, como el tipo de oferta, la disponibilidad, el precio, la presión social o la publicidad. El papel de la familia también es determinante, ya que el aprendizaje temprano de estas conductas aumenta en gran medida el riesgo de abuso (riesgo 25% mayor si se tiene una progenitor alcohólico, 50% mayor si ambos lo son).

¿Cómo saber si mi consumo de alcohol es perjudicial?

Para estratificar el consumo de alcohol, éste se estandariza según los gramos ingeridos. El consumo se considera de riesgo en hombres si supera los 40 gramos de alcohol diario o los 280 gramos semanales, mientras que en mujeres lo es si supera los 20 gramos de alcohol diario o los 170 gramos semanales. Como cálculo aproximado, 10 gramos de alcohol equivalen a una cerveza o un vaso pequeño de vino. Un combinado ("cubata") equivaldría a 20 gramos.

¿Significa eso que soy alcohólico?

El practicar un consumo perjudicial de alco-

hol tiene incontables efectos nocivos sobre la salud, pero no implica necesariamente padecer alcoholismo. Para ello se considera que debe existir dependencia, definida como un estado de malestar físico y psicológico que aparece al cesar o disminuir determinado consumo o conducta, y que deriva en que la persona lo mantenga a pesar de los efectos evidentes sobre la salud y su entorno.

Existen distintos cuestionarios que evalúan el grado de dependencia al alcohol. El más sencillo consta de 4 preguntas y funciona como un cribado que puede poner de manifiesto problemas de dependencia:

1. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?
2. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?

Grosso modo, a mayor número de respuestas afirmativas se infiere un mayor grado de dependencia, aunque el diagnóstico de certeza debe realizarse por un profesional.

¿Qué efectos tiene el alcohol sobre el cuerpo?

El alcohol tiene múltiples efectos nocivos sobre el organismo, más allá de la esfera psicossocial. Entre los más importantes destacan los accidentes cardiovasculares (principal causa de muerte no accidental relacionada con el alcohol), la enfermedad hepática, la demencia precoz, y el riesgo aumentado de numerosos tipos de cáncer. En conjunto, es responsable del 6% de las muertes en Europa. La afectación hepática, en forma de cirrosis y cáncer, es uno de sus efectos más conocidos. La cirrosis es el estadio más avanzado de la enfermedad del hígado, donde las células sanas son sustituidas por "cicatrices" que impiden su funcionamiento. Esto conlleva importantes complicaciones y una drástica disminución de la esperanza de vida.

El riesgo de desarrollar enfermedad hepática por alcohol depende de la edad de inicio del consumo, la cantidad consumida, el género (el sexo femenino tiene más riesgo de desarrollar

complicaciones a igualdad de consumo), o la presencia de otros factores predisponentes como factores genéticos, obesidad, diabetes, tabaquismo, enfermedades autoinmunes o consumo de fármacos. Sus síntomas son muy variados y se manifiestan en estadios tardíos de la enfermedad. Por ello, las actuaciones deben dirigirse hacia la prevención y a la detección de estadios precoces, con el fin de evitar su progresión.

Afortunadamente, salvo en estadios muy avanzados, la abstinencia de alcohol puede revertir el daño y reducir significativamente la probabilidad de complicaciones. En otras palabras, nunca es tarde para dejar de beber. Llevar una dieta equilibrada evitando el exceso de grasas y azúcares, realizar ejercicio físico diario, y evitar el consumo de tóxicos, fármacos sin indicación médica o productos de herbolario son otras medidas que podemos llevar a cabo para reducir el riesgo.

¿Cómo puedo reducir o cesar el consumo?

Es muy importante saber que, cuando el nivel de dependencia es alto, el cese del consumo de alcohol no es tarea fácil. Al contrario de lo que pueda considerarse socialmente, las adicciones no son causa de la ausencia de fuerza de voluntad, sino que implican múltiples esferas que deben atenderse de forma conjunta por un profesional. Además, en el caso concreto del alcohol, el síndrome de abstinencia (síntomas psicológicos y físicos como temblor, sudoración, náuseas, malestar, insomnio o irritabilidad que aparecen al cesar o reducir el consumo) puede ser grave e incluso llegar a causar la muerte, por lo que en casos de consumo importante la desintoxicación debe realizarse bajo supervisión médica.

Como suele decirse popularmente, el primer paso es reconocer el problema, y el segundo, buscar el respaldo de un profesional. Figuras como los médicos de Atención Primaria pueden representar un primer eslabón en el proceso, ampliando la red posteriormente a psicólogos, psiquiatras y grupos de apoyo (familia, entorno social, o asociaciones como Alcohólicos Anónimos) que proporcionan un soporte inigualable en esta tarea.

Mira cuándo te toca

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ
DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO

Begiratu noiz dagokizun

UMETOKI-LEPOKO MINBIZIA
GARAIZ DETEKTATZEKO PROGRAMA



BEATRIZ
53 AÑOS URTE



IZASKUN
64 AÑOS URTE



CHAIMAE
38 AÑOS URTE



OLIVIA
40 AÑOS URTE

Si tienes **35, 40, 45, 50, 55, 60 o 65** años, toca mirarte.
El cáncer de cuello de útero se puede prevenir. **Mírate, cuídate.**

35, 40, 45, 50, 55, 60 edo **65** urte badituzu, begiratzeko unea da.
Umetoki-lepoko minbizinari aurea har dakiok. **Begiratu. Zaindu.**

cancercuelloutero.navarra.es
#Cada5AñosMírate



umetokilepokominbizia.nafarroa.eus
#5UrteroBegiratu





¿Por qué fallan los implantes dentales?... ¿O no?

Comunicación Edificio Policlínica Artica

sannas
DENTOFACIAL

Es un hecho, los implantes dentales son, desde hace muchos años una solución al problema del edentulismo o falta de dientes, pero también sabemos que pueden fallar o "enfermar" con cierta frecuencia.

La falta de un adecuado soporte óseo, un mal diseño de la prótesis que irá sobre los implantes, la carga masticatoria temprana o la falta de calidad de los tejidos que rodean los implantes, son algunas de las principales causas de la pérdida de los implantes dentales.



Lo más importante a la hora de colocar los implantes es un adecuado estudio previo de las condiciones de salud general del paciente, incluyendo los niveles de vitamina D, los triglicéridos, y por supuesto de las condiciones específicas, en este caso óseas. Esto último lo logramos mediante imágenes de CBCT (es un tipo de escaneo denominado como tomografía computarizada de haz cónico) que nos aportan información en 3D de la cantidad y calidad óseas, además de que nos permiten tener en cuenta algunas consideraciones como: planificar la mejor localización del implante, una técnica quirúrgica poco agresiva y el uso de materiales que ayuden a la regeneración de los tejidos (PRGF plasma) sabiendo que tienen sus limitaciones.

sannas
DENTOFACIAL

CENTRO DE REHABILITACIÓN ORAL

TRABAJO INTERDISCIPLINAR CON LABORATORIO
EXPERTOS EN CASOS COMPLEJOS



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

ODONTOLOGÍA HOSPITALARIA

ARO (Alto Rendimiento Odontológico)

IMPLANTOLOGÍA

BRUXISMO Y DOLOR OROFACIAL

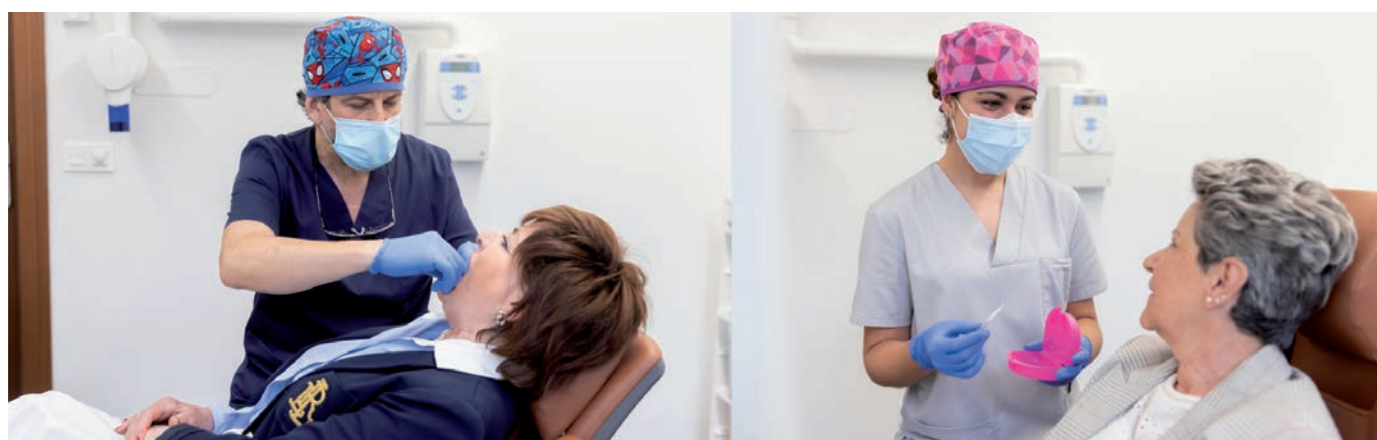
UNIDAD DEL SUEÑO

PERIODONCIA

ORTODONCIA

CIRUGÍA MAXILOFACIAL

ODONTOPEDIATRÍA



Los implantes también pueden "enfermar" con procesos como la periimplantitis, o pérdida de soporte óseo, o también con la inflamación de los tejidos que están alrededor de los implantes que pueden llevar a la llamada mucositis periimplantaria, y que en general afectan a la salud de los implantes, entre otras patologías.

Aunque la implantología dental lleva más de 40/50 años, cada día se van conociendo más detalles sobre la oseointegración.

La oseointegración, es la forma en la que el implante se une al hueso en los llamados "tejidos duros" (óseos). Además, conocemos mucho más acerca de cómo los "tejidos blandos" (las encías) juegan un papel de gran relevancia en la conservación y salud de los implantes a medio-largo plazo.

La encía que rodea el implante, debe ser gruesa y debe estar adherida a la superficie de la prótesis (diente o muela), que va atornillada al implante. Esto es de vital importancia porque esta encía adherida ejerce de barrera protectora contra los posibles traumas, como por ejemplo, el cepillado agresivo. Asimismo, evita que la superficie del implante (las "roscas") queden expuestas, y si esto sucede, lo que puede ocurrir es que las bacterias de la boca "colonizen" esa superficie, contaminándola e iniciando el proceso de pérdida de tejidos blandos o duros que rodean el implante.

En Sannas Dentofacial trabajamos para ofrecer los máximos criterios de calidad utilizando todos los recursos que nos puedan llevar al éxito de los tratamientos. **"Hacemos las cosas pequeñas de forma grandiosa"**



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



Anestesia en el paciente anciano. Parte I

Alejandra Pola Jiménez y Lucía Serrano Vélez de Mendizábal. Médicos Internos Residentes de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Navarra.

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

El envejecimiento es una experiencia única y personal, influenciada por una cantidad enorme de factores, tanto genéticos como de calidad de vida. Es difícil definir que un paciente es mayor/geriátrico/anciano, aunque se suele utilizar como corte la edad de 65 años, sin embargo, muchos debaten si la edad fisiológica de los diferentes sistemas orgánicos puede ser más apropiada que la propia edad cronológica.

Las mejoras en las condiciones de atención médica y sanitaria han aumentado la esperanza de vida a nivel mundial. Este incremento en la longevidad de la población trae como consecuencia un crecimiento en el número de los pacientes ancianos que son sometidos a procedimientos invasivos o cirugías que requieren anestesia. Se estima que la mitad de los pacientes ancianos se someterán a alguna cirugía a lo largo de su vida.

¿Qué es la fragilidad?

La fragilidad es un declive de múltiples sistemas corporales y normalmente se asocia a

otros síndromes geriátricos como las caídas y fracturas, delirium y demencia, así como mayor probabilidad de complicaciones tanto durante la cirugía, como después. Entre los factores que se asocian a la fragilidad destacan una edad avanzada, niveles educativos más bajos, depresión, tabaquismo, discapacidad intelectual, apoyo familiar deficiente y estratos socioeconómicos más bajos. Los marcadores de fragilidad son la pérdida de peso, debilidad muscular, disminución del nivel de actividad y la experiencia subjetiva de agotamiento con actividad diarias rutinarias.

¿Está aumentado el riesgo anestésico en el paciente anciano?

Como es lógico pensar, el riesgo anestésico en un anciano es mayor que el de una persona joven. Se debe principalmente a que, a pesar de que el rendimiento basal de la mayoría de órganos no cambia, la reserva funcional y la capacidad para compensar un estrés, como el que supone una cirugía, están disminuidos. Sin embargo, dada la diversidad de este grupo de población, resulta sumamente difícil predecir la magnitud de los cambios fisiológicos asociados a la edad de un individuo concreto.

¿Qué es la "reserva funcional"?

La reserva funcional se puede definir como la diferencia entre los niveles basales de función de un órgano y los niveles máximos que se pueden alcanzar como consecuencia del estrés quirúrgico, es decir, el "margen" que tienen los órganos de soportar una situación de estrés, como por ejemplo una intervención quirúrgica.

¿Cómo se refleja esta disminución de la reserva funcional y capacidad para responder al estrés quirúrgico en los diferentes órganos?

Sistema cardiovascular: la hipertensión arterial y la arterioesclerosis son muy frecuentes en este grupo de edad, provocando que las arterias sean menos distensibles y que se adapten peor a los cambios en el volumen de sangre de los pacientes, impidiendo que les llegue sangre de forma adecuada.

Sistema pulmonar: la disminución de la capacidad de la caja torácica para cambiar de tamaño, obliga a aumentar el trabajo respiratorio en estos pacientes. En muchas ocasiones es necesario oxígeno su-

plementario, para evitar complicaciones. Además la incidencia de apnea obstructiva del sueño (SAOS) aumenta con la edad.

Sistema renal: la sangre que llega a los riñones está disminuida y por ello su capacidad para eliminar algunos fármacos y diluir o concentrar la orina.

Sistema digestivo: el retraso en el vaciamiento gástrico y la dificultad para tragar alimentos es más frecuente, con el riesgo aumentado de que parte del contenido alimentario puede pasar a los pulmones y que se complique con una neumonía.

Sistema nervioso: los pacientes de edad avanzada presentan una mayor sensibilidad a los efectos sedantes de los anestésicos, por lo que requieren menos dosis que una persona joven, y habitualmente requieren más tiempo para despertar.

Sistema osteomuscular: la artrosis degenerativa limita los movimientos de estos pacientes. Es importante prestar atención a la postura que adoptan los pacientes en quirófano ya que se pueden provocar fracturas, compresiones nerviosas y luxaciones.

¿Cuáles son las intervenciones más frecuentes en este grupo de edad?

La cirugía más frecuente es la intervención de catarata en el caso de las cirugías programadas, mientras que de las urgentes es la fractura de cadera. Además son muy frecuentes procedimientos endoscópicos como colonoscopias y gastroscopias (que se suelen realizar con sedación).

¿Qué tipo de anestesia es más adecuada en estos pacientes?

El tipo de anestesia depende de la cirugía que se vaya a realizar y del tipo de paciente. En este caso, en pacientes ancianos, no se ha demostrado que la anestesia general sea mejor o peor que la regional en la mayoría de los procedimientos. Por lo tanto, será el anestesiólogo junto con el paciente, los que consensuen el plan anestésico que mejor se adapte a las necesidades tanto del paciente como de la cirugía propuesta.

¿Pueden realizarse cirugías de forma ambulatoria, es decir sin ingreso, en pacientes ancianos?

El ingreso de los pacientes ancianos aumenta el riesgo del llamado delirio postoperatorio o trastorno cognitivo postoperatorio, que

consiste en un deterioro global de las funciones superiores que puede conllevar un aumento del tiempo de ingreso del paciente o de la mortalidad asociada al procedimiento. Además, la separación del anciano de su medio habitual y la llegada a un nuevo ambiente, puede perjudicarles. Es por lo referido anteriormente que estos pacientes son candidatos, e incluso es preferible, realizar las cirugías en régimen ambulatorio. Si bien es cierto, se debe de individualizar tanto por el tipo de cirugía como por el tipo de paciente.

Como conclusión, debemos recordar que el aumento de la esperanza de vida actual supone un reto tanto para el anestesiólogo como para el sistema sanitario. La respuesta al estrés quirúrgico dependerá mucho del tipo de intervención y del estado de salud previo del paciente anciano. En cuanto a la mejor técnica anestésica, siempre es mejor individualizar, valorando cada caso según el tipo de cirugía y la reserva funcional del paciente.



Platos elaborados con productos de temporada que podrás degustar en el **restaurante, la terraza, la cafetería y el salón.** (Con cocina permanente).

Cerrado domingos

Menús
Menú Especial
Cartas

Raciones
Pintxos
Bodega

Irungalrea 6 | 31008 Pamplona | T. 948 272 731 | www.restauranteobas.com

Hospital Universitario de Navarra

| restauranteobas@gmail.com



Me han diagnosticado un aneurisma cerebral de forma incidental y ¿ahora qué hago?

Susana Cilveti Jimeno y Julia Benedit Fernández. Enfermeras de consulta de Neurocirugía. Consultas externas Príncipe de Viana

María del Mar Castle Ramírez. Adjunta Neurocirujana del HUN.

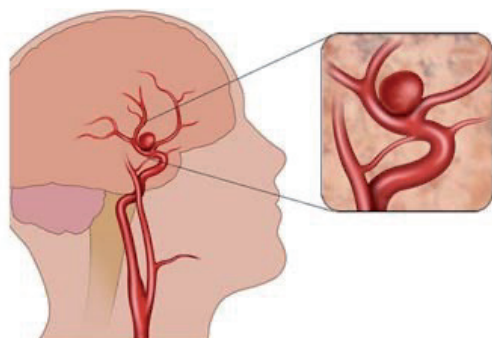
Rodrigo Ortega Martínez. Adjunto Neurocirugía del HUN

Desde el servicio de Enfermería especializada de Neurocirugía le guiamos paso a paso en el proceso.

¿Qué es un aneurisma?

Un aneurisma es una dilatación en la pared de una arteria, puede ser congénito o desarrollarse en el tiempo. Su formación se ha relacionado con la fuerza que el flujo sanguíneo ejerce generalmente en los puntos de ramificación de las arterias cerebrales debilitando la pared arterial a ese nivel, aunque también existen otras causas menos frecuentes.

Aneurisma Cerebral



¿Qué riesgo de rotura tiene?

No todos los pacientes con un aneurisma incidental tienen el mismo riesgo de hemorragia, por lo tanto, debemos estimar el riesgo

de rotura a lo largo de la esperanza de vida del paciente y compararlo con el riesgo de las distintas opciones terapéuticas para poder recomendar la mejor opción.

La rotura que puede resultar es una hemorragia subaracnoidea, (hemorragia en la zona comprendida entre el cerebro y la aracnoides), aunque también puede producir otros sangrados intracraneales; una clase de ictus con consecuencias graves para la salud del paciente.

El objetivo de esta guía es incluir al paciente en el proceso de toma de decisiones proporcionándole información sobre la condición que se le ha diagnosticado y compartiendo el modelo de toma de decisiones que se lleva a cabo en el Comité de Patología Vascular del Hospital Universitario de Navarra.

ITINERARIO

Primero: CONSULTA ESPECIALIZADA

Si le han diagnosticado un aneurisma cerebral le citarán en una consulta, en el servicio de Neurocirugía o Neurología. Muy probablemente se trata de un hallazgo incidental, objetivado durante el estudio por otra patología.

Segundo: ARTERIOGRAFÍA

Se solicitará una prueba diagnóstica llamada Arteriografía que consiste en la inyección de contraste tras colocar un catéter en una arteria, generalmente en la ingle o en el brazo, el catéter se guía cuidadosamente hasta las arterias de su cerebro bajo la guía de imágenes de rayos X en tiempo real.

La Arteriografía la realiza el servicio de Radiología Intervencionista en el Angiógrafo y proporciona información detallada de su aneurisma como por ejemplo localización, tamaño, etc. Información necesaria para la toma de decisiones.

Para la realización de la Arteriografía, es necesario un día de ingreso hospitalario.

Desde la consulta de Neurocirugía le llamaremos para darle la fecha del ingreso.

Ingresará el mismo día de la Arteriografía en ayunas, acompañado y con una analítica de sangre reciente que le habremos solicitado previamente.

Durante el ingreso tendrá una vigilancia estrecha de:

1. Valoración neurológica: apertura ocular, respuesta motora, reflejos pupilares y corneales y patrón respiratorio.
2. Constantes vitales: tensión arterial, pulso, saturación de O₂ en sangre.
3. Punto de punción: Vigilancia de signos de sangrado o hematoma.
4. Pulsos distales: del lado de la punción.

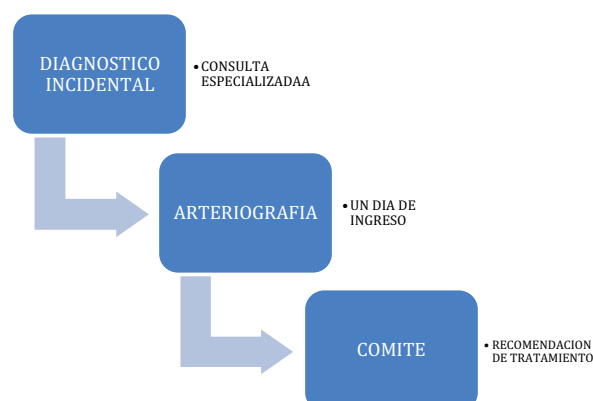
Al alta le seguiremos guiando con una serie de recomendaciones que le entregaremos.



Tercero: COMITÉ

Un comité de especialistas en Neurocirugía, Neurorradiología Intervencionista, Neurología, UCI y Anestesia se reunirán para valorar el riesgo de rotura

de su aneurisma, que dependerá de varios factores y compararán el riesgo de rotura VS el riesgo del procedimiento terapéutico y las complicaciones del mismo. Por lo tanto, esta decisión se tomará de forma individualizada y no siempre resulta fácil.



Cuarto: RECOMENDACIÓN DE ACTUACIÓN

Tras la valoración por el comité se le recomendará:

1. Observación: lo que significa un seguimiento con un intervalo de tiempo determinado mediante una prueba de imagen que usualmente será una Angioresonancia magnética (ARM)

2. Tratamiento endovascular: que llevará a cabo por el servicio de Radiología Intervencionista mediante el acceso al aneurisma a través de un catéter que se introduce en una arteria de la ingle o del brazo. Una vez que el catéter está en la posición deseada se utilizan diferentes técnicas para tratar el aneurisma.

3. Tratamiento quirúrgico: por parte del servicio de Neurocirugía quienes, mediante técnicas microquirúrgicas, pondrán un clip en la base del aneurisma para cerrarlo y excluirlo de la circulación

4. Cada opción tiene sus riesgos y ventajas que le explicará su médico referente.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR: EMBOLIZACIÓN

Para el tratamiento del aneurisma mediante Embolización, es necesario pasar por la consulta de Neurocirugía, Anestesia y Radiología Intervencionista, siendo este último el profesional que le va a explicar más detalladamente en que consiste el procedimiento

Para la valoración por Anestesia, le facilitaremos desde la consulta de Neurocirugía los preoperatorios y la cita.

Ingresa el mismo día de la Embolización a la mañana, en ayunas y acompañado.

Después de la Embolización: Pasará 1 día en URPA y estará 1 ó 2 días más ingresado.

En todo momento, se mantendrá una monitorización estrecha.

Pasado un mes de la Embolización será citado en consulta de Neurocirugía para hablar de los siguientes pasos a seguir.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: CIRUGÍA

Una vez decidida la cirugía, se solicitará valoración por la consulta de Anestesia. Le facilitaremos desde la consulta todo lo necesario para los preoperatorios.

Ingresa el día anterior a la cirugía. Después del quirófano pasará en la sala de despertar al menos 24 horas y posteriormente pasará a la planta de Neurocirugía donde, según evolución, permanecerá unos días ingresado.

Quinto: SEGUIMIENTO SEGÚN LA DECISIÓN

1. OBSERVACIÓN

Se solicitará una ARM anual para verificar que su aneurisma permanezca estable y excluido de la circulación. El tiempo de seguimiento será determinado por el propio comportamiento del aneurisma.

2. EMBOLIZACIÓN

Dependiendo del método utilizado por el servicio de Radiología Intervencionista, se le hará una Arteriografía cerebral pasados los 6 meses de la Embolización y posteriormente tendrá un seguimiento anual mediante ARM. El tiempo de seguimiento dependerá de varios factores, pero no será menor a 5 años.

3. CIRUGÍA

Seguimiento tras Clipaje de aneurisma: Pasado un mes aproximadamente de la cirugía se hará una Arteriografía para comprobar que el aneurisma está excluido completamente de la circulación cerebral. En caso de que sea esa la situación, es probable que no precise de un seguimiento muy prolongado.



CUIDADOS ENFERMERÍA EN CRANEOTOMÍA

Al alta de la cirugía vendrá a la consulta de enfermería de Neurocirugía para el seguimiento de la herida quirúrgica.

Se le darán recomendaciones precisas para el cuidado y seguimiento de la herida. Se valorará la retirada de las grapas de sutura y de sus cuidados.



Médicos y Profesional Sanitario

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

Nº caracteres: www.zonahospitalaria.com/colaboraciones

Enviar artículos a: redaccion@zonahospitalaria.com

Diarrea por clostridioides difficile

Dra. M^a Jesús Igúzquiza Pellejero, Dra. Adriana Ger Buil y Dra. Susana Clemos Matamoros.
FEA Medicina Interna Hospital Reina Sofía. Tudela.
Dra. Tina Herrero Jordán FEA Neumología Hospital Reina Sofía. Tudela

La infección provocada por la bacteria clostridioides difficile (ICD), previamente conocida como clostridium difficile, es en la actualidad la primera causa de diarreas asociada a los cuidados sanitarios en los países occidentales.

Esta infección también es conocida popularmente como diarrea postantibióticos, dado que frecuentemente se produce tras la toma de los mismos. Aunque conviene destacar que no todas las diarreas que aparecen tras la toma de antibióticos se deben a una ICD, ni todas las infecciones por esta bacteria se producen en relación a la toma de antibióticos.

Clostridioides difficile se trata de una bacteria anaerobia de distribución universal. La podemos encontrar en el medio ambiente, tanto en la tierra como en agua que ha sido previamente contaminada por heces de animales o humanos infectados. Dentro de los mecanismos con los que cuenta esta bacteria para causar la ICD, fundamentalmente encontramos dos, como son la producción de:

- Esporas que son resistentes al calor, al ácido del estómago y a muchos antibióticos; por ello, pueden permanecer largos periodos de tiempo en distintas superficies de materiales o corporales como, por ejemplo, las manos sin no se realiza una higiene adecuada.
- Toxinas que son las responsables de producir la inflamación y las lesiones en la mucosa del colon que causan la diarrea característica de la enfermedad.

¿Cómo se produce la transmisión?

La transmisión a los humanos se produce mediante la ingestión de esporas procedentes del medio ambiente por medio de alimentos contaminados o por el contacto con personas infectadas. Pero a pesar de que no resulta difícil entrar en contacto con este germen, no todos los individuos que lo hacen desarrollan la infección. Existen alrededor de 4-14% de pacientes colonizados por esta bacteria que no llegan a desarrollarla, pero sí pueden transmitirla a personas vulnerables; son los llamados portadores asintomáticos. Este porcentaje puede aumentar hasta el 20% en personas mayores de 65 años y en población hospitali-

zada, debido al aumento de transmisión desde el entorno hospitalario.

Para evitar el desarrollo de la infección el principal aliado del que disponemos es nuestra microbiota fecal, que se compone de aproximadamente cien billones de microorganismos beneficiosos que viven en nuestro intestino. Por ello, desde hace algún tiempo esta tomando una mayor importancia el cuidado de la microbiota; por sus funciones beneficiosas como la producción de nutrientes, protección frente a determinadas infecciones y refuerzo para nuestro sistema inmunitario. Aunque por el contrario, también existen múltiples factores que nos hacen susceptibles a la ICD, como son:

- Las estancias hospitalarias prolongadas.
- Edad avanzada.
- La presencia de enfermedades graves.
- La alteración del sistema inmunitario.
- La exposición a un personas infectado.
- Uso de determinados fármacos como los antibióticos o los inhibidores de la secreción gástrica.



La presentación clínica puede ir desde formas leves consistentes fundamentalmente en diarrea acuosa que puede desaparecer en un corto periodo de tiempo hasta episodios graves que ocurren en menos del 5% de las personas infectadas. Los principales síntomas que nos tiene que hacer sospechar son:

- Malestar general.
- Dolor abdominal.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Deposiciones líquidas o semilíquidas.
- Fiebre.

Complicaciones

Dentro de las complicaciones que se pueden encontrar, la más frecuente es la recurrencia. Aproximadamente en una cuarta parte de los pacientes reaparecen los síntomas en los siguientes dos meses tras la mejoría clínica y haber completado el tratamiento de manera correcta. Provocando una mayor dificultad en el manejo de la enfermedad, con aumento de la gravedad y la mortalidad, así como el empeoramiento en la calidad de vida de estos pacientes.

El diagnóstico debe realizarse mediante técnicas microbiológicas que permitan el aislamiento de la bacteria y/o la detección de sus toxinas. Para ello, se requiere una única muestra de heces de características diarreicas en pacientes que se encuentran con alguno de los síntomas previamente descritos. Resulta importante destacar que los test pueden resultar positivos largo tiempo tras recibir el tratamiento adecuado, por lo que no se recomienda repetirlos para comprobar la curación.

Tratamiento

Respecto al tratamiento, en los últimos años se ha presentado una importante implementación con el uso de nuevos fármacos. En los casos leves en muchas ocasiones con la realización de una serie de medidas generales puede ser suficiente en una proporción de los casos para obtener la curación. Estas medidas consisten en:

- Realizar una adecuada reposición hidroelectrolítica para evitar la deshidratación y sus complicaciones.
- Retirar aquellos fármacos que enlentecen la motilidad intestinal, dado que esto disminuye la eliminación de las bacterias. Este grupo de fármacos está formado principalmente por los antidiarreicos (loperamida) y los opiáceos.
- Retirar los antibióticos, los antiácidos o los inmunosupresores, siempre que sea posible.

En aquellos casos en los que con estas medidas no sea suficiente se deberá iniciar un tratamiento con antibióticos dirigidos contra esta bacteria específicamente. Actualmente, los más recomendados son la vancomicina y la

fidaxomicina, por el contrario, el metronidazol que hace unos años era ampliamente usado ha quedado relegado a un segundo plano.

Al igual que con las novedades en el tratamiento antibiótico, han surgido otros tratamientos como apoyo al manejo de la ICD, dado el alto índice de recidiva y gravedad que puede presentar esta enfermedad en pacientes vulnerables con varios factores de riesgo. Entre ellos encontramos:

- Bezlotoxumab, un anticuerpo monoclonal administrado de manera intravenosa en dosis única para pacientes con alto riesgo de presentar una recidiva, y por tanto, mayor riesgo

de presentar una enfermedad grave y con alta tasa de complicaciones.

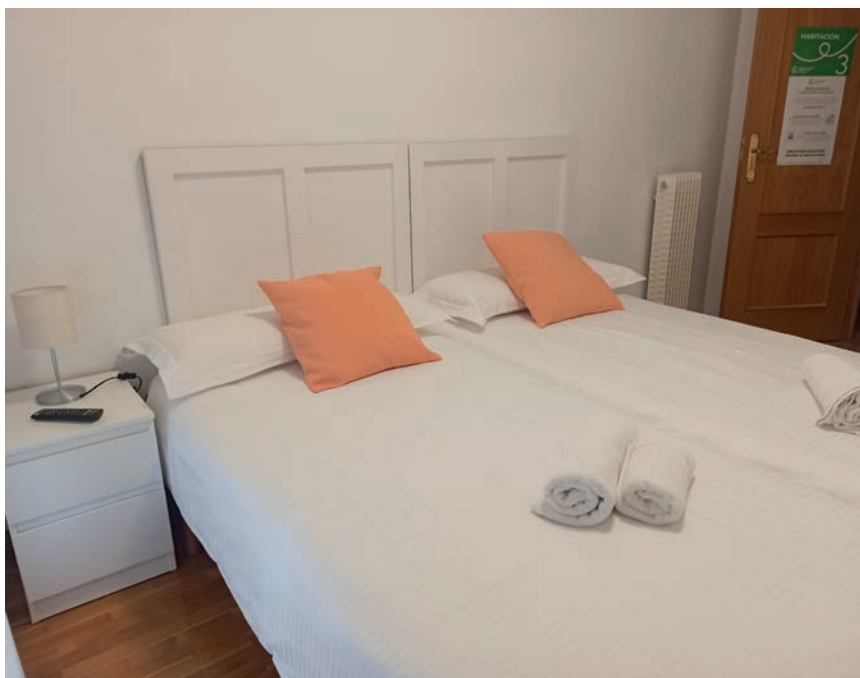
- Trasplante fecal que consiste en la infusión de heces de un donante sano al tubo digestivo de un paciente. Inicialmente no causó una buena acogida, pero se ha ido mejorado su seguridad y su manera de administración que ha pasado de hacerlo mediante enema o sonda nasogástrica a poder disponer de preparados en cápsulas orales en la actualidad. Este tratamiento, -aunque altamente efectivo con una tasa de éxito mayor al 90%- , no está todavía ampliamente expandido su uso, debido en parte a las dificultades que aún existen tanto para la selección del donante, el procesamiento de las muestras o su posterior administración.

¿Cómo prevenir su propagación?

Por último, ante esta infección conviene aplicar del mismo modo medidas para prevenir su propagación. En el ámbito hospitalario es necesario el aislamiento en una habitación individual, para evitar su extensión al resto de los pacientes. Otra medida importante es la detección de manera precoz de los casos, para iniciar cuanto antes el tratamiento adecuado y así evitar su propagación persona a persona.

En todos los ámbitos, es necesaria una buena higiene de manos con agua y jabón para evitar el contagio en el contacto con personas enfermas, teniendo en cuenta que los geles hidroalcológicos no son efectivos contra esta bacteria en concreto. Así como el realizar una limpieza cuidadosa con desinfectantes como la lejía para eliminarla de las distintas superficies.

La atención social de las personas con cáncer y sus familias



Maite Díaz y Eva Roque. Trabajadoras sociales de la Asociación Española Contra el Cáncer en Navarra

Cuando el cáncer irrumpe en la vida de una persona y su familia, hay muchas áreas que se ven afectadas.

No sólo se dan cambios a nivel sanitario y emocional, sino que también se producen a nivel social, familiar, laboral, económico, en la imagen personal y en el ocio y tiempo libre, entre otros.

Para atender todos esos cambios, en la Asociación Española Contra el Cáncer de Navarra contamos desde hace 10 años con un servicio de atención social que acompaña a las personas con cáncer y a sus familias a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, siendo un pilar de apoyo e informando y orientando sobre todos los recursos disponibles.

¿Cómo podemos ayudar a las personas con cáncer y a sus familias?

Desde la Asociación Española Contra el Cáncer ofrecemos una atención gratuita y personalizada para ayudar a afrontar los cambios y las situaciones de dificultad que estén atravesando los pacientes con cáncer y sus familias como consecuencia de la enfermedad. Informamos y orientamos sobre los diferentes recursos existentes y ayudamos a gestionar aquéllos que son los más adecuados para cada persona y su situación personal. Además, contamos con una serie de recursos propios para ayudar a afrontar todos esos cambios y cubrir las necesidades que tengan como consecuencia de la enfermedad, con el objetivo de generar bienestar y mejorar la calidad de vida de los pacientes y su familia. Porque ante

el diagnóstico de esta enfermedad, es normal que aparezcan una serie de dificultades y que en ocasiones no se cuente con los recursos personales y familiares, o éstos no sean suficientes, para hacerles frente.

Los recursos con los que cuenta la Asociación Española contra el Cáncer en Navarra son:

1. Para atender los cambios que se producen en la imagen personal y ayudar a las personas a verse bien, ganar confianza y mejorar el bienestar emocional, contamos con:
 - Entrega de prótesis iniciales de mama y sujetadores protésicos.
 - Préstamo de pelucas y pañuelos oncológicos.
2. Para atender las situaciones de limitación de la autonomía y dependencia, y facilitar a las familias el cuidado y la adecuada atención del paciente en su propio domicilio, contamos con:
 - Préstamo de materiales ortoprotésicos compuesto por sillas de ruedas, andadores, camas articuladas, colchones y cojines antiescaras, sillas de baño y grúas, entre otros.

3. Para atender la necesidad de alojamiento temporal durante las hospitalizaciones derivadas de la enfermedad y los tratamientos oncológicos, contamos con:

- Dos pisos de acogida temporal compartidos, en los que acogemos a personas de diferentes localidades de Navarra, Con el objetivo de reducir los desplazamientos frecuentes, el coste económico y desgaste físico que estos suponen.

4. Para atender el impacto económico que produce esta enfermedad y cubrir las necesidades económicas de las personas más vulnerables y sus familias, contamos con:

- Un programa de ayudas económicas para garantizar la cobertura de las necesidades más básicas durante el proceso oncológico y mejorar, en la medida de lo posible, los efectos negativos de la enfermedad.
- Servicio de asesoramiento jurídico laboral.

5. Para prevenir y paliar las situaciones de soledad y aislamiento no deseado que se dan como consecuencia del cambio en las relaciones sociales y el estilo de vida, y facilitar el descanso físico y emocional de las personas cuidadoras, contamos con:

- Un programa de acompañamiento a través de personas voluntarias.
- Talleres de bienestar: Yoga, meditación, manualidades, tejer, etc.

En definitiva, trabajamos para conseguir el máximo bienestar y mejorar la calidad de vida de las personas enfermas de cáncer y la de sus familiares.

Control de la diabetes y su tratamiento

Dra. Marta García Mouriz.
Servicio de Endocrinología y Nutrición.
Hospital Universitario de Navarra



MONITORIZACIÓN DE LA GLUCOSA

Lograr un adecuado control del nivel de glucosa en sangre es fundamental para evitar las complicaciones a largo plazo. Pero no solo eso, sino que también es básico controlar los demás factores de riesgo cardiovascular sobre todo Hipertensión, hiperlipemia, evitar tabaco y la obesidad.

El control de la glucosa se evalúa mediante la medición de HbA1c, (hemoglobina glicada) que refleja el promedio de glucosa en sangre a lo largo de aproximadamente 3 meses. Esta prueba tiene un fuerte valor predictivo de complicaciones de la diabetes. Por ello se deben hacer determinaciones rutinarias en todas las personas con diabetes, en la evaluación inicial y como parte de la asistencia continuada, para ver si se han alcanzado los objetivos glucémicos. En la mayoría de las personas con diabetes el objetivo de HbA1c es menor de 7%.

En ese control es importante en algunas personas la monitorización continua de glucosa, mediante un sensor subcutáneo, que permite ver los niveles de glucosa de forma continua y con ello ajustes en el tratamiento. Mediante la descarga de los datos acumulados en este sistema podemos evaluar el Tiempo en rango (TER o TIR por sus iniciales en inglés) y el IGG (Indicador de Gestión de glucosa). El objetivo de TER habitualmente es 70 a 180 mg/dl. Y el IGG es un marcador indirecto de la HbA1c.

Los objetivos de control glucémico deben individualizarse en función de las características del paciente o de la enfermedad:

- duración de la enfermedad
- esperanza de vida
- comorbilidades importantes
- complicaciones vasculares establecidas
- riesgos potencialmente asociados con hipoglucemias y otros efectos adversos de los fármacos

- preferencias del paciente
- recursos y sistemas de apoyo

El principal factor que limita el control de la diabetes es la hipoglucemia. Se define como una concentración de glucosa en sangre menor de 70mg/dl. Los síntomas de hipoglucemia incluyen, entre otros, temblores, irritabilidad, confusión, taquicardia y hambre, pero algunas personas con diabetes pierden la capacidad de detectarla, lo que puede dar lugar a situaciones de gravedad. La prevención de la hipoglucemia es un elemento fundamental del manejo de la diabetes.

Tratamiento de la diabetes

Diabetes tipo 1

Como la característica fundamental de la diabetes tipo 1 es una función nula o casi nula de las células beta del páncreas, el tratamiento con insulina resulta esencial para las personas afectadas por esta enfermedad. Esta debe administrarse mediante múltiples inyecciones diarias o con dispositivos de infusión subcutánea continua de insulina (bombas de insulina). El objetivo del tratamiento es disminuir la HbA1c y de este modo evitar complicaciones a largo plazo.

Las pautas de reposición de insulina suelen consistir en una insulina basal, de duración prolongada, con perfiles de actividad planos y constantes a lo largo del día y una insulina rápida para cubrir la elevación de glucosa que produce la comida.

En todos los casos el principal factor que limita el tratamiento es la hipoglucemia a la que nos hemos referido anteriormente.

Diabetes tipo 2

En la base del tratamiento de la Diabetes tipo 2 están los hábitos de vida saludables, dirigidos a una alimentación sana y ejercicio físico regular, así como una educación diabetológica que permita el autocontrol de la enfermedad en lo posible. El control del

peso es un componente fundamental en la mayoría de las personas.

El tratamiento farmacológico suele ser escalonado y debe estar guiado por las comorbilidades cardiovasculares y renales, la eficacia, el riesgo de hipoglucemia, el efecto sobre el peso corporal, el coste y la facilidad de acceso, el riesgo de efectos secundarios y las preferencias de cada persona.

Dentro de los tratamientos farmacológicos destaca la metformina que suele ser la primera elección porque es eficaz, segura, económica y puede disminuir el riesgo de acontecimientos cardiovasculares y muerte. Para muchas personas la diabetes tipo 2 es una enfermedad progresiva y para mantener los objetivos glucémicos se necesita una terapia combinada. Entre los grupos farmacológicos a asociar destacan los siguientes:

- **Análogos de GLP-1.** Alta eficacia en disminuir la glucemia y control del peso. Pueden ser subcutáneos u orales (semaglutida). Tienen también beneficio sobre el riñón. Su efecto sobre la pérdida de peso ha provocado que se haya producido desabastecimiento de varios de ellos en el mercado. Próximamente saldrá al mercado un análogo GLP-1 GIP: tirzepatida, más eficaz que los previos sobre el control de la glucemia y el peso

- **i-SGLT2 (Glucosúricos):** tienen beneficios, además del control de la glucosa, en protección cardiovascular y renal, de tal forma que se están indicando en otras patologías en personas sin diabetes. También producen una pérdida de peso aunque más moderada.

Finalmente, en el tratamiento de la diabetes tipo 2 es frecuente que debamos recurrir a la insulina, cuando la progresión de la enfermedad supera el efecto de otros fármacos.

Masaje infantil, manos que acompañan

Montserrat Port Gimeno. Matrona CASYR Ermitagaña/Zizur.

Para más información sígueme en :



@matronando

Para vivir necesitamos ser reconocidos por nuestro entorno, por nuestras figuras de apego, las personas que están más cerca, la madre, el padre y la familia, que nos miren a los ojos, nos comuniquen ternura y compañía.

Esta necesidad es mucho más importante en los primeros años de vida, tan importante como respirar o comer.

Innumerables estudios han demostrado que en las sociedades en las que los niños y niñas son cogidos en brazos frecuentemente, amantados, acunados y reciben masajes, son luego adultos menos agresivos, más cooperadores y compasivos.

El tacto es el primer lenguaje. La piel de la criatura recién nacida tiene una sensibilidad inimaginable.

Es el primer sentido que se desarrolla en el útero. El tacto ocupa toda nuestra piel, a través del tacto reconocemos el mundo, al otro, a nosotros mismos, descubrimos lo que nos rodea. Nutrirnos a través del tacto, de la mirada, la conexión con la persona, y la sonrisa para crecer y vivir más saludables.

El vínculo y el apego son objetivos principales a la hora de masajear a nuestros hijos. Una manera de conectar con los niños y con nosotros mismos.

"Nada más profundo que la piel"—Paul Valery

Las primeras horas, los primeros días. Si nos preguntamos dónde y desde cuándo se practica el masaje infantil, sabemos que el bebé es masajeado desde la concepción, dentro del útero por las contracciones uterinas y las caricias de las madres en su abdomen. También la mayoría de las madres cuando nace su criatura, la abrazan e instintivamente la acarician y masajean.

Beneficios del masaje en el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas

El masaje infantil es una manera natural de comunicarse, un encuentro cariñoso entre las madres y recién nacidos desde que la vida empieza.

Se trata de tocar, casi acariciar a la criatura suavemente, lentamente, presionando ligeramente a lo largo del cuerpo. Todas las criaturas se benefician del masaje, especialmente aquellas que nacen prematuras, de bajo peso o con alguna necesidad especial.

Los beneficios del masaje infantil alcanzan a niñas y niños, madres y padres.

Los investigadores han encontrado que el masaje infantil mejora la circulación, induce el sueño, fortalece el sistema inmunológico, promueve la conciencia del propio cuerpo, tonifica los músculos, hace más flexible las articulaciones, ayuda en la depresión pos-parto de la madre, fortalece el vínculo entre padre e

hijos y favorece un mejor conocimiento sobre la criatura.

Permite reforzar el vínculo que se estableció en el embarazo.

Le ayuda a relacionarse mejor con las distintas partes de su cuerpo, a conocerlo y a disfrutar de relaciones sanas con el mundo exterior. También es beneficioso cuando hay cólicos del lactante, cuando empieza la dentición y sobretodo es un tiempo de compartir y aprendizaje entre quien lo recibe y quien lo hace.

Cómo y cuándo realizar el masaje

El masaje Infantil crece con el bebé, los primeros días será suficiente con acariciarlo durante unos minutos al día para que sienta el contacto que recordará de su etapa intrauterina, a las dos semanas iremos aumentando el tiempo, siempre teniendo en cuenta las necesidades y el deseo de la criatura, nunca realizaremos el masaje si está intranquila, después de comer o si la persona que da el masaje está cansada, con prisas, etc...Transmitimos como estamos. Si estamos nerviosas, transmitiremos nerviosismo, si estamos tranquilas y con paz compartiremos esta paz y tranquilidad a la criatura, así quesi hay prisas, mejor dejarlo para mañana !!!!

Buscaremos un espacio tranquilo y acogedor, con una temperatura agradable.



Generalmente se suele hacer después de un baño y aprovechando que la piel está húmeda usaremos un poco de aceite para bebés, de caléndula u otro para que las manos se deslicen fácilmente.

Luego observaremos a la criatura para ver cual es su estado de ánimo. Como hemos dicho anteriormente, si está cansado, tiene hambre o sueño, no es un buen momento para establecer la relación e intercambio que nos proporciona el masaje, es mejor dejarlo para el momento en el que veamos al bebé, tranquilo, sonriente, y en busca de interacción.

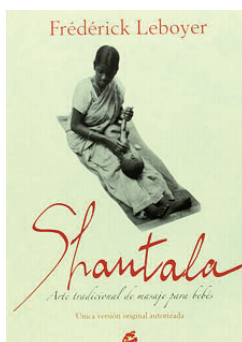
Si encontramos al bebé sonriente y tranquilo le miraremos a los ojos y nos frotaremos las manos para que sepa que estamos preparadas para regalarle un masaje, le pediremos permiso con nuestra mirada y empezaremos el masaje desde el conocimiento y la intuición.

El masaje es Intuitivo e instintivo.

Técnicas de Masaje

Uno de las técnicas más utilizados en el Masaje Shantala, masaje terapéutico de origen hindú que se basa en la presión suave y los movimientos descendentes lentos, el objetivo es la relación pero también posee múltiples

beneficios físicos y emocionales, potenciando lo vínculos afectivos y el apego entre el niño/a y sus cuidadoras.



Shantala es el nombre dado en Occidente a la técnica de masaje para bebés usada desde hace miles de años en la India. El Dr. Frederick Leboyer, médico, ginecólogo y obstetra

francés, fue conocido inicialmente por su labor en favor de los derechos de los bebés promoviendo el parto sin violencia. En 1974 publicó el libro "Nacimiento sin Violencia".

El Dr. Frederik Leboyer en uno de sus viajes a India, contempló a una mamá mientras masajeaba a su bebé en la calle de manera natural

y se quedó impactado y maravillado frente a esta práctica. El nombre de esta mujer era Shantala y de ahí el nombre de esta técnica hoy reconocida internacionalmente bajo este nombre.

Shantala es un arte milenario, el arte de ofrecer nutrición emocional al bebé a través de nuestras manos, proporciona afecto y bienestar tanto a quien lo recibe como a quien lo da.

En la India, así como en otras culturas orientales, se ha mantenido a través de los años, fue en los años 70 que se introdujo en Europa gracias al Dr. Frederik Leboyer, y en Estados Unidos por Vimala McClure, ambos escriben libros sobre el masaje infantil. Leboyer es más puro, manteniendo la esencia de la India, INTUICION, hacia afuera para liberar tensiones, empiezan por el torax, donde reside el alma. Vimala incorpora elementos del masaje sueco, hacia adentro, para favorecer el retorno venoso.

Pero lo importante es el deseo de transmitir a nuestras criaturas todos los beneficios del masaje con nuestras **Manos que Acompañan con el Contacto con Tacto y sobretodo desde el Corazón !!!**

¿QUÉ NECESITAS?
¿UN CAFÉ?
¿COMER ALGO?

¿comida para llevar? ¿un bocadillo, un sandwich, un refresco, desconectar un momento, comer, cenar, desayunar, almorzar o merendar?, ¿te apetece una ensalada? ¿o te vendría bien un momento dulce, o eres más de salado?

5 Moments
ARCASA

CAFETERIAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA ESTAMOS MUY CERCA DE TI



Caries infantil y vitamina D

Teodoro Durá Travé

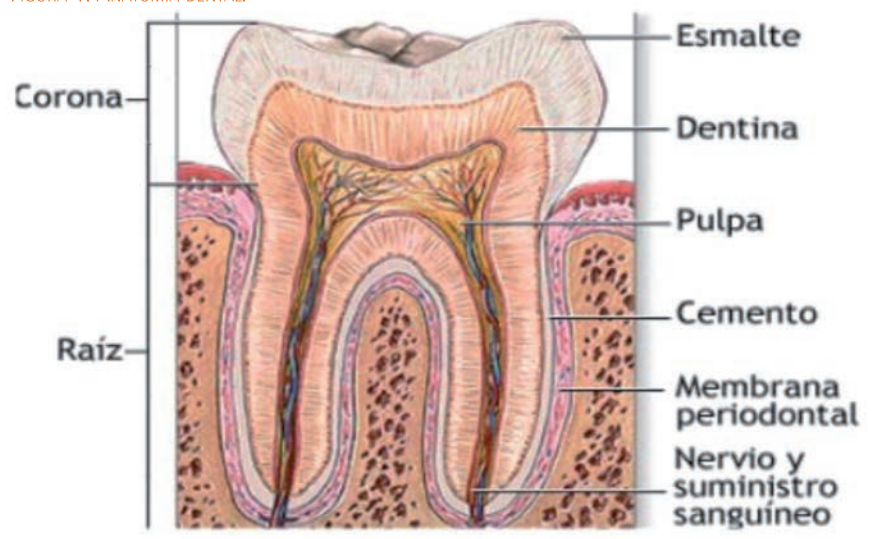
Profesor de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra

La caries dental es una de las enfermedades de mayor prevalencia en la edad pediátrica, extendida por todo el mundo sin distinción de raza o género. La caries dental se caracteriza por la destrucción de los tejidos calcificados del diente (esmalte y dentina), y clásicamente está considerada como una afección multifactorial relacionada con una colonización bacteriana precoz, así como con malos hábitos alimentarios (alto consumo de azúcares refinados) y/o una deficiente higiene oral (deficiente cepillado dental con dentífricos fluorados).

La dentina es el tejido que conforma la mayor parte del diente, el cual está cubierto en la porción coronal (porción visible de la pieza dental) por el esmalte. La pulpa dental localizada en el interior de las piezas dentales (cavidad pulpar) contiene el conjunto de vasos sanguíneos y nervios (figura 1). El 97% del esmalte dental y el 70% de la dentina de los dientes están compuestos por cristales de fosfato cálcico (hidroxiapatita), siendo el esmalte el tejido orgánico más duro lo que posibilita su acción fisiológica de la masticación.

La caries dental ha sido considerada como una enfermedad infecciosa -transmisible-causada por la acción de microorganismos que inte-

FIGURA 1. ANATOMÍA DENTAL.



gran la placa dental adherida a la superficie de las piezas dentales. Por tanto, su colonización por bacterias cariogénas (*Streptococcus mutans*, *Lactobacillus*, etc.) constituiría un factor de riesgo sustancial. La metabolización de azúcares fermentables dietéticos, especialmente sacarosa y lactosa, por parte del microbiota oral da lugar a ácidos orgánicos (ácido láctico), y ante un grado de acidez crítico en la cavidad oral ($\text{pH} < 5,5$) tiene lugar la disolución de la hidroxiapatita del esmalte con liberación de sus componentes minerales

(calcio y fósforo) y, en consecuencia, se produce una desmineralización y/o porosidad del esmalte, lo que permite a los ácidos difundirse más profundamente evolucionando hacia la formación de cavidades. La caries se manifiesta con lesiones normalmente progresivas que, si no se tratan, aumentarán de tamaño, llegando a afectar a la pulpa dentaria, y dando como resultado inflamación, dolor y finalmente, pérdida de piezas dentales, e incluso propagación de la infección extradentariamente (figura 2).

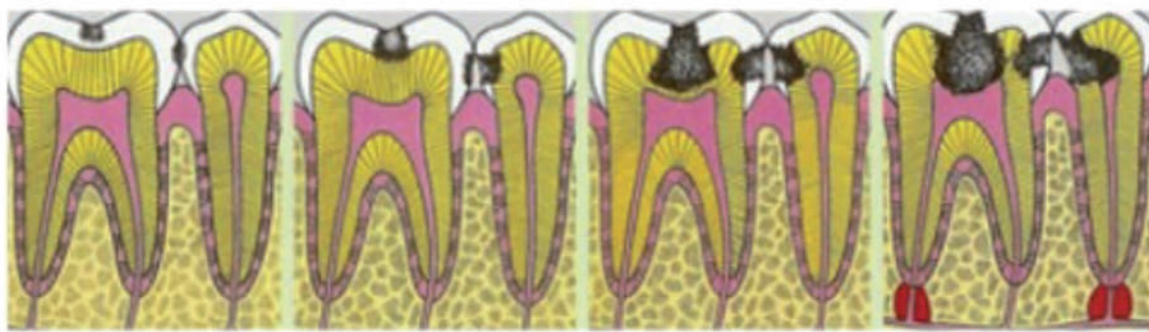


Figura 2. Esquema evolutivo de la caries dental

La saliva desempeña un papel protector natural frente a la caries ya que el flujo salivar, por una parte, facilita la dilución y eliminación de los azúcares fermentables ingeridos; y por otra, presenta una capacidad neutralizadora (efecto tampón) del grado de acidez en la cavidad oral y, en consecuencia, disminuye el potencial cariígeno de las bacterias de la placa dental.

Efecto protector de la vitamina D

Clásicamente los efectos biológicos de la vitamina D habían sido relacionados casi de manera exclusiva con el metabolismo óseo. Sin embargo, actualmente es conocido que la mayoría de las células del organismo -incluyendo los odontoblastos (formadores de dentina), ameloblastos (formadores de esmalte) y glándulas salivales- contienen receptores de vitamina D, y que la unión de la vitamina D con su receptor modula la expresión de numerosos genes codificantes (aproximadamente el 5-10% del genoma humano) relacionados no solo con el metabolismo mineral sino también con la proliferación y diferenciación celular y la regulación del sistema inmune (efectos genómicos).

La asociación entre la caries infantil y la deficiencia de vitamina D -considerados actualmente ambos como problemas sanitarios de ámbito mundial- ha sido corroborado por numerosos autores desde que Mellanby y Patyson, en 1928, fueron pioneros en poner en evidencia dicha relación y comprobar como la suplementación oral y/o dietética con vitamina D disminuía el riesgo de caries.

El papel de la vitamina D como factor protector de la caries dental se explicaría mediante distintos mecanismos:

a/ Hipoplasia del esmalte (mineralización deficiente). La vitamina D modula la expresión de diferentes genes que codifican proteínas estructurales (efecto genómico) que intervienen en el proceso embriológico de la formación de los dientes (odontogénesis), regulando la actividad de los ameloblastos y odontoblastos, así como la aposición intrauterina de calcio y fósforo (mineralización). De hecho, la deficiencia de vitamina D en la madre gestante condiciona los procesos intrauterinos de la odontogénesis dando lugar a fenómenos hipoplásicos (mineralización deficiente del esmalte) y, en consecuencia, incrementando el riesgo postnatal de caries precoz infantil.

b/ Efecto antibacteriano. La vitamina D impulsa por vía genómica la síntesis en la mucosa oral de distintos péptidos antimicrobianos (catelicidina, 2-defensina, etc.) con propiedades antimicrobianas de amplio espectro, incluidas las bacterias de la cavidad oral (inmunidad innata). De hecho, diversos estudios clínicos han comprobado, por un lado, que la concentración de catelicidina en saliva en pacientes con deficiencia de vitamina D es significativamente menor respecto a pacientes con un estatus de vitamina D normal y; por otro lado, que los niveles de catelicidina salivar son significativamente inferiores en pacientes con caries dental en comparación con pacientes libres de caries. Es decir, la optimización de los niveles orgánicos de vitamina D podrían contribuir a mejorar la

defensa antibacteriana innata y/o resistencia frente a la caries.

c/ Flujo salivar. Estudios experimentales han comprobado como la deficiencia de vitamina D se acompaña de una disminución significativa en la cantidad y calidad del flujo salivar (por vía genómica). Es decir, por una parte, al disminuir el flujo salivar también lo haría su efecto tampón frente al grado de acidez en la cavidad oral y, en consecuencia, se reduciría su papel protector frente a la caries. Por otra, el flujo salivar es el vehículo natural de los minerales necesarios para una continuada remineralización dental, existiendo una correlación entre los niveles sanguíneos y la concentración de calcio y fósforo disueltos en la saliva. Por tanto, una deficiencia de vitamina D conllevaría una reducción significativa de minerales en la saliva, siendo ésta ineficaz para propiciar la remineralización y, en consecuencia, incrementándose el riesgo de la aparición de caries tanto en la dentición primaria como permanente

Conclusión

Obviamente, sin prescindir de las medidas preventivas establecidas (reducir la cantidad y frecuencia del consumo de azúcares refinados y concebir la higiene oral como algo rutinario y necesario mediante el cepillado dental con pasta fluorada después de cada ingesta), junto a revisiones odontológicas periódicas; el control y, en su caso, la optimización de los niveles plasmáticos de vitamina D, tanto en la madre gestante como a lo largo de la edad pediátrica, podría constituir una medida eficaz en la prevención de la caries infantil.



Médicos y Profesional Sanitario

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

Nº caracteres: www.zonahospitalaria.com/colaboraciones

Enviar artículos a: redaccion@zonahospitalaria.com

Virus del Papiloma Humano en la mujer (HPV)



M^a José Asiain Urrizola, Rosario Pérez Portilla, Cristian Aguirre Pérez, Natalia Romero Aldave y Eva Valencia Caminos.

TCAE en Hospital Universitario de Navarra

El virus del papiloma humano (VPH) es un grupo de virus relacionados entre sí. Causa verrugas en diferentes partes del cuerpo. Hay una variedad de más de 200 tipos. Cerca de una cuarta parte de ellos afectan a los genitales. Este virus se propaga a través del contacto sexual con una persona infectada, o se puede propagar a través de otro contacto íntimo de piel a piel. Algunos de ellos pueden poner a la persona infectada en riesgo de desarrollar un cáncer.

Existen dos categorías de VPH de transmisión sexual. El VPH de bajo riesgo puede causar verrugas en o alrededor de los genitales, el ano, la boca o la garganta. El VPH de alto riesgo puede causar varios tipos de cáncer :

- cáncer de cuello uterino
- cáncer de pene
- cáncer de vulva
- cáncer de vagina
- cáncer de boca o de garganta

Estas infecciones por VPH suelen desaparecer por sí solas y no causan cáncer. Cuando una infección por VPH de alto riesgo dura muchos años, puede provocar cambios en las células. Si estos cambios no son tratados, pueden empeorar con el tiempo y pueden desarrollar cáncer.

¿Quién está en riesgo de contraer infecciones por VPH?

Casi todas las personas sexualmente activas se infectan con el VPH poco después de iniciar su

vida sexual. Estas infecciones por VPH son muy comunes. De hecho, es la infección de transmisión sexual más frecuente a nivel mundial. Cualquier persona sexualmente activa que tenga contacto genital (con o sin penetración) con otra persona infectada por el VPH puede contagiarse de dicho virus.

El virus que permanece latente (inactivo) podría reactivarse años después, por lo que el hallazgo de la presencia del VPH en el tracto genital en un momento dado no nos permitiría establecer el momento exacto de la adquisición del VPH ni la persona que lo ha transmitido.

¿Cómo se diagnostican las infecciones por VPH?

Para poder realizar el estudio del VPH y de las lesiones ocasionadas por éste se podrán realizar las siguientes pruebas:

- **Citología:** prueba que consiste en la toma de una muestra de las células que recubren la superficie del cuello del útero y parte del canal endocervical mediante un cepillo. Estas células serán enviadas a analizar. Se deberá tomar la muestra en ausencia del período menstrual.
- **Colposcopia:** exploración microscópica del cervix mediante el uso de unas tinciones (acético al 3% y lugol) que permiten la visualización de las lesiones premalignas.
- **Biopsia cervical:** si en la colposcopia se evidencian zonas sugestivas de presencia de lesiones premalignas, se puede tomar una biopsia de dichas áreas.

¿Cómo se pueden prevenir las infecciones por VPH?

El uso correcto de los condones de látex reduce en gran medida, aunque no elimina por completo, el riesgo de contraer o propagar el VPH. Sin embargo, el VPH puede infectar zonas que el condón no cubre, de modo que los condones pueden no ofrecer una protección total contra el VPH.

Las vacunas pueden proteger contra varios tipos de VPH, incluyendo algunas que pueden causar cáncer. Las vacunas brindan la mayor protección cuando se aplican antes de exponerse al virus. Esto significa que es mejor que se apliquen antes de que se vuelvan sexualmente activas.

¿Quién se debe vacunar?

- Los niños y las niñas de 11 ó 12 años.
- Recomendado para los hombres hasta los 21 años que no la hayan recibido antes y para las mujeres hasta los 26 años, si no se vacunaron cuando eran menores.
- Se recomienda a los hombres homosexuales y bisexuales (o cualquier hombre que tenga relaciones con hombres) hasta los 26 años.
- También se recomienda a personas inmunodeprimidas, tanto mujeres como hombres (incluidas las personas con el VIH/SIDA) hasta los 26 años, si no recibieron la vacuna completa cuando eran más jóvenes.

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

MUÉVETE / MUGITU', LA NUEVA CAMPAÑA DE SALUD PARA PROMOVER LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA REDUCCIÓN DEL SEDENTARISMO

EL DEPARTAMENTO DE SALUD, A TRAVÉS DEL INSTITUTO DE SALUD

PÚBLICA Y LABORAL DE NAVARRA (ISPLN/NOPLOI) PROMUEVE

LA CAMPAÑA, TITULADA 'MUÉVETE / MUGITU', LA INCLUSIÓN

DE HÁBITOS ACTIVOS EN EL DÍA A DÍA, PARA AUMENTAR EL

NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA Y REDUCIR EL SEDENTARISMO.

LOS DATOS QUE SE PRESENTAN EN LA ENCUESTA

SOCIAL Y CONDICIONES DE VIDA 2021 INDICAN QUE EN

NAVARRA HAY MARGEN DE MEJORA PARA SER PERSONAS MÁS

ACTIVAS, YA QUE SEGÚN DESTACAN MÁS DE LA MITAD DE LA PO-

BLACIÓN NAVARRA TIENE HÁBITOS INACTIVOS EN SU TIEMPO LIBRE

Y CUATRO DE CADA DIEZ PERSONAS PERMANECEN SENTADAS LA

MAYOR PARTE DE LA JORNADA EN SU ACTIVIDAD PRINCIPAL.

MUÉVETE

Cuida tu salud cada día



En desplazamientos

- ☒ Ir andando o en bicicleta al trabajo, la escuela...
- ☒ Utilizar las escaleras en vez del ascensor
- ☒ Aparcar más lejos o bajar antes de la parada de autobús y llegar andando



En el hogar

- ☒ Aprovechar las tareas de la casa para moverse
- ☒ Reducir el tiempo sentado o sentada frente a una pantalla
- ☒ Hacer ejercicios de piernas o brazos mientras se ve una serie o película



En la actividad diaria

- ☒ En el cuidado de personas, moverse dentro y fuera de casa
- ☒ Tomar el almuerzo paseando
- ☒ Hacer descansos periódicos y activos



En el tiempo libre

- ☒ Utilizar espacios al aire libre para practicar actividad física
- ☒ Quedar con personas de tu entorno para andar, ir al monte, hacer deporte o visitas culturales
- ☒ Cuidar de la huerta urbana o particular



Marca tu propio ritmo
y disfruta de sentirte mejor
muevete.navarra.es

Gobierno
de Navarra



Nafarroako
Gobernua





CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LA REVISTA ZONA HOSPITALARIA NAVARRA

- **Zona Hospitalaria Navarra** se edita en papel y en digital (www.zonahospitalaria.com).
Se financia exclusivamente con la publicidad.
 - La escribe el profesional sanitario público y privado de Navarra: médicos, enfermeras, psicólogos...
 - Tamaño DIN A4 (210 mm ancho x 297 mm alto).
 - Tirada 8.000 ejemplares.
 - Tiene 2.114 suscriptores (en aumento cada semana), a los que se les envía por email el pdf de la revista.
 - Periodicidad Bimestral (un número cada dos meses, 6 números al año).
 - Distribución el día 1 de los meses pares: 1 Feb, 1 Abr, 1 Jun, 1 Ago, 1 Oct y 1 Dic.
- Se reparte en los edificios del Hospital Universitario de Navarra y en 15 Centros de Salud de Pamplona.**

FORMATOS Y TARIFAS DE PUBLICIDAD EN LA REVISTA

- ANUNCIO EN CONTRAPORTADA**, tamaño 210 mm ancho x 297 mm alto = **1.200 €+IVA/Número**.
- ANUNCIO O PUBLIRREPORTAJE DE 1 PÁGINA INTERIOR** (tamaño 210 mm ancho x 297 mm alto, texto con 3.000 caracteres, incluidos los espacios entre palabras, + fotografía de cabecera, + datos de la empresa: logotipo dirección, teléfono y web + foto, con/sin anuncio faldón de 182 mm ancho x 60 mm alto), con promoción en la web y en las redes sociales de Facebook y Twitter = **600 €+IVA/Número**.
- ANUNCIO DE 1/2 PÁGINA** tamaño 182 mm ancho x 130 mm alto = **400 €+IVA/Número**.
- ANUNCIO FALDÓN** tamaño 182 mm ancho x 60 mm alto = **300 €+IVA/Número**.

NOTA: Las empresas que participéis durante seis números seguidos (un año) abonáis cinco inserciones y la sexta gratis.

BANNER o ARTÍCULO EN LA WEB: zonahospitalaria.com

- 1-Publicar el **banner de cabecera en todas las páginas**, tamaño 1092 ancho x 96 pixeles de alto, son **200 €+IVA/mes**.
- 2-Publicar un **banner de 1 módulo solo en la página Home**, tamaño 230 ancho x 170 pixeles de alto, son **100 €+IVA/mes**.
- 3-Publicar un **banner de 1 módulo**, en la **página de Navarra o Aragón** son **50 €+IVA/mes y página**.
- 4-Publicar un **artículo solo en la web (página Home)**, durante 2 meses, son **200 €+IVA**.

NOTA: Según Google Analytics, la web de **ZH** tuvo en 2022 más de 5.300.000 visitas.

CALENDARIO ANUAL (6 publicaciones/año)

- Publicación de los artículos el día 1 de los meses pares: 1 feb, 1 abr, 1 jun, 1 ago, 1 oct y 1 dic.
- Necesito el contenido 20 días antes de la distribución: 10 ene, 10 mar, 10 may, 10 jul, 10 sep y 10 nov.

Más Información:

M 618 463 122 | redaccion@zonahospitalaria.com