



SUMARIO

- 2** La combinación de láser y microespuma ofrece los mejores resultados
- 3** Suma latidos con el servicio de Rehabilitación Cardíaca en Clínica TDN
- 4** Screening de mama
- 5** Cirugía de Mínima Incisión como solución para los problemas de los pies
- 6** Impacto de la diabetes tipo I en el niño y familia
- 7** Tratamientos de estética facial con el sistema Morpheus 8 de radiofrecuencia
- 8** Resonancia magnética
- 9** ¿Tienes Síndrome de las Piernas Inquietas?
- 10** Desmontando mitos sobre el sueño
- 12** Contrastes radiológicos...
- 13** Tratamiento de varices sin pasar por el quirófano...
- 14** Abordaje de la separación de padres...
- 16** El valor del cepillado dental en los niños
- 18** La contaminación ambiental...
- 20** Anestesia en el paciente anciano. Parte II. El deterioro cognitivo
- 22** Telemedicina y telemonitorización en hospitalización a domicilio: el hospital del mañana, hoy
- 24** Protegiendo a los más pequeños: bronquiolitis por Virus Respiratorio Sincitial
- 26** El acompañamiento espiritual y religioso...
- 28** Vuelta al cole: planifica, organiza y crea tu propia rutina
- 31** ¿Cómo puedo relajarme doctor?...
- 32** Tarifas de publicidad ZH navarra



EJEMPLAR GRATUITO

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



Navidad para todos

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 son la principal manifestación de la existencia de una insuficiencia venosa y, además, comportan una alteración estética.

Ante la presencia de varices, existe la posibilidad de eliminarlas de un modo muy poco agresivo y con los mejores resultados. Sin someterse a una intervención quirúrgica, sin anestesia general o raquídea, sin largos períodos de recuperación, sin precisar incisiones... Es precisa una consulta con un **especialista en Angiología y Cirugía Vascular** con experiencia en el tratamiento de varices mediante procedimientos no invasivos para que le pueda aconsejar. 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 insu-

ficiencia de la vena safena, y de ese modo solucionar el problema circulatorio; y, de forma secundaria, se deben tratar las varices propiamente dichas para mejorar el aspecto estético. Nuestro concepto es **eliminar las varices de forma definitiva** sin precisar ningún período de recuperación o, en casos concretos, a lo sumo 48 horas. Para ello aprovechamos las ventajas del láser por su máxima efectividad en el tratamiento de los ejes safenos; y el de la microespuma para eliminar las varices de la forma menos invasiva existente. De ese modo se consiguen los mejores resultados con un tratamiento muy poco agresivo.

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. Sólo requiere una pequeña punción y una sedación suave, por lo que el período de recuperación posterior es de unas pocas horas. Además 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 al día siguiente.

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

Por ello, la combinación de **láser y microespuma** ofrece los mejores resultados, tanto a corto como a largo plazo.

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

VSC
Varices Sin Cirugía

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

varicessincirugia.org

Dr. José Manuel Jiménez Arribas

TRATAMIENTO NO INVASIVO DE ELIMINACIÓN DE VARICES

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

TRATAMIENTOS PERSONALIZADOS
Sin ingreso y sin baja laboral

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

Suma latidos con el servicio de Rehabilitación Cardíaca en Clínica TDN



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 pesar de los avances científicos, las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la primera causa de mortalidad en Europa. El ejercicio físico y la alimentación son muy importantes para la prevención y el tratamiento de estas enfermedades, sin embargo menos de la mitad de los pacientes aptos para Rehabilitación Cardíaca (RC) se benefician de este servicio.

La Sociedad Europea de Cardiología constata que la RC es fundamental para reducir el número de eventos cardiovasculares adversos (infartos, anginas de pecho, arritmias...) y, por ende, la tasa de mortalidad. Los estudios son contundentes: las mayores reducciones en la tasa de mortalidad por causas cardiovasculares (hasta un 28%) se observan en los programas de RC con amplia duración y en la adherencia de los participantes al ejercicio.

No es necesario el entrenamiento de alta intensidad, sino todo lo contrario. En personas que recientemente han sufrido un infarto de miocardio, dos sesiones individualizadas de ejercicio semanales de tan solo 20 minutos son suficientes para provocar cambios estructurales y funcionales positivos en el corazón.

Los beneficios del ejercicio físico en el paciente cardíaco se fundamentan en diversos mecanismos:

1. En el corazón: Mejora en la capacidad de bombeo gracias al aumento de la distensibilidad de sus cavidades, así como de la capacidad contráctil del músculo cardíaco; Progreso del balance del sistema nervioso autónomo, aumentando el tono vagal; Incremento del contenido mitocondrial, almacenamiento de calcio y de óxido nítrico que ofrece una cardioprotección frente a arritmias malignas; Reducción de la carga de la placa aterosclerótica y de la fibrosis.

2. En los vasos sanguíneos: Reducción de la inflamación crónica y de formación de placas ateroscleróticas; Rebaja en la calcificación



de la aorta y aumento del flujo sanguíneo; Mejora de la función endotelial a través de la cual los vasos sanguíneos se relajan/dilatan ofreciendo menor resistencia a la sangre reduciendo la tensión arterial; Incremento de oxígeno y nutrientes en el músculo esquelético aumentando su capacidad cardiopulmonar.

3. En la composición de la sangre: Mejora del perfil lipídico plasmático (aumenta el HDL o "colesterol bueno" y reduce los triglicéridos y el LDL o "colesterol malo"); Mejoría de la sensibilidad a la insulina y el control glucémico; Aumento de la eritropoyetina que produce más glóbulos rojos para transportar más oxígeno.

En Clínica TDN podrás hacer tu Rehabilitación Cardíaca con garantías, gracias a un grupo multidisciplinar de profesionales formado por Pedro Azcárate (Dr. en Medicina y Cardiólogo), Marisa Martínez (Dra. en Medicina Deportiva), Fabricio Zambom y Erreka Gil (Dres. en Ejercicio Físico y Salud).

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:

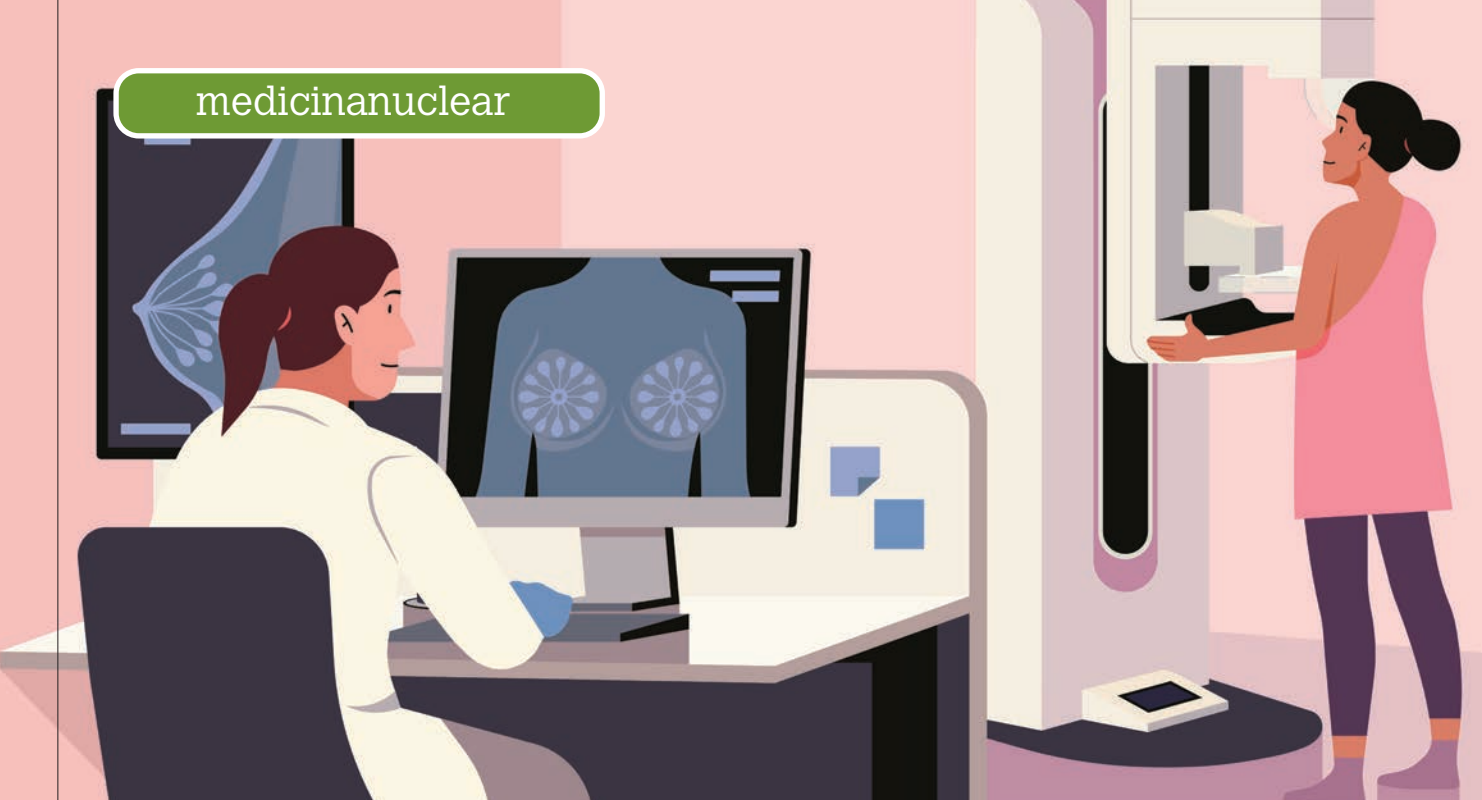
Cardiología General
Prevención Cardiovascular
Cardiología deportiva
Valvulopatías
Insuficiencia cardíaca
Cardiopatía isquémica
Arritmias
Cardiología pediátrica
Rehabilitación cardíaca

SERVICIO MEDICINA DEPORTIVA Y SALUD:

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

SERVICIO FISIOTERAPIA:

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



Screening de mama

Itsaso Larramendi Samanes. Enfermera y T.S. Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear, Aintzane Pérez Martín y Julia Viscarret Recalde. T.S. Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear Hospital Universitario de Navarra

Un screening es una estrategia que se aplica a la población para detectar una enfermedad que todavía no se ha manifestado. Uno de los más conocidos es el de mama, que actualmente es la mejor modalidad de cribado para la detección precoz y el diagnóstico del cáncer de mama, que es el cáncer más frecuente en las mujeres y el que causa más muertes.

El screening de mama permite detectar lesiones en la mama hasta dos años antes de que sean palpables y, en la mayoría de los casos, se detectan cuando aún no han invadido los ganglios u otros órganos. Gracias a la realización de estos cribados es posible disminuir la mortalidad por cáncer de mama, aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

La población objetivo de estos cribados son:

- Mujeres con edades comprendidas entre 45 y 69 años (edad en la que la incidencia del cáncer de mama aumenta de forma significativa). El cribado se establece cada dos años, aunque dependiendo de resultados, se puede recomendar revisión cada año.
- Mujeres de entre 35-45 años que cuentan con familiares de primer grado con cáncer de mama diagnosticado antes de los 50-60 años o cáncer de mama bilateral.

Para realizar una mamografía, la paciente recibe una mínima cantidad de radiación. Sin embargo, el beneficio que proporciona en términos de disminución de la mortalidad del cáncer de mama, supera este riesgo, por lo tanto, está justificada su realización en los rangos de edad y con la periodicidad que ha demostrado un beneficio.

No utilizar el protector plomado de tiroides

Relacionado con esto último, hay pacientes que manifiestan su inquietud por un posible riesgo de carcinoma de tiroides debido a la dosis de radiación que pudieran recibir durante la realización de la mamografía; por lo que solicitan hacer uso de un protector plomado de tiroides durante la prueba. Sin embargo la Sociedad Española de Protección Radiológica recomienda no utilizar el protector plomado de tiroides, ya que su uso puede ser perjudicial para la paciente desde el punto de vista del correcto diagnóstico y de la optimización de la protección radiológica.

En estos cribados se realizan dos proyecciones radiográficas por cada mama:

- **Cráneo-caudal:** Permite detectar y/o evaluar calcificaciones, quistes, carcinomas, anomalías o cambios del tejido mamario.
- **Oblicua-medio lateral:** Permite detectar, evaluar calcificaciones, carcinomas, quistes u

otras anomalías en la cara lateral profunda del tejido mamario.

Para que estas proyecciones radiográficas sean de buena calidad es imprescindible la compresión de la mama, lo que puede provocar dolor o molestias, aunque siempre tolerables. Una buena compresión de la mama tendrá muchas ventajas (disminución de la distorsión por movimiento, de la borrosidad y de la dosis de radiación, así como la mejora de la resolución espacial y de contraste), que harán que la calidad de la radiografía sea óptima y válida para un correcto diagnóstico.

Las mamografías que se obtienen en estos cribados son informadas siguiendo la categoría BI-RADS, que es un método para clasificar los hallazgos mamográficos, y que se considera el idioma universal en el diagnóstico de la patología mamaria. Cuando el resultado no sea concluyente, será necesario completar el estudio con proyecciones más específicas u otras pruebas como ecografía.

En conclusión, se ha demostrado que la prevención mediante cribados es una estrategia fundamental para el control del cáncer de mama, ya que se puede conseguir reducir la mortalidad en el grupo de mujeres estudiadas realizando un diagnóstico antes de que aparezcan los síntomas. Gracias a estos cribados se pueden salvar muchas vidas.

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



JAVIER CON SU EQUIPO

Clínica Podológica Ayesa está especializada en cirugía de mínima incisión

Las patologías del pie que necesitan un tratamiento requieren de una clínica que priorice la calidad y la excelencia, y que cuente con los últimos avances tecnológicos. Una de las unidades de cirugía de pie y tobillo más avanzadas de Pamplona se encuentra en la Clínica Podológica Ayesa.

El objetivo de este centro médico, especialista en cirugía de mínima incisión, es aportar soluciones definitivas a los que no ha dado respuesta el tratamiento conservador.

Los problemas más comunes que trata la Clínica Podológica Ayesa son juanetes, deformidades digitales como dedos en garra, mazo o martillo y helomas.

Si un tratamiento conservador no da respuesta, estas patologías tienen el tratamiento quirúrgico como la solución más acertada y efectiva.

En este tipo de cirugías de mínima incisión que realiza Clínica Podológica Ayesa, el paciente se opera sin necesitar un ingreso hospitalario y puede ir a casa apoyando el pie el mismo día de la intervención, utilizando un calzado post-quirúrgico que se retirará a las 3 ó 4 semanas.

A continuación, Javier Ayesa, responsable de Clínica Podológica Ayesa, detalla las patologías más comunes que resuelve con la cirugía de mínima incisión, así como sus síntomas y sus causas. Son síntomas que debemos de conocer para ponernos en manos de expertos como Javier Ayesa y resolver de forma definitiva el problema y evitar que empeore.

Juanetes

"Un juanete es una protuberancia ósea que se forma en la articulación en la base del dedo gordo del pie. La punta de ese dedo se desplaza hacia los dedos más pequeños,

apiñándolos. Esto también fuerza que la articulación en la base del dedo gordo sobresalga", explica Javier Ayesa.

Deformidades digitales

"Los dedos en garra, mazo o martillo son unas deformidades que se producen en los dedos pequeños de los pies. Estos cuatro dedos están formados por 3 huesos (a diferencia de los dos huesos que forman el dedo gordo) y por varias articulaciones (que son la unión de dos huesos)", señala Javier Ayesa.

Helomas

"Los helomas plantares son una hiperqueratosis localizada, es decir, una lesión con bordes bien definidos que crece hacia capas más profundas de la piel del pie, a diferencia de las durezas, que son más superficiales", describe Javier 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





Impacto de la diabetes tipo I en el niño y familia

Adriana Martínez Sarriá. Enfermera. Hospital Reina Sofía. Tudela

¿Qué es la diabetes mellitus tipo I?

La diabetes mellitus tipo 1 se caracteriza por una producción deficiente o nula de insulina. La insulina, es la hormona encargada de mover el azúcar de la sangre a las células. Sin insulina, o sin la suficiente, estos pacientes presentan niveles altos de azúcar en la circulación que el cuerpo no es capaz de gestionar y por los que se producen los síntomas típicos de la diabetes: tener mucha sed, sentirse hambriento, pérdida de peso, estar cansado de forma frecuente...

En un primer momento, cabe la posibilidad de quedar ingresado para ajustar los niveles de azúcar pero el tratamiento definitivo que deberán llevar a cabo las personas con diabetes tipo 1 será la administración diaria de insulina, que comunmente se inyectarán ellos mismos debajo de la piel.

Es muy importante destacar que la diabetes tipo I, se diagnostica muy frecuentemente en

pacientes de corta edad, es decir, en niños o adolescentes.

¿Cómo afecta este diagnóstico a los niños /adolescentes?

Los niños o adolescentes que son diagnosticados de esta enfermedad sufren en un primer momento un fuerte impacto, shock o incluso trauma. Además, con el paso del tiempo, son frecuentes las dificultades sociales para relacionarse con sus iguales en su día a día lo que a su vez, les genera estrés. Estos niños/ adolescentes presentan mayor riesgo de ansiedad, depresión, trastornos de alimentación y otros trastornos psiquiátricos que los presentados por el resto de la población de su misma edad.

¿Cómo afecta a las madres y a la situación familiar?

Las familias enteras se ven afectadas por esta nueva situación, pero cabe destacar que la figura materna resulta, sin duda, una de las grandes perjudicadas. Las madres de estos pacientes presentan a menudo una elevada res-

ponsabilidad y carga de trabajo derivada del cuidado de estos niños. Estas madres refieren a menudo imposibilidad para desconectar del cuidado de sus hijos, dificultades en el trabajo, y también para el descanso nocturno, lo que se deriva en consecuencias negativas no sólo a nivel mental sino también físico.

Los hermanos de estos pacientes pueden presentar celos y preocupación por el desenlace de la enfermedad.

Cabe destacar que la vida familiar de estos pacientes puede volverse monótona y restrictiva.

Conclusión

El potencial impacto en la calidad de vida que conlleva el diagnóstico de esta enfermedad en este grupo poblacional y en aquellos que les rodean es evidente. Es por ello que desde el mismo momento del diagnóstico se debe trabajar en la prevención de problemas asociados y prestar atención a la presentación de estos posibles cambios realizando valoraciones de enfermería completas y continuas.

Tratamientos de estética facial con el sistema Morpheus 8 de radiofrecuencia



El sistema Morpheus 8 logra excelentes resultados en tratamientos de estética facial



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



CASTILLO DE MAYA, 45. T 948152878

En la ya dilatada experiencia de Clínica Bustillo & López en tratamientos de implantes dentales y reconstrucciones óseas para revertir la pérdida de dientes, hemos confirmado que cada vez resulta más relevante unir las dimensiones funcional y estética en las intervenciones.

Como hemos explicado muchas veces, **al perder parte de la dentadura**, también se producen efectos negativos en la estructura ósea y de tejidos blandos que conforma nuestra boca. En consecuencia, suele desencadenarse un envejecimiento prematuro del rostro, que pierde firmeza por la falta de soporte dental y óseo. Por ello, cuando abordamos el tratamiento de restauración, recomendamos con más frecuencia que se realicen tratamientos paralelos de estética facial. El objetivo es revertir el deterioro estético y recuperar un aspecto más natural, acorde con la edad. Por otro lado, los pacientes son cada vez más conscientes de esa necesidad y lo demandan directamente. En Clínica Bustillo & López se logran resultados muy satisfactorios gracias a que ofrecemos un servicio integral de implantología avanzada y estética facial. En cuanto a los tratamientos de estética, la filosofía ha sido la misma que en el campo de

los implantes: **aplicar terapias predecibles y seguras**, que sean **mínimamente invasivas**, en las que prime el **bienestar del paciente** y donde esté presente la **tecnología digital**, tanto para la planificación como para la ejecución. En esa línea, junto a métodos más convencionales de cirugía plástica facial, para las que nuestro centro está acreditado, llevamos tiempo ofreciendo diversos **tratamientos de rejuvenecimiento facial** basados en la aplicación de toxina botulínica, entre otras técnicas.

Incorporación de Morpheus 8

Pero hemos querido dar un nuevo paso con la incorporación de la plataforma Morpheus 8, una tecnología de actuación sobre la dermis basada en radiofrecuencia fraccionada, que consigue modificar las propiedades de la piel mediante su reestructuración, sin introducir ningún tipo de sustancia. A través de un **sistema de microagujas** que penetran en el tejido subdérmico en una profundidad mayor que dispositivos similares, con la **radiofrecuencia y el calentamiento subnecrótico** se logra revitalizar el colágeno (la proteína que une los tejidos). Con ello, se tensa el tejido y se devuelve la firmeza a la piel en la zona intervenida. Merced a esta técnica, se eliminan o mitigan rasgos del envejecimiento prematuro en la

cara como **arrugas, patas de gallo**, el llamado **código de barras**, el **surco nasolabial**, la aparición de **papada** y otras imperfecciones que hayan podido surgir.

El tratamiento con Morpheus 8 tiene la ventaja de ser muy poco invasivo. Se realiza en varias **sesiones ambulatorias de corta duración**, con anestesia localizada para favorecer el bienestar del paciente durante el proceso. Permite llevar una vida completamente normal, al margen de los cuidados post-operatorios sencillos que precisa toda intervención. En nuestra clínica, es ejecutado por la **Dra. López, médico especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial** y con formación avanzada en estética facial. Está indicado para todo tipo de pacientes, ya que se trata de un procedimiento muy seguro con múltiples aplicaciones para la piel. Sus resultados son prácticamente inmediatos y, en función del tipo de actuación, duran meses o años.

Otra de las grandes ventajas de Morpheus 8 es que no deja lo que actualmente se denomina **huella estética**. Al no introducir ningún tipo de sustancia en el organismo, a diferencia de otro tipo de técnicas, carece de posibles consecuencias en el largo plazo.

Puede pedir cita en el **teléfono 948152878** o a través del correo electrónico consulta@clinicabustillo.com

Resonancia magnética

Aintzane Pérez Martín y Julia Viscarret Recalde. T.S. Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear.
Itsaso Larramendi Samanes. Enfermera y T.S. Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear.
 Hospital Universitario de Navarra

La resonancia magnética es una técnica no invasiva empleada para la obtención de imágenes de los diferentes tejidos. Esto quiere decir que no se emplean radiaciones ionizantes que puedan producir efectos dañinos al organismo.

Para una mayor comprensión, podemos comparar la resonancia con un imán gigante. La potencia de este imán se mide en Teslas (T), y pueden variar desde 0,2 hasta 10T, siendo la más habitual la resonancia de 1,5T o 3T. Cuanto mayor potencia tenga el imán mayor calidad de imagen obtendremos con una duración menor del estudio, pero el coste de ese aparato será elevado. Actualmente la resonancia con una potencia mayor a 3T solo se usa en investigación.

La preparación para este tipo de prueba, teniendo en cuenta que tratamos con un imán, es bastante sencilla. Antes de comenzar el estudio tendremos que rellenar un cuestio-

nario de seguridad. Es importante comunicar al técnico si es portador de marcapasos, clips cerebrales, prótesis metálicas, virutas metálicas (sobre todo si se encuentran en los ojos) o metralla. Todo este tipo de elementos puede ponernos en riesgo, ya que al someterlos a la fuerza de un imán pueden moverse causando problemas o incluso dejar de funcionar. Por eso es importante comprobar la compatibilidad de ciertas prótesis o elementos antes de empezar la exploración.

Estar lo más quieto posible

Antes de entrar en la sala nos cambiaremos y nos pondremos una bata para evitar meter dentro elementos como móviles, relojes, gafas, cartera etc.

Una vez dentro de la sala debemos saber que el tiempo medio de las exploraciones en resonancia oscila entre 30-40 minutos, habiendo estudios más largos.

Lo más importante en este tipo de pruebas es estar lo más quieto posible, porque el mo-

vimiento produce artefactos que reducen la calidad de imagen, y es probable que haya que repetir la prueba y en consecuencia aumentar el tiempo de exploración.

Hay movimientos que son involuntarios y no podemos controlar, como pueden ser el movimiento respiratorio, cardíaco o peristaltismo intestinal. Por estos últimos movimientos no debemos preocuparnos, ya que existen elementos y secuencias que ayudan a la sincronización de la secuencia con el movimiento, y así, reducir el artefacto.

En resonancia magnética al no usarse radiaciones ionizantes, no hay mayores efectos secundarios. El mayor problema puede ser el ruido elevado durante la exploración, o en caso de los claustrofóbicos, la estancia prolongada en el tubo cerrado. En todo caso, siempre hay comunicación con el técnico, y la posibilidad de parar el estudio ante cualquier problema.



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DE NAVARRA
NAFARRROAKO
OSPITALE
UNIBERTSITARIOA

CUIDADOS ESPIRITUALES RELIGIOSOS
ZAINITZA ESPIRITTALAK-ERLJIJOSU



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.es

SERVICIO ABIERTO A TODO INTERESADO EN PARTICIPAR

¿Tienes Síndrome de las Piernas Inquietas?

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

El Síndrome de Piernas Inquietas (SPI), también conocido como enfermedad de Willis-Ekbom, es un trastorno neurológico que se caracteriza por una sensación incómoda en las piernas y un impulso incontrolable de moverlas. Esta sensación suele empeorar en reposo, especialmente durante la noche, lo que puede interferir en la calidad del sueño y afectar la vida diaria de quienes lo padecen.

En algunos casos, el SPI se puede deber a una lesión en los nervios periféricos, la disminución de los acúmulos de hierro o por el aumento de ácido úrico en sangre. Sin embargo, en la mayor parte de los pacientes no se evidencia una causa, definiéndose como idiopático. En estos casos parece que puede haber factores genéticos involucrados, ya que al menos una tercera parte de los pacientes tiene antecedentes familiares.

Por otra parte, algunos estudios sugieren que la alteración en la producción o utilización de dopamina, un neurotransmisor que regula el movimiento muscular, podría desempeñar un papel importante en esta afección. Otros factores como el estrés, la falta de ejercicio y ciertos medicamentos también pueden desencadenar o empeorar los síntomas.

¿Cuáles son esos síntomas?

Los síntomas del SPI varían de una persona a otra, pero generalmente se caracteriza por una sensación incómoda en las piernas, descrita habitualmente como hormigueo, quemazón o una sensación similar a los calambres. Estos síntomas ocurren predominantemente por la noche, interfiriendo en el descanso y condicionando una sensación de fatiga y somnolencia durante el día, lo que puede afectar el desempeño en las actividades cotidianas. Un gran porcentaje de pacientes asocian, además, movimientos involuntarios en las piernas durante el sueño, así como insomnio u otros trastornos del sueño debido a la dificultad para conciliar o mantenerse dormidos.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico del SPI es clínico, basándose en la presencia de cuatro criterios diagnósticos:

1. Necesidad incontrolable de mover las piernas
2. Inicio o empeoramiento con el reposo o al estar acostado
3. Cese o mejoría con el movimiento de las piernas
4. Inicio o predominio durante la tarde o la noche

¿Existe tratamiento?

En los casos de SPI secundario, el tratamiento es el de la causa subyacente (suplementación de hierro, reducción de ácido úrico en sangre, etc).

En los casos de SPI idiopático, el tratamiento de elección son los fármacos dopaminérgicos (ropinirol, pramipexol o levodopa). Otros medicamentos, como determinados opiáceos (oxicodona) o antiepilépticos (gabapentina, pregabalina, topiramato o carbamazepina), también pueden ser recetados en casos más graves. Sin embargo, es importante tener en cuenta que estos medicamentos pueden tener efectos secundarios y deben ser recetados y supervisados por un médico. Existen además otras formas de intentar controlar y reducir los síntomas, como mantener un estilo de vida saludable que incluya hábitos como el ejercicio regular, una dieta equilibrada y evitar sustancias estimulantes como la cafeína y el alcohol. Es esencial además mantener una buena higiene del sueño, con un horario regular y un ambiente propicio para descansar.

En resumen, el Síndrome de Piernas Inquietas puede ser una afección molesta pero manejable. Aunque no existe una cura definitiva, llevar un estilo de vida saludable, utilizar técnicas de relajación y, en algunos casos, recurrir a medicamentos específicos bajo supervisión médica, pueden ayudar a controlar los síntomas. Si presentas síntomas de SPI, es importante buscar la orientación de un especialista para obtener un diagnóstico preciso y un plan de tratamiento adecuado.



Desmontando mitos sobre el sueño

Rocío Veredas Panadero. MIR 4º año Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario de Navarra

... el fin de semana recupero todo lo que no he dormido esta semana

... al ser un adulto tengo suficiente con dormir de 6-7 horas.

... no puedo hacer deporte por la tarde porque luego no duermo bien.

... la siesta ... ¿de pijama y orinal?

... pantallas y sueño; mala combinación

Estas frases seguro que nos suenan a todos ya que forman parte de nuestras conversaciones en el día a día, pero... ¿es verdad todo lo que escuchamos con respecto al sueño, la cafeína o la siesta?

En este artículo intentaremos ir aclarando todos estos mitos que giran en torno al sueño y que hemos aceptado en nuestro estilo de vida.

Para ello comenzaremos con el dato más importante de todos

y es que el sueño es uno de los cuatro pilares fundamentales de salud, junto con la dieta equilibrada, la prevención de las enfermedades y el ejercicio físico.

¿A que suena sorprendente? En nuestra rutina, casi todos cuidamos la dieta, la prevención y el ejercicio físico, mientras que el cuidado del sueño suele dejarse de lado.

Actualmente en nuestro entorno, la mayoría de la población tiene un ritmo de vida diurno laboral que es frenético y se deja la vida social para el horario nocturno lo que conlleva generalmente malos hábitos de sueño.

La regulación entre los estados de vigilia y de sueño dependen de factores internos, como hormonas, neurotransmisores y neuropéptidos. Algunos favorecen la vigilia (histamina, hipocretina, noradrenalina y serotonina), otros favorecen el sueño (GABA, melatonina). Además, hay factores externos, como la luz, la temperatura, el ejercicio etc. que influyen en una u otra dirección. Este sistema tiene un funcionamiento parecido al de una balanza, en la que dependiendo de los factores que predominan en los diferentes momentos del día, y la potencia de cada uno de ellos, se inclina

hacia uno de los dos estados, vigilia o sueño.

Ahora que tenemos ciertos conocimientos fisiológicos sobre los mecanismos de la producción/inhibición del sueño podemos retomar nuestras preguntas iniciales e ir desmontando los mitos sobre este.

PRIMER MITO: EJERCICIO Y SUEÑO

.... "Es que si hago deporte a última hora del día ya no consigo dormir bien ... pues yo si hago yoga o pilates a esa hora me relaja y duermo como un bebé"

En los últimos años, se ha demostrado que el ejercicio físico puede mejorar la calidad del sueño debido a los efectos beneficiosos que aporta en la regulación de la temperatura corporal, metabolismo, presión arterial y estado de ánimo, pero ello varía según la hora del día y según la intensidad con la que realizamos la actividad física. Está demostrado que el ejercicio físico matutino mejora la calidad de nuestro sueño, disminuyendo el tiempo que tardamos en quedarnos dormidos y el tiempo que tardamos en entrar en sueño profundo.

Sin embargo, una actividad física intensa realizada cerca de nuestra hora de descanso nocturna puede afectar negativamente, prolongando el tiempo que se tarda en dormirse, disminuyendo el tiempo en sueño profundo y reduciendo la duración total del sueño.

Las últimas guías establecen como recomendación dejar tres horas desde la realización de una actividad física de intensidad moderada hasta ir a la cama.

SEGUNDO MITO: TIPO DE DORMIDORES:

Y si mi smartwatch me dice que he dormido 5 horas, pero no tengo sueño ni estoy cansando ... es que me pasa algo malo ¿Debería preocuparme? Respuesta directa, no.

Para contestar a estas preguntas debemos aclarar varios conceptos. Las necesidades de sueño van cambiando a lo largo de la vida. Las guías de sueño establecen que es recomendable que un adulto duerma entre 7-9 horas, pero esto no tiene que ser así para toda la población. Cada persona tiene unas necesidades biológicas diferentes a otras, y existen lo que se conocen como "dormidores cortos" y "dormidores largos", personas cuyas necesidades de



sueño son menores o mayores que el estándar establecido, y que no tienen ningún tipo de problema. Por ello, una persona que independientemente de las horas que duerma no tenga repercusión en su actividad diaria normal y mantenga sus funciones cognitivas a pleno rendimiento, es una persona completamente sana y no padece de ningún trastorno de sueño.

TERCER MITO: DEUDA DE SUEÑO CON RECUPERACIÓN EN FIN DE SEMANA

... Si un adulto duerme menos de lo que debería entre semana, ¿puede recuperar el sueño no realizado (deuda de sueño) el fin de semana? Respuesta directa, no.

Cuando un sujeto intenta compensar la falta de sueño los fines de semana durmiendo de forma prolongada muchas más horas que entre semana, el sueño que se consigue, aunque sea más prolongado, no es un "sueño de calidad".

A diario, nuestro organismo tiene establecido un ritmo de secreción de melatonina, que por lo general se inicia cuando oscurece, y junto con el resto de favorecedores del sueño es lo que produce que el

sueño de esa noche, y sus fases, generen un sueño de calidad. La calidad y cantidad de sueño son dos cosas diferentes. Alargar el tiempo de sueño, no necesariamente produce más calidad, por lo que, aunque duerma más el fin de semana, y por ello se encuentre más descansado, no compensa del todo el efecto perjudicial de la falta de sueño de los días precedentes.

CUARTO MITO: PANTALLAS Y SUEÑO, ¿mala combinación?

Nuestro cerebro está diseñado para que en condiciones de oscuridad se produzca melatonina, normalmente entre las 20 y las 22h y se favorezca el sueño. La exposición a la luz, sobre todo en determinadas longitudes de ondas (espectro de luz azul), se recibe en nuestra retina, y confunde a nuestro cerebro que entiende que es de día e inhibe la producción de melatonina. El resultado final que se produce es dificultad para conciliar el sueño. Las pantallas modernas de ordenador, tabletas y TV actuales ya llevan filtros que reducen ese efecto y en general no afectan a las personas, pero existe gente más sensible, o personas que se pasan muchas horas delante de

las pantallas. Ello, junto a los neurotransmisores excitadores que genera la actividad delante de las mismas, mantienen la balanza en estado de vigilia cuando debería ir al de sueño. Por eso, la recomendación general es evitar el uso de pantallas y actividades estresantes antes de dormir

QUINTO MITO: tal y como decía Cela ... "siesta de pijama y orinal ..." ¿o no?

Se ha comprobado que son muchos los beneficios que la siesta aporta, como, por ejemplo, una disminución de la presión arterial, mejoría en la memoria y del rendimiento de actividad motora y de la atención, incluso aporta beneficios positivos en el estado de ánimo (como por ejemplo en los niños), siempre y cuando sigamos unas pautas adecuadas.

Una siesta reparadora es una siesta breve destinada a aumentar el rendimiento. Para obtener ese resultado, su duración debe de ser de menos de 30 minutos. A partir de dicha duración, los efectos perjudiciales sobre el sueño nocturno no compensan los efectos beneficiosos de la misma. Es aconsejable que la siesta se aleje lo suficiente de nuestras horas

de sueño para no comprometerlo. Generalmente se recomienda dejar entre siesta y descanso nocturno unas seis horas. Por ello, la mejor hora para realizar la siesta será sobre las tres o cuatro de la tarde. La mayoría de los expertos recomiendan que las personas sanas duerman siestas cortas, de entre cinco y 20 minutos.

Además, debido a la naturaleza del ciclo del sueño humano, las siestas de más de 30 minutos pueden inducir un fenómeno llamado inercia del sueño, en el que uno se siente confuso y aturdido durante un breve periodo al despertarse.

No todas las personas se favorecen de los beneficios de la siesta. En algunas, la inercia de sueño aparece incluso con siestas extremadamente cortas y por ello evitan la siesta porque dicen despertarse peor que antes de la siesta

Para finalizar, debemos de ser conscientes de que nos pasamos un tercio de nuestra vida durmiendo, por lo que deberíamos cuidar la calidad del descanso e invertir en el cuidado de nuestro sueño, así como miramos por otros aspectos de nuestra salud.

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

Contrastes radiológicos: qué son y para qué sirven



Julia Viscarret Recalde. Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear.
Itsaso Larramendi Samanes. Enfermera y Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear.
Aintzane Pérez Martín. Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear.
 Hospital Universitario de Navarra

Los contrastes radiológicos son sustancias que permiten la visualización de algunas estructuras del organismo en las exploraciones realizadas. Estos contrastes pueden introducirse en el organismo por vía intravenosa, vía oral o vía rectal.

Tipos

Los contrastes se dividen en positivos, negativos y neutros.

Contrastes positivos:

- **Contraste yodado:** se administra por vía intravenosa y se utiliza en el escáner, la urografía y las exploraciones de angiográficas (cardíacas, vasculares e intervencionista).
- **Contraste de gadolinio:** se administra por vía intravenosa y se utiliza para la resonancia magnética.
- **Contrastes intestinales:** se administran por vía oral o rectal. Por ejemplo, el gastrografin y el bario.

Contrastes negativos:

- **Aire:** se utiliza en la colonoscopia virtual por TC para distender el colon.
- **Dióxido de carbono (CO2):** se inyecta a través de una bomba para distender el tubo digestivo, por vía oral o rectal.

Contrastes neutros:

- **Agua:** se administra por vía oral o rectal para distender las estructuras intestinales.

Cosas a tener en cuenta

- La función renal (revisando analítica de sangre): Se puede pautar la dosis de contraste según la función renal, proporcionar medidas para proteger los riñones y en caso de existir alguna alteración desestimar su uso.
- Uso de ciertas medicaciones: En el caso de la metformina (antidiabético oral) es necesario retirar el fármaco 2 días antes de la prueba.

- Embarazo.

- Antecedentes de alergias al contraste radiológico: En caso de haber tenido una reacción alérgica previa y considerarse necesario el uso de contraste se puede tomar una mediación para prevenirla (antihistamínico y corticoide).

Medidas previas a la prueba

- El paciente debe acudir a la cita tras haber mantenido 6 horas de ayunas. Si es imprescindible se puede tomar la medicación habitual con un poco de agua.
- El paciente debe llevar leído y firmado el Consentimiento Informado proporcionado por el médico solicitante, donde se explica el uso del contraste y las posibles reacciones que puede tener, y que expresa la autorización necesaria para la administración de estos.

Medidas posteriores a la prueba

- Mantener una correcta hidratación en las horas posteriores a la prueba, recomendando aumentar en un litro de agua su ingesta habitual ese día.
- Tras la prueba se puede hacer vida normal, incluido deporte.
- La lactancia materna no debe ser suprimida. Las revisiones publicadas en los últimos años aconsejan continuar la lactancia con normalidad tras la administración de contraste intravenoso, ya que la minúscula cantidad que pasa al bebé no produce ningún daño.

Conclusión

Los medios de contraste son una herramienta fundamental en las pruebas de imagen. Sus múltiples usos y formas de administración nos permiten tener un amplio rango en la elección del medio de contraste adecuado para cada paciente en particular.

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

Abordaje de la separación de padres desde la perspectiva de la psicología en la Atención Primaria

*José Manuel Sanz Cruces. Psicólogo clínico.
Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil.
Hospital Universitario Institut Pere Mata (Reus).*

David Navarro González. Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Parque de Bomberos Trinitarios



Las derivaciones de niños y preadolescentes de pediatría a psicología a propósito de problemáticas secundarias a separaciones entre padres son comunes en los centros de salud en los que trabajamos los psicólogos clínicos.

Estos casos pueden dividirse en dos categorías principales. En primer lugar, están los padres preocupados por el posible "trauma" que la separación pueda causar en sus hijos. En segundo lugar, los progenitores que buscan ayuda porque "el niño no quiere ir con el padre/madre y se pone muy nervioso cuando piensa en ello".

Los primeros casos suelen obedecer a angustias y sentimientos de culpa de los progenitores y tienden a remitir de forma espontánea, sin requerir intervención psicológica, tras un periodo de adaptación a la nueva configuración familiar que puede durar meses. Mientras que los segundos, aquellos en los que la relación entre los padres es de confrontación y baja capacidad para llegar a acuerdos y colaborar, son mucho más complejos de manejar y tratar, pudiendo llegar incluso a incumplir los acuerdos de custodia dictados por la justicia.

Analicemos desde la perspectiva de la psicología clínica que hay detrás de este segundo escenario. Utilizaré las palabras "madre" y "padre" para referirme a los roles habituales que cada sexo cumple para el niño (pero no siempre tiene por qué coincidir).

Identificarse con el progenitor

Para intentar abordar estas situaciones de la manera más efectiva posible y no convertirse en un elemento más de la dinámica de alianzas y conflictos entre los padres, es fundamental entender el funcionamiento típico de estos casos. En general, el niño tiende a identificarse con el progenitor que considera más débil, adoptando sus creencias, actitudes y comportamientos.

El otro progenitor, habitualmente el padre, puede ver al niño como un reflejo de la madre y acusar a esta última de "manipularlo". Así mismo, este padre termina por vincularse con el niño como si de su "exmujer" se tratara, actuando el rechazo inconsciente que siente hacia aquel.

Esto lleva al niño a percibir ese rechazo y confirmar sus sentimientos de no ser suficiente y de ser culpable de la separación.

También puede darse lo contrario, que el niño se identifique con el padre ausente y llene de rechazo y rabia a la madre que se encuentra sola y desbordada en la crianza. El resultado es similar, la vinculación madre-hijo se vuelve ambivalente y el hijo se anega de rabia y culpa que no sabe gestionar.

En términos clínicos, el motivo principal que me encuentro en consulta suele venir de la madre que refiere "mi hijo no quiere ir con el padre, se pone muy nervioso cuando lo piensa y vuelve descontrolado después".

La edad de los hijos en la separación

Además de la ansiedad y el negativismo, estos casos suelen manifestar una variedad de síntomas, que dependen de factores como la capacidad intelectual, la adaptación escolar, el sexo y la edad del niño en el momento de la separación de sus padres. Por ejemplo, en niños suelen surgir dificultades para atender y concentrarse en la escuela, y problemas de comportamiento como ataques de rabia y desafíos a la autoridad. En el caso de las niñas, se pueden observar conflictos en la adaptación social, manifestándose como sentimientos de exclusión, celos o relaciones excesivamente dependientes de otras niñas,

en definitiva, inseguridad. La edad que tienen los hijos en la separación de sus padres es otra variable de importancia ya que los niños cuanto más pequeños, mayor narcisismo y, por lo tanto, mayor tendencia a atribuirse la culpa de la separación.

La rabia y la pérdida de autoestima

Subyacente a estos problemas clínicos, hay como común denominador dos factores: la rabia, y la pérdida de autoestima.

1. La rabia se dirige hacia el progenitor que el niño considera más fuerte y sobre el que proyecta su propia culpa por la separación, esto es, el dolor que siente por no haber sido suficiente para mantener el matrimonio unido. Este dolor está en la génesis de la clínica de estos niños.

2. La pérdida de autoestima es a su vez secundaria al abandono de las funciones del padre. Esta baja autoestima del niño puede hacerse más severa si el padre vuelve a formar otro núcleo familiar, lo que puede generar sentimientos de exclusión, celos e ira incontenibles (suelo encontrar relaciones muy complicadas entre la hija y la nueva pareja del padre).

A pesar de conocer el funcionamiento de estos casos, el tratamiento es muy complicado ya que el niño se convierte en un objeto de disputa entre los padres, y tenerle en el propio bando confirma la culpabilidad del otro y una victoria frente al "adversario". Esta motivación inconsciente entra en conflicto con el deseo genuino de bienestar para el hijo, por lo que el motivo de consulta al psicólogo o pediatra puede ser ambivalente de inicio. También el trabajo puede complicarse cuando uno de los progenitores, habitualmente el padre, no quiere acudir a las consultas porque las vive como una forma más de manipulación de la madre o un sinsentido para él, afirmando muchas veces que *"el niño está bien"*. Mientras el padre se ausenta, el niño queda atrapado por la madre ocupando un lugar de excesiva responsabilidad, como el de acompañarla o cuidar de ella en algún sentido, generando angustia y culpa nuevamente. Así, la madre transforma lo que inicialmente era *"el niño no quiere ir con el padre"* en *"no quiero que mi hijo vaya con su padre"*, acabando ambos progenitores utilizando a los hijos en sus propios conflictos.

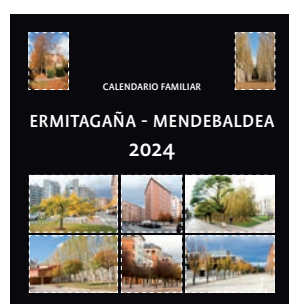
¿Qué debemos transmitir para ayudar a estos padres?

- El objetivo principal es el bienestar de sus hijos. Este bienestar está estrechamente ligado a la vinculación que tengan con él.
- Ayudar al niño a que comprenda que vino al mundo por deseo y amor de esos mismos padres que ahora parecen odiarse.
- Comunicar y transmitir a los hijos la nueva situación familiar de manera clara. Los niños desarrollan en su mente lo que no se les explica.
- El conflicto que tenga entre ellos debe separarse de la relación con sus hijos, evitando utilizarlos, consciente e inconscientemente.
- El profesional sanitario está presente para ayudar en este proceso. No se posiciona, no toma partido, es alguien objetivo e imparcial, y su fin último es el bienestar de los niños.

PubliSic
COMUNICACIÓN

M 618 463 122 | mercheferrer@publisic.com

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

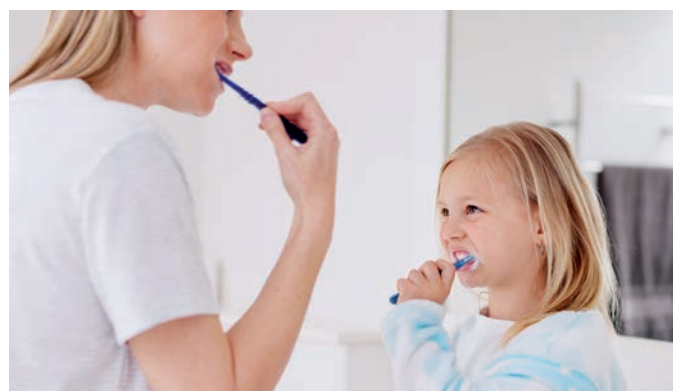




El valor del cepillado dental en los niños

Comunicación Edificio Policlínica Artica

sannas
DENTOFACIAL



"Cariño, tienes que cepillarte los dientes..."

Esta frase podría ser de las más repetidas todos los días en las familias. Pero si analizamos un poco este sencillo acto podemos ver cosas interesantes.

En nuestras consultas, muchas veces nos piden los padres o tutores que transmitamos a los pequeños la importancia de un buen hábito del cepillado, el cuidado que deben tener con los dientes (aunque sean de leche), la importancia que tiene para la salud general, los peligros de una dieta muy rica en carbohidratos en la formación de las temidas caries, etc. En fin, una serie de mensajes al respecto, que intentamos transmitir con el mayor interés.

En todo caso, hay que tener en consideración que uno de los aspectos más importantes en toda formación es transmitir con el ejemplo, cosa que no siempre se cumple. Otro aspecto a considerar, es el hecho de que un mensaje que se trasmite una vez en un lapso corto de tiempo, en la consulta, con frecuencia se olvida. De ahí, la importancia de los responsables de los niños de repetir el mensaje, perseverar en la acción; otras veces empezamos con mucho ánimo y después de unos días la motivación cae y con ello el hábito....

Otros aspectos como la edad en la que salen los dientes o cuándo ocurre el recambio dentario?, sin olvidar los malos hábitos como morderse las uñas, respirar por la boca o chuparse el dedo, deben estar presentes en los responsables de los niños. Se debe contactar con los profesionales cuando se observe algo que pueda parecer que no marcha bien. Es mejor "pecar" por exceso, que por defecto, mejor consultar cuando salen las dudas que "esconder la cabeza".

sannas
DENTOFACIAL

CENTRO DE REHABILITACIÓN ORAL

TRABAJO INTERDISCIPLINAR CON LABORATORIO
EXPERTOS EN CASOS COMPLEJOS



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

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

ODONTOLOGÍA HOSPITALARIA

ARO (Alto Rendimiento Odontológico)
IMPLANTOLOGÍA
BRUXISMO Y DOLOR OROFACIAL
UNIDAD DEL SUEÑO
PERIODONCIA
ORTODONCIA
CIRUGÍA MAXILOFACIAL
ODONTOPEDIATRÍA



En una ocasión comenté a una madre que aunque era nuestra labor ayudar a la formación del cuidado bucodental, "no deberíamos hacerlo", ya que ello podría conllevar a una disminución de el volumen de trabajo en las consultas. La mujer ojiplática no podía creer lo que decía, obviamente estaba tratando de llamar su atención y que se tomara en serio el tema, porque hay obligaciones que no se pueden "derivar" y deben ser asumidas con responsabilidad.

El adquirir un hábito bueno, cepillarse los dientes, se hace a base de repeticiones, lo que conlleva un esfuerzo y traerá como resultado el desarrollo de una virtud.

Detrás de este sencillo acto se esconden valores como el esfuerzo personal de quien se está formando, el orden, la disciplina, el desarrollo de rutinas buenas, un aporte a la autoestima, etc., es decir, factores que contribuyen a la buena formación de las personas.

Desde Sannas Dentofacial trabajamos permanentemente en la educación de los pacientes niños y adultos, deseamos que el estado de salud oral alcanzado en los tratamientos perdure en el tiempo, y de esta forma, contribuir al bienestar de las personas con una buena salud general como base.

Se avecinan tiempos de muchos dulces, dietas ricas en carbohidratos, períodos vacacionales en los cuales "da pereza" cepillarse... nuestra recomendación, no bajar la guardia, se puede comer de todo, en su justa medida y sin descuidar los buenos hábitos.



sannas
DENTOFACIAL

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el 60 y el 90 % de los niños en edad escolar padecen caries.

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



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



La contaminación ambiental como elemento distorsionador de nuestra salud

Dra. Tina Herrero Jordán. FEA Neumología Hospital Reina Sofía. Tudela

Dra. Susana Clemos Matamoros, Dra. Adriana Ger Buil y Dra. M^a Jesús Igúzquiza Pellejero.

FEA Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela

La contaminación ambiental es el término empleado para denominar a toda aquella sustancia orgánica o inorgánica que durante su creación o manipulación puede llegar hasta la atmósfera e incorporarse a la misma (tomando forma de polvo, humo, gas o vapor) y que, alcanzando niveles suficientes, es capaz de generar algún tipo de efecto deletéreo en nuestra salud. Cualquier sustancia.

El origen de la contaminación ambiental, ya sea directa o indirectamente, es siempre la acción del ser humano. Y, si bien la contaminación ambiental existe desde que lo hace el propio ser humano, no es hasta la aparición de la revolución industrial y todas las transformaciones que trajo consigo que los niveles de contaminación empiezan a crecer hasta alcanzar los desproporcionados niveles que encontramos hoy en día.

Actualmente las principales fuentes de contaminación ambiental a nivel global son: las fábricas y edificios que albergan industrias, los vehículos a motor que emplean combustibles fósiles para su funcionamiento, los incendios forestales y los sistemas de calefacción.

Clasificación de contaminantes

Cuando hablamos de contaminantes ambientales lo más habitual es subdividirlos en dos categorías: contaminantes primarios y contaminantes secundarios. Los primarios son aquellos que se emiten al aire de forma directa y que sin sufrir ningún tipo de transformación son capaces de alterar la salud humana. Por otra parte, los secundarios son aquellos que se crean en la propia atmósfera cuando diferentes sustancias, contaminantes primarios, interaccionan entre ellos dando lugar a la aparición de nuevas sustancias.

De esta forma los principales contaminantes quedarían clasificados de la siguiente manera:

Contaminantes primarios:

- **Monóxido y dióxido de carbono:** proviene principalmente de la combustión incompleta de carbón, petróleo, madera y gas natural.
- **Óxidos de azufre:** provienen principalmente de la combustión de azufre que se realiza a nivel industrial.
- **Óxidos de nitrógeno:** secundarios a la quema de combustibles fósiles (tráfico, fábricas...).

Contaminantes secundarios:

- **Ozono:** es el principal contaminante atmosférico y su aparición resulta de la interacción

entre el dióxido y/o el monóxido de carbono con otros compuestos volátiles orgánicos.

- **Material particulado:** se identifican con las siglas PM seguidas de un número que representa su tamaño, dependiendo del tamaño de la partícula son capaces de crear daño a un nivel u otro del cuerpo humano (PM10 se depositan en nariz y vías respiratorias altas, PM 2.5 se depositan en el árbol bronquial y el parénquima pulmonar).

Principales efectos sobre la salud de la contaminación ambiental

En cada respiración introducimos en nuestro organismo 500 mililitros de aire, o lo que es lo mismo, cada día llegan a nuestros pulmones y árbol bronquial, aproximadamente, 10.000 litros de aire. El aire está compuesto principalmente por nitrógeno y oxígeno pero también contiene, aunque en cantidades muy inferiores, dióxido de carbono y otros contaminantes. Es decir, cada respiración que hacemos constituye una puerta de entrada a nuestro organismo para la contaminación ambiental. Otros mecanismos de entrada de la contaminación a nuestro organismo incluyen: la lluvia ácida, contaminación del agua que bebemos, contaminación del suelo y los alimentos...



Las poblaciones más expuestas al efecto de la contaminación ambiental son, por una parte, mujeres y niños, en este caso principalmente por el efecto de la contaminación en ambientes cerrados, y, por otra parte, los trabajadores al aire libre, en este caso fruto de la contaminación en ambientes abiertos.

Las estimaciones más recientes de la organización mundial de la salud hablan de 13 fallecimientos cada minuto, en todo el mundo, como consecuencia de la contaminación ambiental. O lo que es lo mismo, 7 millones de personas fallecen en todo el mundo cada año a causa de la contaminación ambiental en espacios abiertos o cerrados, acercando el foco a España encontramos que la cifra se sitúa en las 50.000 muertes anuales.

Las principales causas de muerte secundarias a la contaminación ambiental son las siguientes: cardiopatía isquémica (34% de los fallecimientos), neumonía (21% de los fallecimientos), accidentes cerebrovasculares isquémicos (20% de los fallecimientos), enfermedad pulmonar obstructiva crónica, EPOC, (19% de los fallecimientos) y cáncer de pulmón (7% de los fallecimientos).

Contaminación ambiental y enfermedades respiratorias

Tal y como hemos indicado previamente, la respiración es el principal mecanismo de entrada de las sustancias contaminantes a nuestro organismo, es por ello que el aparato respiratorio será el principal damnificado por los efectos de la contaminación ambiental. Encontramos múltiples patologías en las cuales la contaminación ambiental tiene un papel relevante, pero en las que existe mayor

evidencia es en: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y asma.

EPOC

Está ampliamente demostrado que la contaminación ambiental aumenta el riesgo de aparición de EPOC tanto en personas fumadoras, actuando en sinergia con el tabaco, como en no fumadoras. En este último grupo la contaminación ambiental es capaz de ser responsable único de que el paciente desarrolle la enfermedad. De hecho la contaminación ambiental por combustión de carbón y biomasa en cocinas y estufas, muy habitual en países en vías de desarrollo, constituye la segunda causa de desarrollo de EPOC a nivel mundial, siendo especialmente relevante en el caso de las mujeres.

No solo es capaz de provocar la aparición de la enfermedad, además la contaminación ambiental es capaz de alterar y empeorar la evolución de la misma. Múltiples estudios han demostrado que en aquellos días donde se producen picos de contaminación en el ambiente, también se producen agudizaciones de la enfermedad y empeoramientos generalizados en los síntomas de los pacientes.

Los principales contaminantes que han demostrado tener relación con el desarrollo y la evolución de la EPOC son las micropartículas, el dióxido y el monóxido de carbono.

ASMA

Los pacientes asmáticos son, sin lugar a dudas, los pacientes que presentan mayor sensibilidad a cualquier pequeño cambio ambiental, es por ello que la contaminación es capaz de alterar de innumerables formas la evolución de su enfermedad.

Al igual que ocurría con la EPOC, la contaminación ambiental es causa conocida de aparición de asma, de hecho múltiples estudios han demostrado que, en zonas industrializadas con alta carga de contaminación, la incidencia de asma es hasta 10 veces mayor. No solo eso, estudios realizados en población infantil sitúan a la contaminación ambiental como responsable de casi el 40% de los casos de asma en niños.

Además la contaminación ambiental y el cambio climático, principal consecuencia de la contaminación ambiental, alteran de forma notable la evolución de todas las enfermedades alérgicas y, por tanto, del asma bronquial. La polinización se ve alterada cada año por las alteraciones del clima, y además, cada vez los niveles de alérgenos en el ambiente son mayores y se prolongan durante más tiempo, lo cual se traduce en incrementos de síntomas y crisis en los pacientes asmáticos. Por otra parte los contaminantes son capaces de, además de aumentar los niveles y el tiempo de los alérgenos en el aire, trabajar de forma sinérgica con ellos para potenciar el daño en el árbol bronquial y en la calidad de vida de los pacientes.

En el caso del asma los contaminantes ambientales que por ahora se ha demostrado más influyen en la enfermedad son: ozono y micropartículas.

Situaciones con niveles elevados de cualquiera de estas dos sustancias se han relacionado con: pérdida acelerada de función pulmonar, empeoramiento franco de síntomas (especialmente tos, falta de aire y autoescucha de ruidos respiratorios) e incremento de ingresos hospitalarios y visitas a urgencias.

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

Anestesia en el paciente anciano. Parte II

El deterioro cognitivo

Carlos Aisa Sancho y Andrés Alegre Cortés. MIR de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Navarra.

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

Gracias a los avances en la medicina y los cambios en los estilos de vida, somos cada vez más longevos. Esto implica un aumento del número de pacientes de edad avanzada que pasan por quirófano. Durante el envejecimiento, las reservas funcionales disminuyen al igual que la capacidad de respuesta ante determinadas agresiones, como puede ser una cirugía.

De esta manera, los anestesiólogos nos encontramos día a día con pacientes añosos, que sufren distintos tipos de enfermedades asociadas a la causa que les trae a quirófano y con un grado de deterioro cognitivo que va desde pequeñas alteraciones de la memoria a enfermedades como la demencia o el Alzheimer. Es decir, nos encontramos con pacientes frágiles y vulnerables.

Desde el punto de vista anestésico, debido a este proceso de envejecimiento (fisiológico o no), existe un aumento de las complicaciones postquirúrgicas en el anciano respecto a pacientes más jóvenes. Una de las más preocupantes es la disfunción cognitiva postoperatoria, un síndrome clínico caracterizado por alteraciones en la memoria, concentración, lenguaje, atención, comprensión y relaciones, que persiste tres meses después de someterse a algún procedimiento quirúrgico.

La disfunción cognitiva postoperatoria tiene una incidencia entre el 5 y 50% de los ancianos, y comprende desde una disfunción temporal y leve hasta un trastorno cognitivo permanente. Se produce sobre todo en pacientes sometidos a anestesia general y afecta en mayor medida a aquellos pacientes con una función cognitiva previa deteriorada.

Esta disfunción cognitiva se manifiesta principalmente durante el periodo perioperatorio (antes, durante y después de la cirugía) y, según el grado de deterioro y el momento de aparición, se pueden distinguir las siguientes entidades:

- **Recuperación neurocognitiva retardada:** aparece durante los primeros 30 días postoperatorios y puede variar desde pequeñas alteraciones de la memoria o capacidad de aprendizaje hasta llegar a afectar a las actividades básicas de la vida diaria. No suele afectar a la orientación ni la conciencia. Por ejemplo, un paciente al que después de una cirugía se le ve "más torpe".
- **Trastorno neurocognitivo postoperatorio:** presenta las mismas características que el anterior pero aparece 30 días tras la cirugía y puede durar hasta un año después. Puede ser el caso de un anciano al que en las primeras semanas después de la cirugía no le pasa nada, casi se ha olvidado la cirugía y, de pronto, sin razón aparente "da un bajón".
- **Delirium:** Es la forma más frecuente de disfunción cognitiva. Es la alteración de la atención y de la conciencia que aparece en poco tiempo, que constituye un cambio respecto a la situación previa y que presenta fluctuaciones a lo largo del día. Además, asocia alteraciones de la cognición (memoria, orientación, lenguaje, percepción, ...). Sería por ejemplo un anciano que se agita a deshoras y presenta somnolencia diurna, además de otras alteraciones.

Se cree que el origen de este deterioro se encuentra en la disminución de la reserva funcional de estos pacientes. Por reserva funcional nos referimos al conjunto de capacidades, tanto físicas como mentales y



sociales, que permiten a un sujeto realizar las actividades que requiere su medio, para lo cual precisa desde la fortaleza para poder deambular y realizar actividad física hasta capacidad mental que le permita comunicarse con su entorno. A este respecto, el envejecimiento conlleva a una alteración del medio interno (estrés oxidativo, disfunción mitocondrial y elevación de marcadores inflamatorios) que provoca inflamación de las estructuras del sistema nervioso central y, por tanto, alteración de los neurotransmisores.

A corto plazo, la aparición del deterioro cognitivo postoperatorio se traduce en un aumento del tiempo de hospitalización, un aumento de las complicaciones y mortalidad, mayor riesgo de institucionalización y mayor coste socio-económico. A mayor disfunción cognitiva respecto a la situación basal, peor pronóstico. De la misma forma, la aparición de delirium postoperatorio empeora el pronóstico a corto plazo de estos pacientes.

Pero la aparición de la disfunción cognitiva postoperatoria no sólo está causada porque un paciente es sometido a una anestesia, sino que hay otros factores implicados durante el perioperatorio tanto o incluso más influyentes que la anestesia: edad, situación basal (deterioro cognitivo previo, desnutrición, pluripatología, ...), complejidad de la cirugía, cirugía urgente, infecciones, complicaciones respiratorias, alteraciones visuales o auditivas previas, sangrado, dolor, deshidratación, alteraciones del sueño, escasa movilidad ... Por lo tanto, durante la estancia hospitalaria tenemos que alimentar bien a nuestros pacientes, estimularlos mentalmente, promover su movilidad, ajustar las horas de sueño y descanso, proporcionales apoyo auditivo y visual, así como mantenerlos bien hidratados.

¿Qué hacemos los anestesiólogos?

Desde el punto de vista anestésico lo primero que hacemos es evaluar la capacidad funcional de estos pacientes de forma indirecta, atendiendo sobre todo al grado de dependencia o independencia para las actividades básicas de la vida diaria, así como conocer el nivel de deterioro cognitivo del que partimos. Esta valoración funcional asociada a la evaluación clínica del paciente se traduce en una escala denominada ASA, que marca el riesgo de sufrir complicaciones que tiene un paciente que va a ser intervenido, independientemente de la cirugía.

Una vez detectados aquellos pacientes con mayor riesgo, en numerosos casos se procede a realizar un proceso de pre-habilitación de cara a la cirugía para optimizar, en la manera de lo posible, la reserva funcional.

El día de la cirugía, el anestesiólogo responsable del paciente se encargará de elegir la anestesia más segura y a la vez más efectiva para el

paciente. Pero, ¿cuál se asocia a mayor riesgo de deterioro cognitivo postoperatorio, la anestesia general o la locorregional? Numerosos estudios muestran que no hay diferencias en cuanto a la técnica anestésica empleada pero sí se ha visto que, durante la anestesia general, los pacientes que están "más dormidos" presentan un mayor riesgo de esta complicación. Desde hace años contamos con monitores que miden la "profundidad anestésica", que nos permiten asegurarnos de que los pacientes estén dormidos y administrarles de esta forma la menor dosis de anestésico necesaria.

Independientemente del tipo de anestesia que utilicemos, está en nuestras manos el control de otros factores de riesgo asociados a esta entidad como son: el control del dolor, evitar la hipotensión durante la intervención, disminuir transfusiones... Y todo ello, utilizando fármacos que no estén asociados al desarrollo de deterioro cognitivo postoperatorio.

Dentro del periodo postoperatorio, desde que el paciente sale de quirófano, además de las medidas anteriores intentamos orientar al paciente en lugar, tiempo y espacio (sobre todo espacios iluminados), le familiarizamos con el ambiente y el personal intentando hacer los mínimos cambios de los mismos, recordaremos lo ocurrido y el plan que tenemos con él. Con éstas y otras medidas podemos reducir drásticamente el riesgo de desarrollo de delirium postoperatorio. Además, trataremos causas subyacentes como infecciones, dolor, deshidratación, alteraciones en la analítica, estreñimiento, retención urinaria, que se asocian a mayor riesgo de deterioro cognitivo postoperatorio.

"Delibes dice que como escritor «murió en Madrid el 21 de mayo de 1998, en la mesa de operaciones de la clínica La Luz (...) En el quirófano entró un hombre inteligente y salió un lerdo. Imposible volver a escribir. Lo noté enseguida. No era capaz de ordenar mi cerebro. La memoria fallaba y me faltaba capacidad para concentrarme». No se queja porque «otros tuvieron menos tiempo». Pero se niega a aceptar su supervivencia como una victoria. «Los cirujanos impidieron que el cáncer me matara, pero no pudieron evitar que me afectara gravemente. No me mató, pero me inutilizó para trabajar el resto de mi vida. ¿Quién fue el vencedor?»"

El manejo de los pacientes ancianos y sobre todo de aquellos que consideramos frágiles, requiere un abordaje multidisciplinar: geriatras, médicos de medicina interna, cirujanos, enfermeras y nosotros, los anestesiólogos. Por ello, es importante detectar rápidamente a estos pacientes y actuar en conjunto para que su paso por el hospital afecte lo mínimo posible a su día a día y al de sus familiares.



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**



Telemedicina y telemonitorización en hospitalización a domicilio: el hospital del mañana, hoy

Diego Aguiar Cano. Md. PhD. FEA de Medicina Interna, Hospital Universitario de Navarra.

Dra. María Ruiz Castellano. FEA de Medicina Interna. Jefa de sección de Hospitalización a Domicilio. Unidad de paciente crónico pluripatológico y Equipo hospitalario de soporte paliativo. Hospital Universitario de Navarra

Las previsiones del envejecimiento de la población general, los avances de las tecnologías de la información y comunicación, las preferencias y valores de los pacientes serán los factores moduladores de los cambios venideros en cuanto al modelo de atención desde los Sistemas Sanitarios a los pacientes en el futuro.

Las nuevas tecnologías suponen una revolución en la concepción de la asistencia sanitaria y así quedó demostrado en la atención a los pacientes durante la pandemia por el COVID-19.

En España las Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones (TICs) suponen cerca del 1% del gasto sanitario, muy lejos del 3% del resto de la Unión Europea (UE) y más aún del 7-10% de inversión de otras áreas como las telecomunicaciones.

Telesalud

Cuando hablamos de telesalud, nos referimos, de manera general, al uso de las TICs como medios para proporcionar atención médica, asistencia social, autocuidados, capacitación para profesiones de la salud y educación sanitaria a las personas. Es decir, la telesalud incluye servicios clínicos y no clínicos en los que interactúan de manera remota pacientes, sanitarios, farmacéuticos, laboratorios, aseguradoras médicas, instituciones oficiales, proveedores, personal administrativo y asistentes sociales.

Telemedicina y telemonitorización

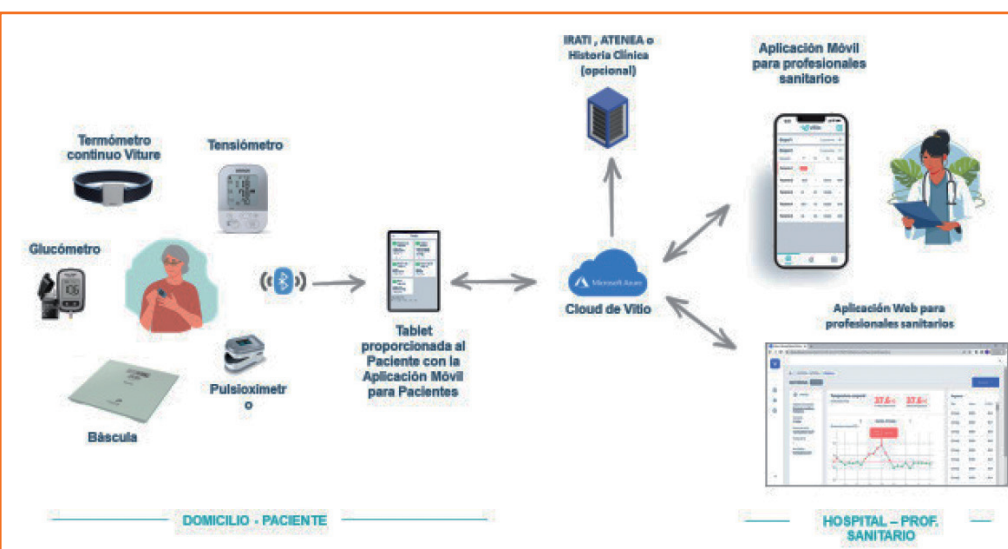
Cuando hablamos de telemedicina, nos referimos exclusivamente a la prestación directa de servicios de salud relacionados con la prevención, tratamiento y diagnóstico que se llevan a cabo en remoto entre profesionales sanitarios y pacientes o en entre el propio personal sanitario para intercambiar información con el fin de mejorar el estatus de salud del paciente. Por lo tanto, la telemedicina engloba entre otras, la telemonitorización, teleasistencia, el telediagnóstico, la telecirugía y la telefarmacia. La telemonitorización consiste en la vigilancia remota de los parámetros fisiológicos y biométricos de un paciente (tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, peso...). La telemedicina y la telemonitorización en la época anterior a la COVID-19 ya constituía una herramienta útil en la práctica asistencial, aunque la gestión del cambio, las exigencias normativas y las necesidades tecnológicas, hacían avanzar de manera lenta su implementación. La crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 ha incrementado y acelerado el uso de las TICs en el ámbito asistencial, en este caso para evitar aglomeraciones en las salas de espera de los centros sanitarios y contagios en pacientes vulnerables. La telemedicina y la telemonitorización han demostrado ser un buen instrumento y un mecanismo que ha permitido el seguimiento de pacientes y procesos asistenciales a distancia y, al mismo tiempo, ha sido bien aceptada por los profesionales sanitarios, las organizaciones sanitarias y los pacientes.

Entre las ventajas de la telemedicina y telemonitorización se encuentran:

- Favorecen la autonomía y el autocuidado del paciente.
- Aumentan la adherencia terapéutica y la calidad de vida.
- Mejoran la comunicación médico-paciente en beneficio de la salud y satisfacción del paciente.
- Reducen el estrés de pacientes y familiares al aportarles tranquilidad, seguridad y ayuda
- Mejoran la atención de aquellas personas que viven en lugares remotos.
- Acortan el tiempo e respuesta médica ante eventuales descompensaciones del paciente
- Evitan los inconvenientes de los desplazamientos y tiempos de espera en los centros sanitarios.
- Optimizan los recursos sanitarios.

La hospitalización a domicilio

La hospitalización a domicilio (HAD) es una modalidad asistencial alternativa, integrada en la prestación sociosanitaria de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, capaz de realizar en el domicilio procedimientos diagnósticos, terapéuticos y cuidados similares a los dispensados en los centros hospitalarios. Existe evidencia científica que demuestra su eficacia en términos de disminución de mortalidad, reingresos y costes, además de una alta satisfacción de pacientes y familiares. La Unidad de HAD del Hospital Universitario de Navarra (HUN) ingresa anualmente 3500 pacientes en sus domicilios, que presentan



KIT DEL DOMICILIO Y KIT DEL HOSPITAL

problemas médicos crónicos descompensados, complicaciones post-quirúrgicas agudas, infecciones agudas o subagudas... También ingresan pacientes que precisan ciertos cuidados o técnicas de enfermería (curas complejas, transfusiones de sangre, quimioterápicos...). Son procesos en general que requieren de atención y técnicas de rango hospitalario.

El equipo de HAD visita al paciente periódicamente y realiza en el domicilio las pruebas diagnósticas necesarias, como análisis, electrocardiograma, monitorización de la presión arterial, saturación de oxígeno, etc. Igualmente se realizan procedimientos terapéuticos como tratamientos antibióticos intravenosos, nutrición artificial, oxigenoterapia, curas complejas y transfusiones de sangre, siempre con las mismas garantías de atención y seguridad que en el centro hospitalario.

La HAD comporta numerosas ventajas con respecto a la hospitalización convencional, ya que la convalecencia se realiza en un entorno conocido y más cómodo (hogar), en compañía de los familiares –que se ven liberados de la carga de desplazamientos y noches de cuidados en el hospital–, evita las infecciones adquiridas en el centro hospitalario, los pacientes se desorientan menos y la recuperación funcional es más rápida. Además, esta forma de hospitalización permite un mejor uso de los recursos sanitarios y mejora la coordinación entre los equipos profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada. Como desventaja está el hecho de que los pacientes no cuentan con un profesional sanitario a "pie de cama" las 24 horas del día para atender las posibles eventualidades que puedan surgir durante el ingreso, es en este ámbito donde probablemente las TICs puedan suponer un cambio y mejora muy relevante.

Kit de telemonitorización

En la Unidad de HAD del HUN también la

pandemia por COVID-19 puso de manifiesto la necesidad de mejorar la atención de los pacientes en su domicilio especialmente en el ámbito de la detección precoz de los datos de alarma por deterioro clínico de la enfermedad o descompensación.

Esta situación aceleró la incorporación a las nuevas tecnologías y se puso en marcha un programa de telemedicina y telemonitorización en colaboración con el Servicio Navarro de Salud y la empresa tecnológica navarra Vito.

A los pacientes que ingresan en HAD se les entrega un "kit de telemonitorización" que contiene un sensor de temperatura continua, un tensiómetro, un pulsioxímetro, un glucómetro y una báscula. Los pacientes y sus familiares, tras una breve formación por parte del equipo de HAD, en vez de usar sus propios dispositivos de medida utilizan los dispositivos del kit para la toma de sus constantes vitales. En el domicilio se les suministra un receptor (dispositivo móvil smartphone o tablet) capaz de recoger por tecnología bluetooth los datos de la toma de constantes y enviarlos de forma segura a una nube y de allí volcarlos en tiempo real a la APP/Web que consultan los profesionales sanitarios de HAD.

El sistema es capaz de emitir alertas si los datos sobrepasan los rangos predefinidos como normales para cada situación. Estas alertas son recibidas por los profesionales de medicina y enfermería de HAD en tiempo real, lo que permite acortar los tiempos de respuesta. Además, a través del dispositivo móvil o la tablet se pueden realizar videollamadas de seguimiento, cuestionarios diarios de salud para los pacientes, descargar información útil sobre autocuidado y recomendaciones saludables.

Desde que se integró la iniciativa de la telemedicina y telemonitorización en HAD se han realizado más de 1000 estudios en pacientes con una elevada satisfacción por parte de los

estos y de los profesionales sanitarios de la Unidad. Su uso ha contribuido a:

- recopilar, de una forma ordenada y coherente, la información clínica del paciente permitiendo un uso compartido de la información
- reducir errores médicos
- enriquecer las interacciones médico-paciente
- capacitar a los pacientes en la autogestión del cuidado, manejo y control más adecuado de la patología que ha motivado el ingreso
- mejorar el cumplimiento terapéutico
- facilitar la detección y actuación precoz en las descompensaciones o exacerbaciones que surjan durante el ingreso hospitalario.

Mejora la atención de los pacientes

La incorporación de las nuevas tecnologías en la HAD del HUN ha permitido mejorar la calidad de la atención de los pacientes, atender en el domicilio casos más complejos con un mejor control clínico y una detección precoz del agravamiento de la enfermedad. Por otro lado, ha contribuido a ordenar la asistencia en momentos de elevada demanda. Además, la percepción de atención y cuidado de los pacientes y cuidadores ha mejorado y con ello su satisfacción y sensación de seguridad durante el ingreso domiciliario.

Los principales retos que tenemos por delante son garantizar la accesibilidad a la telemedicina y telemonitorización a todos los pacientes ingresados en HAD en Navarra y reducir la brecha digital con dispositivos y aplicaciones sencillos de manejo que permitan un uso universal. Para ello, los Sistemas Sanitarios tienen que favorecer la integración en los equipos asistenciales de nuevos perfiles profesionales como ingenieros, matemáticos o informáticos que nos ayuden a desarrollar y adaptar la tecnología a la atención de los pacientes en sus domicilios.



Protegiendo a los más pequeños: bronquiolitis por Virus Respiratorio Sincitial

Neus Saloni Gómez. Residente de Pediatría y Áreas Específicas.

Laura Moreno Galarraga y Natividad Viguria Sánchez. FEA Pediatría. Unidad de Neumología infantil, Hospital Universitario de Navarra

Virus Respiratorio Sincitial (VRS): una amenaza visible

Año tras año, y con la llegada del otoño, vuelve a resonar con fuerza la palabra bronquiolitis, captando la atención tanto del personal sanitario como de las familias.

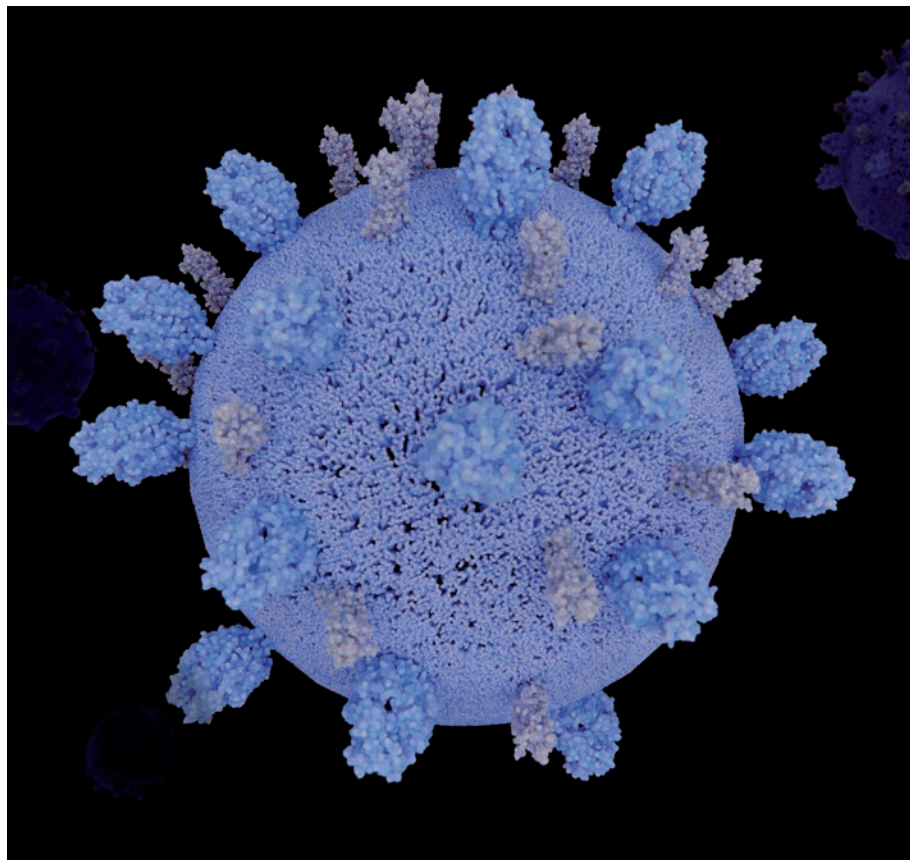
Según asociaciones internacionales, la bronquiolitis se define como el primer episodio de dificultad respiratoria que afecta a lactantes y niños menores de dos años. Es debido, en su gran mayoría, a infecciones víricas, siendo el virus respiratorio sincitial (en adelante, VRS), el protagonista estrella. Llega a afectar a más del 75% de los niños en sus primeros dos años de vida. Este virus, que se propaga muy fácilmente a través del contacto con secreciones de otras personas infectadas, suele causar inicialmente clínica catarral leve pero, puede evolucionar hasta cuadros más graves con dificultad respiratoria y necesidad de soporte respiratorio.

El VRS es el causante de brotes epidémicos anuales que generan un elevado número de consultas a urgencias e ingresos en planta de hospitalización y cuidados intensivos. La mortalidad, en nuestro medio, es baja dada la accesibilidad al sistema sanitario y disponibilidad de recursos. Ahora bien, en países de baja renta, sigue siendo una causa importante de mortalidad.

No obstante, a pesar de que los niños tienen vías respiratorias pequeñas y un sistema inmunológico inmaduro lo que les hace ser los más vulnerables, el VRS no solo afecta a los más pequeños de casa sin que también puede causar un cuadro grave en mayores de sesenta años, pacientes con problemas de corazón, EPOC y trasplante de progenitores hematopoyéticos. Es por estos motivos que este virus y, en concreto, su prevención, se ha convertido en una preocupación de salud pública nacional e internacional.

Prevención primaria: lo que ya sabemos

Uno de los valiosos aprendizajes que hemos adquirido tras la experiencia de la pandemia de COVID en relación al contagio de infecciones respiratorias, es la importancia del lavado de manos y el distanciamiento social. El lavado frecuente de manos se ha convertido en una herramienta fundamental en términos de prevención, incluyendo la bronquiolitis causada por el VRS. Además, hemos aprendido que evitar aglomeraciones y, en particular, la asistencia a guarderías en momentos de brotes infecciosos, evitar el contacto con personas con síntomas de infección, ventilar bien los espacios, cubrirnos con la tos, etc... pueden reducir significativamente la propagación de enfermedades. Estos nuevos hábitos de higiene y prevención son un legado positivo que podemos aplicar para proteger a los más vulnerables. Mantener la lactancia materna tiene un efecto protector frente a la infección, y también evitar fumar durante el embarazo y delante del niño.



VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL

Por otro lado, otra estrategia de prevención utilizada ha sido el uso de anticuerpos monoclonales (conocidos coloquialmente como "defensas"), como es el caso de palivizumab, el cuál bloquea la entrada del virus en las células. Estaba indicado exclusivamente para recién nacidos y lactantes con condiciones médicas de alto riesgo para desarrollar cuadros graves por VRS (prematuridad, patología pulmonar grave, cardiopatías, etc...). Se debían inyectar 1 dosis cada 30 días durante 5 meses. Esto conlleva cumplir adecuadamente todas las dosis para evitar la desprotección, y la exposición hospitalaria a niños frágiles dado que se debía administrar en este entorno. Ahora bien, es importante tener en cuenta que el 95% de los ingresos por VRS se producen en niños sanos y, por lo tanto, que no han recibido prevención con palivizumab.

Es por eso que, aunque ha sido una buena opción para proteger a los pequeños más vulnerables, los esfuerzos en la investigación médica se han centrado en el desarrollo de herramientas de prevención que sean aplicables para una mayor proporción de población infantil.

La nueva herramienta contra el VRS: Nirsevimab

En noviembre de 2022, se aprobó tras haber realizado ensayos clínicos un nuevo anticuerpo monoclonal llamado Nirsevimab. Actúa bloqueando la entrada del virus a las células. En los ensayos clínicos realizados, se ha objetivado que es 50 veces más potente que el Pavilizumab para neutralizar el virus. Además, tiene una vida media más larga, confiriendo protección de, al menos, 5 meses, lo que permite que sea suficiente administrar una sola dosis intramuscular del fármaco para estar protegido durante toda la temporada de invierno.

Las indicaciones varían según comunidades autónomas y países. En Navarra, se ha aprobado la inmunización a todos los que hayan nacido entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de 2023, plazo que podrá extenderse al primer trimestre de 2024, según la circulación del virus en nuestra comunidad en dicho momento. La administración de Nirsevimab

puede hacerse desde el nacimiento, y debe ser previa al alta hospitalaria, para reducir la posibilidad de que el paciente haya entrado en contacto con el virus. Aparte de los recién nacidos, también se usará este anticuerpo para inmunizar a aquellos lactantes de alto riesgo que cumplen criterios para recibir inmunización contra este virus.

En cuanto a la seguridad, es un fármaco en general bien tolerado y seguro. La reacción adversa más frecuente, aunque solo se describe en menos del 1% de los casos, es la erupción cutánea leve en los 14 días posteriores a la inyección. Menos frecuente todavía es la aparición de fiebre y dolor en el lugar de la inyección.

Así pues y, en conclusión, la bronquiolitis causada por el VRS es una preocupación importante para todos. No debemos olvidar que las medidas básicas de prevención son imprescindibles. No obstante, para los más pequeños se dispone de una nueva herramienta de prevención muy útil que confiamos en que reduzca los casos graves de esta patología. Finalmente, se recomienda siempre consultar con un profesional de la salud para ampliar la información sobre las nuevas herramientas de prevención y recibir la mejor orientación sobre el manejo de esta patología.

El acompañamiento espiritual y religioso -caricia- en los cuidados paliativos que producen bienestar y paz interior

José Ignacio Martín Badules

Responsable del Servicio de Cuidados Espirituales-Religiosos del Hospital Universitario de Navarra

Los pacientes que se encuentran en esta situación de enfermedad presentan unas necesidades básicas que hay que cuidar, y este proceso final de la vida coloca a la espiritualidad y a las creencias religiosas como una fuente de luz, que a muchos de ellos, les da esperanza y una fuerza espiritual interior que trasciende toda dimensión física, social y emocional.

Con el deseo de ofrecer una mejor calidad de vida a las personas que sufren de alguna enfermedad grave surgen precisamente los cuidados paliativos, pero, ¿a qué nos referimos con estos términos de cuidados paliativos o enfermos terminales?

La palabra paliativo proviene del latín "pallium", que significa manto o cubierta, y se podría decir que en nuestro caso hace referencia al hecho de cubrir o cuidar las necesidades que presentan estas personas con el fin de mejorar los síntomas que producen dolor y sufrimientos. Se fundamenta en aliviar el dolor, así como otros síntomas que acompañan la enfermedad; pero esta disciplina, también considera los problemas psicológicos, sociales y espirituales-religiosos con el objetivo de alcanzar la máxima calidad de vida tanto para el paciente como para su familia.

Se podría decir que un paciente paliativo es aquel que presenta una enfermedad crónica, debilitante o amenazante independientemente de su edad. El objetivo tiene como eje el alivio

del dolor y sufrimiento físico, psíquico, y espiritual que se origina por la enfermedad, por su tratamiento o por el hecho de estar próximo a la muerte.

El procedimiento para tratar a estos enfermos paliativos se debe edificar atendiendo a las metas, preferencias, necesidades y cuidados del mismo paciente y su familia, de esta forma y con el apoyo interdisciplinar de los profesionales de la salud, tanto el paciente como su familia, deben ser capaces de tomar decisiones correctamente informadas por los profesionales que le atienden.

Atención integral al paciente

Dentro de estos tratamientos hay que resaltar la importancia de la parte espiritual religiosa, sin referirnos a ningún tipo de creencia o religión.

De acuerdo con la *Guía de Manejo Integral de Cuidados Paliativos* emitida por el Consejo de Salubridad General (CGS) *"la espiritualidad es el conjunto de pensamientos, valores, conceptos, ideas, ritos y actitudes a través de los cuales articulamos nuestra vida y buscamos el sentido, el propósito y la trascendencia de la vida impulsados por nuestro espíritu"*.

Conviene recordar que la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) puntualiza en la necesidad de una atención integral (holística) que considere los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales-religiosos del paciente, y de la misma manera la *Guía de*

Criterios de Calidad en Cuidados Paliativos plantea evaluar las necesidades generadas a partir de estos aspectos. Ambas consideran prioritario atender las necesidades espirituales-religiosas de las personas en esta fase de la enfermedad para ayudarles a morir en paz y reconciliados con ellos y con su entorno.

Algunas de las necesidades espirituales-religiosas más frecuentes que presentan estos pacientes son:

- Ser reconocido como persona. En esta situación el enfermo suele perder su identidad de lo que era, en este caso, el enfermo necesita que los demás le sigan considerando como antes de la enfermedad.
- Volver a leer la biografía de su vida. El paciente necesita hacer un balance positivo de su vida con el fin de poder aceptar más fácilmente su final.
- La búsqueda del sentido. Esto se traduce en encontrar significado a su existencia y sitúa a la persona frente a lo esencial.
- Liberarse de la culpa y perdonarse. El paciente intenta buscar respuestas a cuestiones existenciales como el morir. Necesita encontrar al responsable o culpable de su dolor y sufrimiento.
- Sentirse perdonado. La reconciliación y el perdón son importantes. Facilitar el perdón del paciente hacia los otros y de los otros hacia él, puede llevarlo a reorientar sus emociones, pensamientos y conductas promoviendo emociones y actitudes positivas como la compasión, la empatía y el amor.



- Situar y establecer su vida más allá de sí mismo. En casi todas las personas, existe la necesidad de trascender, de prolongar la vida individual hacia las dimensiones de la humanidad entera o del encuentro con la divinidad o un ser superior.
- Necesidad de continuidad. En relación al futuro, el tiempo limitado puede ser vivido como una frustración, pero también puede estar abierto a lo trascendente. La proximidad del fin puede ayudar a confrontar y considerar una nueva jerarquía de valores.
- Auténtica esperanza, no ilusiones falsas. Vivir en verdad y con verdad, la realidad de su actual situación. La esperanza genera optimismo y suele nacer de las experiencias positivas que se han generado a lo largo de la vida, aunque sea en medio de contrariedades y sufrimiento.

- Expresar sentimientos religiosos. Muchas personas, independientemente de su orientación religiosa, tienen una forma específica de expresar sus sentimientos religiosos cuando se acercan a la muerte. Es muy importante detectar esta necesidad para cuidar sus deseos.
- Amar y ser amado. Este tipo de enfermo, necesita tener una relación positiva con su entorno, con sus seres queridos y con los que le atienden. Es importante que se sienta querido y valorado. Se puede dar consuelo a los enfermos con una caricia suave, respirando al mismo ritmo que ellos, o acompañándoles con nuestra presencia física en silencio.

Bienestar físico y psicológico

La experiencia nos dice, que con esta manera de actuar, el acompañamiento espiritual religioso repercute en el bienestar físico y psicológico de las personas mayores y enfermas al

final de su vida. Cuidando estas necesidades anteriormente citadas, facilitamos que la persona cuente con herramientas para que, pese a su enfermedad incurable, tenga calidad de vida. Al mismo tiempo ayuda a mejorar la relación con su círculo social cercano: familia, amigos y cuidadores.

Crear es bueno y la fe es fuente de salud.

Finalizo este artículo con un pensamiento de San Agustín que a mí me hace mucho bien y de alguna manera me hace sentir y vivir en la verdad:

Existías, Señor, antes de que yo naciese y ningún título poseía para recibir la existencia. Y sin embargo, existo gracias a tu bondad. No se trata, por cierto, de que tengas necesidad de mí. Sencillamente has querido que por Ti sea yo feliz.

¿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

Vuelta al cole: planifica, organiza y crea tu propia rutina

Esperanza Bausela Herreras. Profesora Titular de Psicología Evolutiva y de la Educación. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Pública de Navarra

Planificación y Organización son dos importantes funciones ejecutivas en la vida académica, personal, profesional y laboral de una persona. Estas habilidades son necesarias para fijar objetivos y cumplirlos, por ejemplo, podemos planificar: un viaje, una fiesta de cumpleaños, estudios universitarios o la rutina escolar.

Las Funciones Ejecutivas (en adelante, FE) están controlados en parte por la corteza prefrontal. Es una parte del cerebro que no se desarrolla de forma completa hasta los 20 años de edad. Un buen funcionamiento ejecutivo se asocia con la madurez y nos exige ser pacientes con comportamientos más inmaduros, por ejemplo, comportamientos impulsivos o desorganizados que se dan en los primeros momentos del ciclo vital. Nuestro cerebro de forma progresiva va siendo más competente en hacer planes, monitorizar nuestro progreso, controlar las emociones y los impulsos.

Este desarrollo es fruto y producto de la estrecha interrelación entre lo individual y lo social.

Las FE son mucho más fuertes cuando el niño/a llega a la edad adulta si previamente hemos trabajado para desarrollarlas. Por ejemplo, los niños/as aprenden las bases del control de impulsos en la etapa pre-escolar con instrucciones de los adultos: no toques nada, usa tu voz interior... son algunos ejemplos de cómo vamos enseñando a nuestros hijos/as a desarrollar el control de impulsos primero por los adultos y luego por el propio niño/a.

En general, es importante que las familias animen a sus hijos/as a dominar inicialmente las "primeras habilidades". Estas habilidades, por ejemplo, son:

- Acostarse a tiempo.
- Practicar las rutinas de la mañana y de la hora de acostarse hasta que sean fáciles de seguir.
- Mantener su habitación ordenada.
- Prestar atención a la hora que es.
- Prestar atención a qué día es y

consultar el calendario familiar para que su hijo/a sepa cuándo se acercan los eventos especiales.

Una vez que se dominen las "primeras habilidades" es hora de centrarse en otras habilidades más complejas:

- Controlar el tiempo para que su hijo/a sea puntual sin recordatorios.
- Ponerle recordatorios para que no se desvíe del camino.
- Ser independiente a la hora de hacer los deberes y las tareas domésticas.
- Empezar a utilizar una agenda para controlar los deberes y los próximos eventos.

Se recomienda centrarse en aprender una habilidad cada vez. Las claves del éxito son:

- Hacer que estos ejercicios sean amenos y divertidos.
- Establecer objetivos alcanzables y adecuados a su edad.
- Animar al niño/a si tiene dificultades.
- Recompensar con reconocimiento y elogios.

• Recompensar con privilegios y recompensas tangibles si su hijo/a necesita más motivación.

Las FE son importantes para tener éxito inicialmente en la vida académica y más adelante en la vida personal y profesional. La vida está llena de exigencias que tenemos que organizar y controlar. No es fácil, aprendemos a hacerlo, poco a poco. Así, por ejemplo, cuando tenías 3 años, nadie esperaba que supieras qué hora era, que te acordaras de lavarte los dientes cada vez que terminabas de cenar o que recordases la cita con el dentista. Tus padres no esperaban que te vistieras o que bajaras a desayunar sin que te lo recordaran.

A medida que ibas creciendo, iban también creciendo las exigencias, así, tenías más cosas que hacer, por ejemplo, llevar el permiso para una excursión escolar, acordarte de llevar el uniforme y las botas de fútbol para poder ir directamente al entrenamiento de fútbol. Ello exige memorizar, organizar y planificar, con ayudas,

por ejemplo, puede ser muy útil utilizar una agenda.



Hay muchas cosas que podemos hacer para que los días sean más fáciles y "ligeros". Al mismo tiempo hay muchas maneras de que las familias pueden ayudar a sus hijos/as a recordar mejor, planificar y hacer las cosas. Planificar y organizar incluye:

- planificar proyectos,
- organizar tus cosas,
- recordar lo que tienes que hacer,
- calcular cuánto tiempo lleva cada cosa,
- controlar el tiempo para llegar a tiempo a los sitios,
- terminar las cosas que empiezas,
- perseverar en las cosas que son difíciles al principio,
- y resolver problemas en lugar de frustrarte.

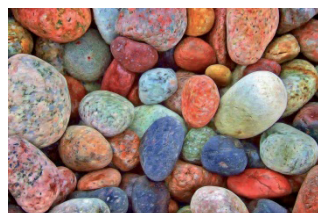
Todas estas habilidades se llaman "habilidades de funcionamiento ejecutivo". Es un gran término que significa saber cómo realizar cosas.

Seguidamente proponemos algunas estrategias de apoyo para priorizar, organizar, secuenciar y planificar el tiempo.

A) Estrategias para priorizar

Grandes rocas – pequeñas rocas

Es una estrategia que podemos utilizar para establecer prioridades. En la Ilustración 2 vemos piedras que son de diferente tamaño y color que nos indican diferente nivel de prioridad y/o urgencia en su realización.



PIEDRAS DE DIFERENTE TAMAÑO Y JARRÓN

Esta estrategia se puede enseñar a los estudiantes siguiendo la siguiente secuencia:

- Hacer una lista de todas las cosas que debes hacer en el día.
- Identificar qué tareas deben ser prioritarias.
- Etiquetar con tres piedras grandes las tareas de mayor prioridad y colócarlas en un jarrón vacío.
- Enumerar las tareas menos importantes y utiliza piedras más pequeñas y arena para representarlas.

- Añadir el resto de las piedras y la arena al jarrón en orden de mayor a menor.

Explicar que, al igual que con las rocas, un estudiante debe priorizar sus tareas y asignaciones y abordarlas de mayor a menor importancia para que todo encaje. A continuación, se muestra en la **Figura 1** un ejemplo de tarjeta de estrategia para Grandes rocas – pequeñas rocas y en la **Figura 2** los tipos de piedras que tenemos que identificar (grandes, medianas y pequeñas) que tendremos que organizar.

Figura 1. Grandes rocas – pequeñas rocas, estrategia para establecer prioridades tarjeta estratégica para estudiantes de primaria.

Big rocks little rocks estrategia para establecer prioridades.

Necesito decidir:

- ¿Cuáles son mis grandes rocas?
- ¿Cuáles son mis rocas medianas?
- ¿Cuáles son mis rocas pequeñas?

Figura 2. Tipos de piedras.

Estas son mis piedras GRANDES:

- 1)
- 2)
- 3)

Estas son mis rocas MEDIANAS:

- 1)
- 2)
- 3)

Éstas son mis rocas PEQUEÑAS:

- 1)
- 2)
- 3)

En la **Figura 3** se presentan algunas preguntas que podemos auto-formularnos para poder establecer prioridades.

Figura 3. Determinar algunas prioridades, tarjeta de estrategia para estudiantes de secundaria.

¿Cuáles son las tareas que debo realizar primero? ¿Cuál es la fecha límite para cada una de estas tareas?

¿Cuáles son las tareas que debo completar en segundo lugar?

¿Cuál es la fecha de vencimiento de cada una de estas tareas?

¿Coinciden las fechas de vencimiento con el orden de prioridad de las tareas? Si no es así, ¿qué debo cambiar?

B) Estrategias de organización

La importancia de resaltar, codificar por colores y etiquetar.

Las tareas suelen resultar más fáciles cuando se destaca algo importante. Los estudiantes no saben necesariamente cómo utilizar los colores, por lo que los docentes deben modelar el uso correcto y animar a los estudiantes a utilizarlos.



SUBRAYADORES



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

Mochilas: estrategia de organización para estudiantes de Educación Primaria

Las mochilas forman parte de la rutina de organización del estudiante. Los estudiantes con un déficit ejecutivo de organización suelen tener las mochilas llenas de papeles mal archivados y a menudo arrugados, papeles de escribir rotos y objetos que no son necesarios en el entorno escolar.



MOCHILA

Para la estrategia de organización de mochilas, sugerimos seguir la siguiente secuencia (ver Figura 4):

- Utilizar una mochila transparente de tamaño adecuado para la edad del niño/a y que tenga varios "bolsillos" con cremallera.
- Determinar el uso de cada bolsillo con cremallera y etiquetarlo con un rotulador permanente.
- Los docentes y padres pueden servir de modelo para la colocación adecuada de los objetos y ofrecer oportunidades para que los estudiantes practiquen.

Para los estudiantes más jóvenes, sugerimos utilizar fotos pequeñas que muestren el contenido designado para cada bolsillo. La foto puede pegarse en el interior de cada bolsillo. También se puede etiquetar cada bolsillo.

Figura 4. Tarjeta de estrategia de organización de mochilas para estudiantes de Educación Primaria.

Dónde poner las cosas en mi mochila:

- Bolsillo más grande - mi carpeta o carpetas, libro, carpeta con broche
- Bolsillo Medio - mi dispositivo portátil
- Bolsillo pequeño - mis útiles de escritura, reglas

Taquillas: Estrategia de organización para estudiantes de secundaria y bachillerato.

La estrategia de organización de taquillas está diseñada para estudiantes de secundaria y bachillerato que visitan sus taquillas en horarios muy variados.

Estos cambios de horario hacen aún más importante que la taquilla esté organizada de tal manera que los estudiantes puedan entrar y salir rápidamente con los materiales adecuados. En la Figura 5 se proponen algunas estrategias para organizar la taquilla.



TAQUILLA

Figura 5. Estrategia de organización de la taquilla.

Para mantener mi taquilla organizada necesito utilizar:

- La PARTE INTERIOR SUPERIOR de la taquilla para colocar carpetas, libros, cuadernos, papel de cuaderno de repuesto, etc.
- La PARTE INTERIOR DE LA PUERTA de la taquilla para colocar el horario semanal de clase codificado por colores, un recipiente con un imán de alta resistencia y la lista de tareas de la semana.
- Ganchos en el interior del armario para sombreros, abrigos, etc.
- PISO INFERIOR DEL ARMARIO para proyectos, material deportivo, etc.

Estrategia de organización de carpetas para los estudiantes de Secundaria más mayores.

Las carpetas de los estudiantes con déficit de la función ejecutiva suelen estar descuidadas, con páginas que no están bien sujetas en sus carpetas, así como tareas que faltan o están mal archivadas (Ilustración 6).

Enseñar a los estudiantes una estrategia para organizar todos los papeles y materiales que necesitan para la clase en sus carpetas es una forma útil de fortalecer la habilidad de la FE organización.



CARPETA CON SEPARADORES DE COLORES

Empieza por hablar con el estudiante de lo que le gusta de su carpeta e incorpora esas preferencias. A continuación, guía al estudiante en el proceso de organización de su carpeta haciendo lo siguiente:

- Utiliza una carpeta grande de tres anillas que se cierre con cremallera como depósito central para todos los trabajos, tareas y tarjetas estratégicas.
- Coloca un bolsillo grande y transparente con cremallera en la carpeta para guardar objetos como lápices, gomas de borrar y rotuladores fluorescentes.
- Engancha la anilla estratégica en una de las anillas de la carpeta.
- Utiliza separadores con pestañas para crear secciones independientes para cada asignatura.
- Crea una sección de deberes con tres partes:
 - Deberes que hay que hacer, materiales o suministros necesarios y fecha de entrega.
 - Deberes que se han completado parcialmente.
 - Deberes completos y listos para entregar.

En la Figura 6 y Figura 7 presentamos un ejemplo.

Figura 6. Ficha de estrategia de organización de carpetas para estudiantes mayores de primaria.

Estrategia de organización de la carpeta.

- Utilice una carpeta de tres anillas con una tapa que se cierre con cremallera para evitar que los papeles y materiales se caigan de la carpeta.
- Utiliza un bolsillo transparente con cremallera para guardar lápices, rotuladores, gomas de borrar, etc.
- Enganche la anilla de estrategia a la anilla del archivador.
- Utiliza separadores para cada tema.
- Haz una sección de deberes con tres partes:
 - Deberes por hacer, material necesario y fecha de entrega.
 - Tareas completadas parcialmente.
 - Deberes terminados y listos para entregar.

Figura 7. Ficha de organización de la carpeta para estudiantes de secundaria.

Organización de la carpeta:

- Utilice un separador para cada área temática:
 - Registro de tareas.
 - Tareas completadas parcialmente.
 - Tareas completadas y listas para entregar.
 - Tareas de clase en curso.
- Inserte la hoja de tarjetas de visita en la carpeta en un lugar fácilmente localizable.
- Trae bolígrafos, lápices y gomas de borrar cada día.

Conclusiones

Esperamos que estas estrategias te ayuden a planificar y organizarte mejor. Cuando una persona es buena planificando y organizando (funciones ejecutivas) su día será más tranquilo, con menos sobresaltos y menos problemas.

Referencias

Texto adaptado y traducido de las siguientes fuentes bibliográficas:

- Nadeau, K. (2016). Learning to Plan and Be Organized. Executive Function Skills for Kids AD/HD. Magination Press.
- Strosnider, R., & Saxton, V. (2019). The executive function guidebook: strategies to help all students achieve success. Thousand Oaks.



¿Cómo puedo relajarme doctor?

Lo que la ciencia dice del masaje relajante y el ejercicio físico para reducir la ansiedad

*Fernando Eguía Barbarin. Fisioterapeuta y dietista-nutricionista en Servicio Navarro de Salud.
Javier Luis Eguía Barbarin. Médico psiquiatra en Servicio Madrileño de Salud*

La ansiedad desadaptativa es un síntoma frecuente que aparece en situaciones estresantes y cuya función biológica es preparar al organismo para luchar contra ellas de manera inespecífica, poniéndolo en guardia e hiperactivando varios aparatos y sistemas del organismo, con el fin de luchar contra potenciales amenazas.

Quienes la padecen, pueden sufrir de taquicardias, sensación de falta de aire, insomnio o sensación de tensión constante entre otras. Por su relación con la tensión emocional, es frecuente recurrir a disminuirla con estrategias de relajación, siendo el masaje y la actividad física dos de las más empleadas. Sin embargo, ¿Son realmente eficaces? ¿Qué dice la ciencia al respecto?

Masaje relajante

Apenas existen estudios sólidos, centrándose la mayoría de los existentes en patologías o colectivos muy específicos, como pacientes

hospitalizados o estudiantes universitarios. Uno de los trabajos revisados de mayor calidad, encuentra resultados positivos cuando se aplica masaje para reducir los síntomas de ansiedad. Sin embargo, la sintomatología disminuye de igual manera con otras intervenciones que no incluyen masaje, como la aplicación de calor o aceites aromáticos sin masaje.

Con la escasa evidencia disponible, el masaje relajante no puede recomendarse como tratamiento específico, si bien deja entrever que cualquier actividad centrada en el autocuidado podría ser de utilidad.

Ejercicio físico

Existe mayor evidencia científica y más sólida. La mayoría de estudios coinciden en sus efectos positivos, existiendo un consenso amplio. En cuanto a la clase de ejercicio, si bien se encuentran beneficios en una gran variedad de ellos, como la actividad deportiva general, el ejercicio acuático o el entrenamiento de resistencia, la mayoría estudian el ejercicio

de tipo aeróbico, siendo el de mayor respaldo científico. Por otra parte, no existen demasiados estudios comparando directamente varios tipos de ejercicio.

En cuanto a su intensidad, uno de los trabajos revisados indica que el aeróbico de alta intensidad muestra mayores beneficios que el de baja. Otro más centrado en ejercicio acuático encuentra mejores efectos en el ejercicio suave.

Conclusiones

Se puede afirmar con bastante seguridad que el ejercicio de tipo aeróbico, es útil y tiene efectos positivos para reducir los síntomas de ansiedad, si bien la intensidad necesaria del mismo es más cuestionada.

En cuanto al masaje, no existe evidencia científica para realizar su recomendación en una consulta médica. Todo parece indicar por ahora que cualquier intervención participativa centrada en el autocuidado, puede reducir la ansiedad en la misma medida. Las posibilidades en este ámbito son casi infinitas.

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



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 2.138 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