medicina salud cultura

zonahospitalaria

medikuntza, osasuna eta kultura ospitaleko gunea

www.zonahospitalaria.com añoVI mayojunio2012 nº35

Bienvenidos primaverano

Sumario www.zonahospitalaria.com

3 Balneario de Elgorriaga Pozo de salud

4 Al calor...nutritivas ensaladas completas o fresco aperitivo

5 Apartamentos tutelados: la seguridad de vivir como quieres

6 ¿Qué es un colesteatoma?

8 Importancia del pan como fuente de hidratos de carbono para la práctica deportiva

9 ¿Sabes exactamente cuánto te va a durar un implante dental?

10 La Terapia Ocupacional en la intervención domiciliaria

12 Osteoporosis, diagnóstico y tratamiento

14 El cerebro adicto

16 ¿Se puede prevenir el descenso de los órganos pélvicos?

18 La importancia del cuidado del pie diabético

20 Fortalecimiento del suelo pélvico durante el embarazo

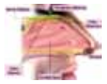
21 Pruebas de imagen en cardiología. ¿Qué es el ecocardiograma?

22 Traumatismos y embarazo

24 Embarazada en verano

26 Educación sanitaria en los pacientes anticoagulados vía oral

28 La salud mental ante la crisis


30 Partes del aparato respiratorio humano. Funciones y cuidados especiales

Zona Hospitalaria/*Ospitaleko gunea* Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona **Edita/*Edizioa*** PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L. **Dirección/*Zuzendaritza*** Alfredo Erroz **Redacción/*Erredakzioa*** (redaccion@zonahospitalaria.com) **Fotografía, diseño y producción/*Argazkiak, diseinua eta produkzioa*** PubliSic **Fotografía portada/*Azaleko argazkia*** Archivo **Publicidad/*Publizitatea*** 948 276 445 (aerroz@publisic.com) **D.L./*L.G.*** NA2471/2006 **ISSN** (revista) 2253-9026 **ISSN** (web) 2253-9034 **www.zonahospitalaria.com**

© PubliSic S.L. El material impreso en esta publicación sólo se puede reproducir si se cita su procedencia. El editor no comparte necesariamente las opiniones y criterios de sus colaboradores expresadas en esta revista.

© PubliSic S.L. Argitalpen honetan inprimaturiko materiala soilik bere jatorria aitortzen bada erreproduzi daiteke. Editoreak ez du nahitanahiez aldizkari honetan kolaboratzaileek adierazten dituzten iritzi eta irizpideekin bat egin beharrik.

Balneario de Elgorriaga Pozo de salud

Dr. Ángel Alonso Palacio
Médico hidrólogo

En la medicina antigua, los cuatro elementos en los cuales se sustentaba su ciencia fueron el agua, el aire, el fuego y la tierra. El agua constituye el factor principal en la vida animal y vegetal y se encuentra formando parte de todos los organismos vivos. Se reparte en el cuerpo como líquido intracelular que retiene un 60% del total del agua del organismo, otra parte como líquido extracelular y por último está el intersticial que representa el 10% del peso total del cuerpo. Cuando el agua emerge del subsuelo y contiene iones en una determinada cantidad y éstos son capaces de producir en el organismo una acción terapéutica, entonces hablaremos de agua minero-medicinal.

Las aguas mineromedicinales existen en nuestro planeta desde hace milenios de años, aunque hace tan sólo unos pocos siglos que se explotan y que se utilizan con fines terapéuticos. La época dorada de los balnearios se originó a finales del siglo XIX, seguido de un periodo de decadencia en la época de la guerra civil española, con un resurgimiento posterior a partir de los años 60-70.

En la provincia de Navarra hay dos instalaciones balnearias. Destaca por su emplazamiento y por la composición de las aguas el establecimiento de Elgorriaga que se sitúa en un lugar privilegiado a poca distancia del cantábrico y de la frontera con Francia.

Aguas mineromedicinales

Elgorriaga presenta un clima de influencia atlántica con precipitaciones abundantes y regulares a lo largo de todo el año. La amplitud térmica es débil ya que la oscilación anual no suele superar los 15ºC. La temperatura máxima alcanza los 25-28ºC y la mínima no es habitualmente inferior a 5ºC. Por lo tanto, se trata de un clima húmedo y "estable" que permite el crecimiento de una exuberante vegetación compuesta por robles, hayas y castaños que convierten el entorno en una auténtica sinfonía otoñal de colores.

Por el municipio de Elgorriaga discurre el río Ezcurra que con una longitud de 20 km. acaba sumergiéndose en el Bidasoa que constituye uno de los ríos más importantes de la vertiente cantábrica. Y en medio de este entorno surge el Balneario de Elgorriaga con sus especiales aguas clorurado-sódicas y también ricas en sulfatos, potasio y magnesio. Esta agua surge a una temperatura de 14-16ºC.

La acción terapéutica del agua mineromedicinal se lleva a cabo a partir de varios factores físicos como son la temperatura, la presión y la radioactividad y de otros factores químicos que dependen de la composición del agua (cloro y sodio fundamentalmente en el caso de Elgorriaga). Tampoco conviene olvidar la parte psicosomática de todas las enfermedades y por eso es también importante la labor de "psicogrupo" que se establece en el balneario y que actúa como un coadyuvante en los diferentes tratamientos.

Las indicaciones de este tipo de agua son: enfermedades del aparato locomotor (inflamatorias como las artritis y degenerativas como las artrosis), enfermedades de las vías respiratorias altas (faringitis y rinitis), enfermedades dermatológicas (dermatitis, eccemas y psoriasis) y procesos vasculares (insuficiencias venosas).

Al calor...nutritivas ensaladas completas o fresco aperitivo

Laura Garde Etayo
Dietista-Nutricionista NA00087
Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Navarra (Codinna-Nadneo)

Colegio Oficial de Dietistas - Nutricionistas de Navarra CODINNA

PRIMER PLATO ENSALADA DE:	SEGUNDO PLATO
Lechuga, rúcula, canónigos, pasas, sésamo y nueces	Pollo al horno con patata asada
Arroz,escarola, pimiento, aguacate y cebolla	Anchoas rebozadas con pimientos verdes
Lechuga, tomate, cebolla, patata y atún	Merluza en salsa
Tomate con cebolla y espárragos	Estofado de ternera con patata
Escarola con granada	Arroz de marisco
Endivias con remolacha, manzana, nueces y salmón ahumado	Garbanzos con arroz y espinacas
Lechuga, piña, langostinos y huevo duro	Pasta salteada con espárragos trigueros y ajos frescos

Es increíble lo atractiva que puede resultar, estéticamente, una simple ensalada. Si es cierto que una comida apetecible debe entrar por los ojos, la ensalada tendría un rotundo éxito en nuestros menús. Además de su valor dietético-nutricional, innumerables razones justifican su presencia habitual en comidas y cenas. Entre ellas, su rápida y sencilla elaboración, ya que disponemos de una amplia gama de vegetales crudos, limpios y listos para comer, por lo que es fácil para cualquiera obtener un resultado francamente apetitoso. Una ensalada permite combinar múltiples ingredientes, con colores, sabores y texturas tan variadas que aportan, incluso, un toque de alegría.

Si a ello añadimos algo de creatividad, comprenderemos que el concepto ensalada haya evolucionado de un modo tan extraordinario. Resulta tan versátil que puede ser entrante, primer plato o guarnición, o convertirse en plato único. Simple o compleja, a nuestro antojo, ofrece infinitas posibilidades en cuanto a variedad y combinación de ingredientes, ya que además de hortalizas y frutas, admite alimentos de otros grupos (patata, pasta, arroz, legumbre, o marisco, atún, huevo, quesos o frutos secos) y, como aderezo, distintos aliños y salsas. Permite la mezcla de diferentes texturas (alimentos crudos, cocidos o salteados), y puede presentarse como plato frío, templado e incluso caliente. Además, es fácil de llevar, no necesitamos calentarla y evitamos los olores de los cocinados.

Aspectos dietético-nutricionales

Sin embargo, no la recomendaríamos con tanta pasión, si dichas ventajas no estuvieran avaladas por sus cualidades y funcionalidad dietético-nutricional.

Los vegetales constituyen la base de una ensalada, así que la más sencilla sería exclusivamente vegetal, con un único ingrediente o mezclando cuantos queramos. A esta ensalada básica, podemos añadirle frutas, del mismo grupo de alimentos que los vegetales por su semejanza nutricional. Una mayor variedad de ingredientes garantiza un resultado nutricionalmente más rico (cada vegetal y fruta aporta sus particulares nutrientes), obteniendo un gran cocktail de vitaminas (provitamina A, vitamina C, algunas vitaminas del grupo B como ácido fólico), minerales (potasio, magnesio, hierro y calcio), fibra y compuestos fitoquímicos de potente acción antioxidante. Debemos integrar estos alimentos reguladores en nuestra rutina alimentaria, ya que están asociados con una buena salud cardiovascular, contribuyen a la prevención del cáncer y enfermedades degenerativas y regulan la función intestinal.

Si a la base vegetal de una ensalada, rica en nutrientes reguladores, pero poco energética y prácticamente nula en proteínas y grasas, añadimos ingredientes que la complementen, obtendremos un resultado más completo. El huevo, atún, pollo o marisco, la enriquecerán en proteínas con alto valor biológico y energía. Los alimentos del grupo de la patata, pasta, arroz o legumbre aportarán calorías a través de los hidratos de carbono y proteínas vegetales. Los frutos secos, muy energéticos (alto contenido en grasas cardiosaludables), proporcionarán omega 3 y 6, minerales y vitaminas, y el queso contribuirá con calcio, proteínas de alta calidad y grasas y, por tanto, con un gran incremento calórico.

En lenguaje dietético y práctico proponemos los siguientes menús (ver tabla):

Aspectos que debemos considerar

El aderezo básico y habitual debe ser aceite de oliva virgen, vinagre y sal, con moderación. Respetemos los sabores originales de los alimentos y los contrastes que resultan al combinarlos, sin enmascararlos con aliños y salsas.

Una ensalada completa para una comida de mediodía debería contar con vegetales, un alimento rico en hidratos de carbono (pasta, arroz, patata o legumbre) y uno proteico (huevo, atún, etc.) u otro que los complemente (frutos secos, levadura de cerveza o germen de trigo).

Debemos adquirir una amplia variedad de vegetales y alimentos para elaborar, a diario, una ensalada con, al menos, 3 o 4 ingredientes. Las personas con problemas para digerir alimentos crudos pueden combinarlos con otros cocidos (zanahoria, guisantes o espárragos) o salteados (setas o champiñones).

Debemos educar y habituar a los niños a las diferentes texturas y sabores de los alimentos, animándoles a que colaboren en su elaboración.

Edificio Ermitagaña
Nuevas amistades en el patio ajardinado de edificio Leyre
Baño geriátrico en edificio Ansoain
Salón social en edificio Ermitagaña

Apartamentos tutelados: la seguridad de vivir como quieres

Dra. Lourdes Gorricho
Médico Geriatra y Directora de Gestión Asistencial

GESTIÓN ASISTENCIAL
GRUPO PROGINSA.
Leyre, 11 bis 2º. 31002 Pamplona. T 948 229 621

Las personas mayores de 60 años cuentan ahora con una opción de vivienda cada vez más demandada: los apartamentos tutelados. La confianza de tener una asistencia de calidad garantizada, la comodidad de sus servicios auxiliares, la ausencia de barreras arquitectónicas y, lo más importante, la garantía de independencia absoluta convierten a estas viviendas completamente amuebladas en la mejor opción para la vida de los mayores.

Al llegar a los 60 años, muchas personas se hacen la misma reflexión. Son mayores para seguir viviendo en un piso grande, costoso de limpiar y mantener, pero son aún muy jóvenes para renunciar a la vida independiente, por lo que no precisan de los servicios de una residencia. Los apartamentos tutelados se convierten en la opción más adecuada para estas personas que aún quieren disfrutar de su libertad y, al mismo tiempo, beneficiarse de todos los servicios y comodidades que aportan los apartamentos tutelados: mantenimiento y emergencias 24 horas, limpieza periódica del apartamento, servicios de consejería y espacios polivalentes para la relación social.

Calidad sin barreras

Los apartamentos tutelados han sido diseñados sin barreras arquitectónicas para hacer la vida más fácil a sus usuarios. De este modo, se puede seguir disfrutando de una vida independiente en un piso adaptado completamente a sus necesidades. Así, estas viviendas disponen de baño geriátrico con suelo antideslizante, asiento plegable de ducha, asideros, ascensor, montacamillas y pasamanos en los pasillos.

Además, los apartamentos están completamente equipados y adaptados para la comodidad de sus usuarios: cocina totalmente equipadas, sillas con reposabrazos, sillón orejero, sofá cama, somier de láminas y colchón con refuerzo lumbar, baño geriátrico, etc.

Todos los servicios

Una de las grandes ventajas de este tipo de viviendas son los servicios de tutela y los servicios a la carta que ofrecen. Por servicios de tutela se entienden aquellos servicios de conserjería, servicio social, limpieza interior del apartamento y mantenimiento. Además, existe una puntual coordinación con los servicios públicos para facilitar un adecuado apoyo para aquellos usuarios que lo demanden.

Los servicios a la carta tienen como objetivo hacer la vida del usuario más fácil y ayudarle a mantener su independencia. Estos servicios, que son de libre elección, van desde la limpieza continuada del apartamento, hasta el servicio de comidas, ayuda a domicilio, teléfono de emergencia, peluquería, podología y actividades de ocio.

Un punto de encuentro

Los apartamentos tutelados cuentan en la planta baja con salones sociales destinados a biblioteca, gimnasio, sala de ordenadores, salas de estar y espacios para actividades, en las que los usuarios que lo deseen, pueden participar en las diferentes actividades de tiempo libre que se organizan, como cursos de gimnasia, manualidades, expresión corporal, jornadas de prevención de la salud, entre otras.

En un entorno privilegiado

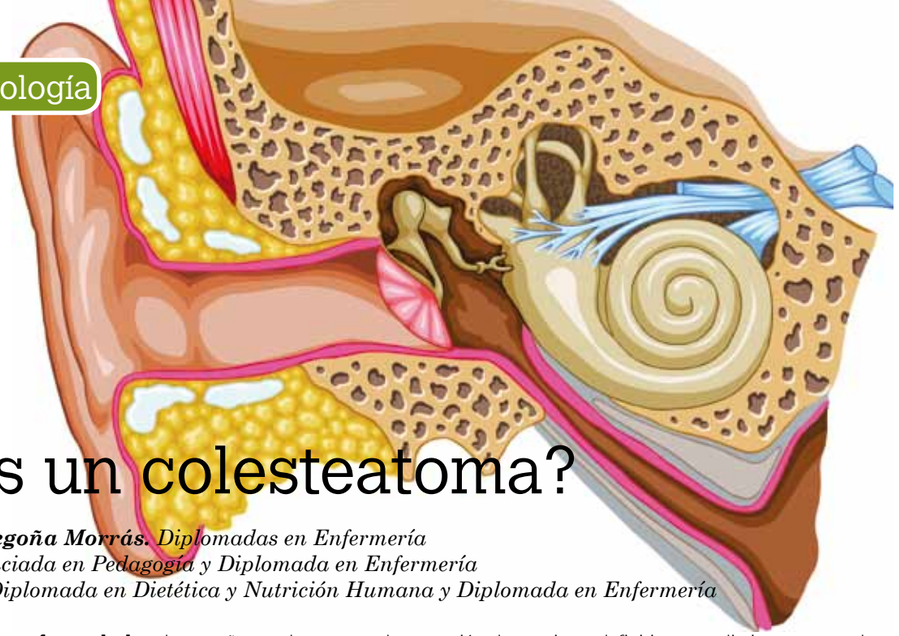
Una de las mayores ventajas de los apartamentos tutelados de Gestión Asistencial es su excelente ubicación en el núcleo urbano de Pamplona. En pleno corazón del Segundo Ensanche pamplonés, se encuentra el Edificio Leyre, en la calle Leyre, entre las calles Sangüesa y Padre Calatayud, junto al Club de Activos CAN Leyre con servicio de cafetería y comedor.

En uno de los barrios más modernos de Pamplona y con más zonas peatonales, Mendebaldea, se encuentran los edificios Ermitagaña e Irunlarrea en las mismas calles de las que toman su nombre. Muy cercanos a la zona hospitalaria, están rodeados de zonas verdes, comercios y todo tipo de servicios a pie de calle.

Y finalmente, en la Comarca de Pamplona, en Ansoáin, en la plaza Euskalherria, junto a la Avenida Villava.

Subvenciones

Además, esta modalidad de vivienda cuenta con el apoyo del Gobierno de Navarra, que concede subvenciones a aquellos usuarios que reunan determinados requisitos.



¿Qué es un colesteatoma?

Miriam Ruedas y Begoña Morrás. *Diplomadas en Enfermería*
Amaya Sevine. *Licenciada en Pedagogía y Diplomada en Enfermería*
María Fernández. *Diplomada en Dietética y Nutrición Humana y Diplomada en Enfermería*

El colesteatoma es una enfermedad del oído medio. Es un tumor benigno, pero de comportamiento destructivo, que se produce por un crecimiento anormal de piel detrás de la membrana timpánica y que no puede eliminarse hacia el exterior.

El colesteatoma puede ser congénito o adquirido. En el segundo caso se produce como consecuencia de la retracción de la membrana timpánica o por perforaciones o por infecciones de repetición. Puede aparecer en cualquier edad, pero es muy común en los niños, en los cuales suele ser mucho más agresivo.
El colesteatoma toma la forma de quiste o de una bolsa que acumula capas de piel viejas dentro del oído. Con el tiempo puede aumentar de tamaño pudiendo destruir los huesecillos del oído medio y las estructuras colindantes provocando pérdida de audición, vértigo, inestabilidad, parálisis facial e, incluso, infecciones intracraneales (meningitis, abscesos craneales). Por todo esto los colesteatomas pueden ser peligrosos, nunca deberían ser ignorados y siempre deben ser tratados por un especialista.

¿Cuáles son los síntomas?

Los síntomas, al principio, son muy leves incluso inexistentes por lo que el paciente suele tardar en acudir a la consulta de su médico de cabecera u otorrinolaringólogo.
El síntoma más frecuente es la supuración del oído, permanente o intermitente. Se trata de una secreción indolora, pardusca, purulenta y, frecuentemente de olor fétido.
Generalmente no produce dolor aunque pueden aparecer molestias más o menos leves.
Puede haber hipoacusia o pérdida auditiva si el colesteatoma afecta a la cadena de huesecillos del oído medio impidiendo la buena transmisión del sonido.
A medida que el colesteatoma va aumentando de tamaño puede aparecer la sensación de presión o de oído ocupado, e incluso, dolor de cabeza hemicraneal (del lado del oído afectado).
La presencia de signos inflamatorios y de fiebre deben hacer sospechar de una complicación a nivel cerebral, en aquellos casos en los que el colesteatoma no ha sido tratado a tiempo y ha ido creciendo hasta invadir estructuras cerebrales.

¿Cómo se diagnostica?

El otorrinolaringólogo será el especialista encargado del diagnóstico del colesteatoma. En un primer momento realizará un examen del oído mediante una otoscopia convencional. Esta exploración permitirá apreciar una perforación marginal o periférica de la membrana timpánica. En algunas ocasiones dicha perforación es tan pequeña que se debe recurrir a la utilización de un microscopio específico que permitirá visualizar las perforaciones más mínimas.
Las pruebas de audición, o audiometría, evaluarán la afectación funcional de la lesión, es decir, la presencia o no de hipoacusia.
Es fundamental hacer una exploración radiológica específica para el oído en la que pueda verse si existen lesiones destructivas en el hueso que rodea al oído.
Será el escáner o TAC el que consiga las mejores imágenes de todas las estructuras del oído medio, especificando los bordes del colesteatoma. Esta prueba es fundamental para conocer, antes de la cirugía, la extensión de la lesión.

¿Qué tratamiento tiene?

El tratamiento inicial del colesteatoma puede consistir en la administración de gotas antibióticas o asociadas a esteroides con la finalidad de mantener el oído cuidadosamante limpio, detener la supuración y controlar la infección. Pero hoy en día el único tratamientp definitivo para eliminar por completo el colesteatoma es la cirugía, que podrá ser más o menos radical y que se realiza con anestesia general en la mayoría de los casos. No es una emergencia inmediata pero la intervención debe programarse dentro de los siguientes dos meses del diagóstico. La intervención se realiza en la mayoría de los casos por detrás del pabellón auricular y recibe el nombre de timpanoplastia con masteidectomía, que será más o menos amplia según la extensión del colesteatoma. Suele precisar un día de ingreso hospitalario, aunque también se puede hacer de forma ambulatoria, y el dolor postoperatorio se controla bien con los analgésicos habituales. En algunos casos raros de infección grave se necesitará una hospitalización prolongada para tratamiento antibiótico. La principal finalidad de la cirugía es la eliminación del colesteatoma, aunque esto puede llevar asociada una pérdida de audición. En algunas ocasiones, en la misma intervención es posible reconstruir el oído para recuperar parcial o totalmente la audición. En otros casos se tendrá que recurrir a una segunda intervención.
El tipo de cirugía será decidido por el especialista junto con el paciente.

¿Puede reaparecer el colesteatoma tras la cirugía?

Un tiempo después de la cirugía el colesteatoma puede reaparecer por varios motivos, que algún resto microscópico pasase inadvertido durante la intervención o que se hallan vuelto a producir las causas que lo originaron en un primer momento.
Por eso es fundamental que se lleven a cabo adecuadamente las revisiones pautadas por el especialista así como la realización de algún TAC recontrol cuando éste lo considere necesario.
En algunos pacientes será conveniente controlar su oído para toda la vida.

Importancia del pan como fuente de hidratos de carbono para la práctica deportiva

Dra. Marcela González-Gross / Jara Valtueña Santamaría
Grupo de investigación ImFINE. Universidad Politécnica de Madrid

El pan es un alimento de elección para los deportistas y las personas físicamente activas por dos motivos fundamentales: su importante aporte de hidratos de carbono y otros nutrientes, y su facilidad de preparación culinaria.

Recordemos que en el organismo los hidratos de carbono que ingerimos con la dieta se almacenan en forma de glucógeno, tanto en hígado (glucógeno- hepático) como en músculo (glucógeno-muscular). Es la forma biológica primaria de almacenamiento de energía y regula el metabolismo de proteínas y grasas. El glucógeno hepático mantiene estable la glucosa en la sangre, única fuente energética para el cerebro y el sistema nervioso. La glucosa hepática también es fuente energética de las demás células del organismo, incluidas las células musculares, especialmente cuando el glucógeno muscular se está agotando.

La reserva de glucógeno en una persona varía desde los 8,3 a 14,5 g por cada kg de peso corporal. Con el entrenamiento se pueden llegar a duplicar las reservas de glucógeno hasta llegar a ese máximo. La intensidad y duración del ejercicio, así como el grado de entrenamiento, marcan la demanda de glucosa por parte del músculo. El ritmo de utilización de energía de una fibra muscular durante el ejercicio puede llegar a ser 200 veces superior al ritmo de uso de energía en reposo, y el deportista empieza a percibir la fatiga cuando los niveles de glucógeno muscular están casi agotados, limitando el rendimiento especialmente en pruebas de más de 30 minutos de duración. Las reservas de glucógeno muscular van a ser siempre limitantes del ejercicio. Por lo tanto, en el deporte, nos interesa elevar al máximo esta reserva de glucógeno antes del ejercicio, recuperar las reservas nada más terminarlo y mantener unos niveles adecuados.

Recordemos que la enzima que participa en la síntesis del glucógeno (glucógeno sintetasa) tiene una aumentada actividad durante los primeros 90 minutos después del ejercicio.
En personas físicamente activas es fundamental optimizar la dieta, que debe aportar entre 6 y 10 g de hidratos de carbono por kg de peso corporal/día, algo más elevado que en la población sedentaria. Pero desde el punto de vista nutricional y deportivo es importante no sólo un aporte elevado de carbohidratos sino también tener en cuenta su facilidad de digestión y metabolización. Para ello se emplea el índice glucémico (IG). Los alimentos con IG medio-alto, entre los que se encuentra el pan, producen una respuesta glucémica rápida, aumentando en mayor medida el nivel plasmático de glucosa que los de bajo IG, siendo por tanto más aconsejables en la práctica deportiva. Un mayor y rápido aumento de la glucosa sanguínea favorece su utilización o su almacenamiento en forma de glucógeno y el IG del pan, 70, favorece no sólo este aumento sino que hace que el anabolismo de esta no derive en la formación de lípidos, algo que no ocurre cuando ingerimos azúcares simples como la glucosa, también de alto IG. **La ingesta de pan favorece por tanto la formación de glucógeno y una mayor capacidad funcional y rendimiento.** Generalmente, los deportistas no sienten apetito al terminar el esfuerzo y tardan en ingerir alimentos. También con frecuencia tienen que viajar y desplazarse al terminar el entrenamiento o la competición, por lo que se retrasa la comida. En este momento, un bocadillo con un relleno proteico bajo en grasa es una opción muy aconsejable para reponer el glucógeno muscular, además fácil de preparar y transportar. Y esto tanto en deportistas profesionales como en aficionados. Varios estudios demuestran un peor rendimiento deportivo en individuos que ingieren menos pan en comparación con aquellos que lo consumen en una mayor cantidad. El estudio HELENA, que valora a más de 3.000 adolescentes europeos, ya demuestra estos efectos a edades tempranas. Los adolescentes con un mayor consumo de pan elevaron su ingesta de hidratos de carbono y obtuvieron mejores resultados en pruebas físicas de velocidad, coordinación, agilidad, fuerza muscular y resistencia. Además, esta mayor ingesta de pan se asoció a un menor porcentaje de grasa e índice de masa corporal y a un mayor porcentaje de masa muscular, por lo que, contrariamente a lo que erróneamente se piensa en nuestra sociedad, **el consumo de pan contribuye al control de peso y está inversamente relacionado con el sobrepeso y la obesidad.**

Pero los beneficios de pan en la práctica deportiva van más allá de los propiamente energéticos. Su contenido en vitaminas del grupo B junto a los minerales como el calcio, hierro, sodio, potasio, magnesio, zinc, yodo o selenio, favorecen el correcto funcionamiento de numerosos sistemas celulares, entre los que se encuentra la transmisión de impulsos nerviosos y contracción muscular, además de un efecto protector antioxidante. Por lo tanto, **el pan es una buena fuente de hidratos de carbono y un alimento de elección sobre todo en la fase post-ejercicio para acelerar la recuperación.** Dentro del estilo de vida saludable, junto con la alimentación, la práctica de ejercicio físico es fundamental para reducir factores de riesgo de enfermedades crónicas. Las personas físicamente activas deben aumentar su ingesta de hidratos de carbono. Ya en edades tempranas observamos los beneficios de la ingesta de pan, por lo que su consumo puede ser una alternativa saludable para el picoteo entre horas.

¿Sabes exactamente cuánto te va a durar un implante dental?

CLÍNICABUSTILLO
CIRUGÍA MAXILOFACIAL
IMPLANTES DENTALES
SAN FERMÍN, 59 Bajo. T 948152878

Dr. Ángel Fernández Bustillo
Nº Col. 6114-NA

Hoy vamos a hablar de la vida útil de los implantes dentales. Trataremos de explicar porqué siempre se habla de que un implante dental tiene un vida útil de al menos 20 años, pudiendo en la mayoría de los casos llegar a tener una duración mayor, si las condiciones de su colocación y mantenimiento, son óptimas. Para poder valorar cuál es la vida útil de un implante dental, debemos primero conocer los elementos que componen el implante dental y la vida útil de cada elemento.

Como seguramente sabes, un implante dental es una pieza de metal hecha de titanio, que se inserta en nuestros huesos maxilares y que a través de un proceso de integración de algunos meses, se funde con los huesos, después de ese período se procede a la puesta de la pieza externa o corona, que es la única parte visible.
Observamos que los factores que afectan la vida útil de un implante dental son: la calidad de hueso de nuestros maxilares, el titanio del implante y la corona del diente.
La calidad de nuestros huesos maxilares puede verse afectada por nuestra alimentación y sobre todo por la perdidas dentales que tengamos, además del tiempo que dejemos pasar entre la pérdida del diente y la colocación del implante dental. La calidad y cantidad de hueso, junto a la edad del paciente son los factores claves para decidir el número de implantes a colocar. Tratamientos de boca completa, con un numero limitado de implantes, en casos de hueso escaso y edad por debajo de los 65 años se asocian a un alto índice de fracaso.
Afortunadamente hay muchas técnicas modernas que pueden ayudarnos a recuperar la calidad y cantidad del hueso para la colocación de un implante. Hoy en raras ocasiones son necesarias intervenciones agresivas (injertos de hueso propio), para reconstruir el hueso perdido y han sido sustituidas por cirugías más sofisticadas y menos invasivas, usando Biomateriales modernos osteconductivos.
El otro elemento muy importante, es el material del que están hechos los implantes: el titanio.
El Titanio como tal es un metal que tiene ciertas características muy especiales, siendo la principal, la no oxidación. Al tener ésta característica de no oxidarse, el titanio conserva toda su masa de forma intacta, es decir, no se desgasta con el paso del tiempo. La colocación de un implante de baja calidad, puede ser el motivo fundamental del fracaso, ya que las características de la superficie del titanio junto al diseño del implante, condicionan el mantenimiento del hueso en toda la longitud, sobre todo en la parte más cercana a la corona dental. Su pérdida condiciona la aparición de inflamación y dolor así como el enrojecimiento de la encía alrededor de la corona, es el comienzo de una mucositis que si no es bien tratada traerá consigo, la aparición de una periimplantitis y le pérdida del implante. De este modo el paciente debe conocer que sólo unas pocas marcas de implantes están avaladas científicamente, debe reclamar su derecho a conocer el material que se le implanta.

Estética y autoestima

El tercer elemento importante en el implante dental es la corona, la cual normalmente es de resina, porcelana o zirconia, dichos materiales son muy resistentes a los golpes, presiones fuertes, cambios fuertes de temperatura, etc. Aun así su deformación o rotura es una complicación frecuente. La pericia del laboratorio así como la calidad de los materiales una vez más es determinante, para el éxito del implante a largo plazo.
Una corona bien cuidada, te durará muchos años, pero no te preocupes, ésta es una pieza fácilmente reemplazable.
Siendo la corona la única pieza de desgaste en el implante, se prevé que cada cierto tiempo se esté revisando y reemplazando como parte del mantenimiento natural de tu implante, así que si le das buen mantenimiento, reemplazando la corona cada cierto tiempo prudencial, tendrás implante para mucho tiempo.
Esta corona normalmente es fabricada con lo último en tecnología CAD CAM, es decir el diseño guiado por ordenador es un valor añadido al tratamiento, su ajuste y calidad estética es sensiblemente superior a otras ténicas.
La corona debe cumplir parámetros de forma y color máximos para que su resultado sea altamente natural y estético en la persona edéntula.
Actualmente la sonrisa es parte esencial de la estética y de la autoestima de las personas. Muchos estudios han revelado que después de los ojos, la sonrisa es la parte más importante para conseguir una estética armoniosa y natural de la cara.
Los implantes dentales ya han mostrado que funcionan a largo plazo y en muchísimos pacientes en el mundo. Los implantes dentales son, una solución que hoy ha demostrado ser exitosa.
Cuando a una persona le falta uno o más dientes, supone un problema que puede afectar no solamente su función de masticación y de fonética sino, lo más importante, es que puede llegar a afectar la autoestima de la misma persona.
Normalmente muchas personas relatan que por la falta de sus dientes frontales no se sienten capaces de salir con nadie ni de tener una vida íntima normal. Más aun, cuando ellos hablan, sin darse cuenta se tapan la boca con la mano. Este problema es fácilmente superado con un implante dental osteointegrado.
Cuando se esté en capacidad de iniciar un proceso de implantes dentales, te recomendamos buscar a un especialista en ésta materia. Sólo los especialistas son los que tienen la habilidad, conocimiento y experiencia necesaria para el proceso de reestructuración dental, muy necesaria para el éxito del implante.
Los implantes dentales son hoy en día la solución ideal para todas aquellas personas edéntulas. Como hemos comentado anteriormente, existen implantes de todo tipo y marca, por eso siempre la experiencia y calidad del médico implantólogo debe ser de las mejores, para poder garantizar un implante dental exitoso.
Para finalizar recordaremos las condiciones que un tratamiento debe poseer para que el implante tenga éxito a largo plazo. Aún así será posible encontrar complicaciones en un 5% de los casos.
Un tratamiento de implantes deberá ser planificado y ejecutado por un especialista en implantes, cuya experiencia y ética profesional condicione la elección de los mejores materiales para un resultado funcional y estético deseado por el paciente. Es importante recordar que los implantes dentales son la mejor alternativa pero no la única, es mejor no tratar antes que hacerlo mal.

La Terapia Ocupacional en la intervención domiciliaria

Ana Loitegui Baciero y Ainhoa Trébol Urra
Terapeutas Ocupacionales
Colegio Terapeutas Ocupacionales de Navarra

Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra
C/ Ventura Rodríguez, 54 - 1º B
31012 . Pamplona
COTONA-NALTE
Nafarroako Lan-Terapeuten Elkargoa
Apdo. de correos 31080 . Pamplona
666 653 505 . cotona_nalte@yahoo.es

La Terapia Ocupacional es el uso terapéutico en las actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas y el entorno para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida" (American Occupational Therapy Association (AOTA),1986).

De esta definición se extrae que la práctica de la terapia ocupacional, no solo se dirige a las personas, sino también a los entornos en las que éstas se desenvuelven.

Las intervenciones más comunes del terapeuta ocupacional en un domicilio son:

- Valoración de las capacidades funcionales y cognitivas de la persona
- Rehabilitación personalizada en el domicilio de aquellas personas que así lo requieran tras su valoración.
- Valoración y asesoramiento sobre la necesidad de productos de apoyo y posterior entrenamiento con las mismas tanto a usuarios como a sus cuidadores
- Asesoramiento sobre estrategias de reentrenamiento en actividades básicas de la vida diaria a los cuidadores.
- Estudiar y determinar la adaptación del entorno y eliminación de barreras arquitectónicas en el domicilio del usuario, proporcionando las soluciones más adecuadas.

Intervención domiciliaria sobre el usuario

Una vez realizada la valoración de la persona, el o la terapeuta ocupacional diseña un plan de intervención. Este plan contemplará los objetivos a corto y largo plazo y las intervenciones necesarias para lograrlo.

Usando las capacidades residuales de las persona el terapeuta ocupacional adaptará y simplificará actividades para que la persona pueda realizarlas de forma autónoma, reeducará y proporcionará estrategias para la ejecución de las mismas en función de las destrezas y limitaciones de cada persona, adaptará la vivienda con el fin de reducir las demandas que presenta el entorno físico de la vivienda facilitando así la realización de las tareas y prescribirá productos de apoyo y entrenará en el uso de los mismos para conseguir la máxima autonomía en las actividades de la vida diaria.

Adaptación funcional del entorno y adquisición de productos de apoyo

Los productos de apoyo (antes llamados ayudas técnicas) se definen como cualquier

producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. www.ceapat.es.

La indicación de un producto de apoyo o una adaptación en el domicilio a de realizarse por parte de un profesional y tiene que cumplir una serie de requisitos con el fin de que sea adecuada y cumpla la función para la que se prescribe:

1. En primer lugar hay que realizar una valoración exhaustiva de la persona con sus capacidades y limitaciones con el fin de que se ajuste a la funcionalidad del usuario. Además tiene que estar consensuada tanto con la persona que va a utilizarla como con los cuidadores o familiares que componen su entorno y tiene que existir una implicación y un deseo por parte de estos en la adaptación o adquisición de un producto de apoyo.

2. En segundo lugar la adaptación o la adquisición del producto de apoyo ha de ser viable, es decir, tienen que existir posibilidades de adaptación que permitan que la persona permanezca en su hogar en condiciones de calidad de vida suficientes y a de poder entrar y salir de su hogar evitando que quede confinado en su vivienda y el coste de las mismas a de ser equivalente a los beneficios que la adaptación o el producto de apoyo le va a revertir y le va a permitir ser autónomo.

3. En tercer lugar, y no por ello menos importante, toda adaptación o adquisición de un producto de apoyo tiene que venir acompañado de una explicación y entrenamiento sobre su uso adecuado a cada persona y realizado por un profesional en el propio domicilio donde se va a desarrollar la actividad.

En España existe el Centro Estatal de ayudas técnicas (CEAPAT) como centro de referencia estatal de autonomía personal y ayudas técnicas. Además cuenta con delegaciones en Albacete, Lardero (La Rioja), Salamanca y San Fernando (Cádiz). En ellas el terapeuta ocupacional realiza las funciones de asesoramiento, demostración e indicación de productos de apoyo y adaptaciones del entorno en colaboración con otros profesionales. En Navarra en la actualidad no existe ningún centro ni servicio de referencia y desde el equipo de Valoración de la situación de dependencia se constata la necesidad de creación del mismo.

La realización de una adaptación funcional o la adquisición de un producto de apoyo adecuado reduce considerablemente las necesidades de asistencia domiciliaria pero en ocasiones, tras esta intervención, no se logra la máxima autonomía en alguna o todas las actividades de la vida diaria por lo que habrá que intentar minimizar los déficit e instruir al cuidador para ayudar a la persona en el desempeño de las mismas.

Intervención domiciliaria sobre el entorno físico y humano

El entorno físico comprende los espacios físicos en los que vive la persona y los objetos que existen en ellos y con los cuáles interactúa. Las técnicas y actividades utilizadas son:

- Eliminación de barreras arquitectónicas: se trata de eliminar barreras y adaptar los espacios físicos en los que se desenvuelve la persona para que la persona pueda acceder a ellos sin sobreesfuerzos innecesarios y hacer uso de las instalaciones y los objetos de manera autónoma, segura y cómoda. Por ejemplo cambiar bañera por ducha a ras de suelo, bajar el ascensor a ras del portal eliminando las escaleras, anchar marcos de puertas....
- Adaptación cognitiva y funcional del entorno: mediante esta técnica se pretende compensar las limitaciones y facilitar los rendimientos de la persona para que presenta un menor trastorno funcional. Las acciones irán dirigidas a minimizar factores de riesgo (iluminación adecuada, instalaciones eléctricas seguras,...), simplificar el ambiente (organización de espacios, electrodomésticos "inteligentes", eliminar objetos innecesarios...), favorecer la orientación (carteles indicativos, relojes, luz nocturna,...) y potenciar la autonomía (objetos fácilmente localizables, ropa preparada en el orden adecuado,...).

El entorno humano comprende a los cuidadores de las personas y como las actitudes, habilidades y conductas de los mismos influyen en su desempeño ocupacional. Las intervenciones desde TO con cuidadores serán:

- Aconsejar sobre la mejor manera de realizar las actividades básicas de la vida diaria para favorecer la autonomía y/o evitar la sobrecarga.
- Dar pautas de manejo ante situaciones concretas.
- Informar sobre enfermedades y limitaciones que conllevan para conocer los motivos que subyacen a muchos de los trastornos conductuales y problemas planteados, favoreciendo actitudes más adecuadas.
- Informar sobre técnicas de comunicación adecuadas.
- Asesorar, formar y entrenar en el uso de productos de apoyo que han de ser manejados por ellos para facilitar el cuidado de las personas a su cargo.

Osteoporosis diagnóstico y tratamiento

Dra. Virginia Sangüesa Sánchez, Juan Manuel Vellosillo Ortega y Carlos Ruiz Muneta.
F.E.A Medicina Física y Rehabilitación. Complejo Hospitalario de Navarra.

La osteoporosis es la disminución de resistencia del hueso por alteración de su estructura. Se la conoce como la "epidemia silenciosa" porque no produce síntomas hasta que está en un nivel avanzado y se producen fracturas.

¿Qué es la osteoporosis?

La osteoporosis es una enfermedad esquelética que se caracteriza por la disminución de densidad mineral ósea y el deterioro de la microarquitectura de los huesos. En circunstancias normales el hueso está en un permanente proceso de producción y destrucción del tejido con un equilibrio entre las células que producen hueso y las células que lo destruyen. Cuando este equilibrio se pierde y aumenta el proceso de destrucción, la estructura es más frágil y aumenta de forma muy importante la probabilidad de sufrir fracturas.

Es una patología infradiagnosticada y cuya prevalencia va en aumento por el envejecimiento de la población.

La OP es una enfermedad "silenciosa", se va desarrollando poco a poco sin que el paciente perciba ninguna sintomatología y cuando se manifiesta es ya en estado avanzado, con fracturas por fragilidad.

La morbilidad de la osteoporosis se produce por las fracturas de fragilidad que se producen, estas suelen ser fracturas vertebrales, de cadera y de muñeca.

Clasificación de la osteoporosis según la etiología

Se divide en primaria y secundaria según la causa que la provoca.

En la osteoporosis primaria no se encuentra una causa que la justifique y en la osteoporosis secundaria hay una alteración que la produce, esta puede ser: efecto secundario de algunos fármaco, enfermedades metabólicas, alteración de alimentación, alteraciones hormonales...

Es una patología más frecuentes en mujeres y en ellas la etiología más habitual es la primaria, no hay una causa especial que la provoque. Su incidencia aumenta a partir de la menopausia sobre todo si esta se produce a una edad temprana.

Los hombres también padecen osteoporosis

En hombres es una patología menos frecuente pero también se diagnostica cada vez con más frecuencia. En ellos la etiología suele ser secundaria, es decir, existe alguna alteración que predispone a que disminuya la densidad mineral ósea y con ello el hueso sea más frágil.

Hay que sospechar la enfermedad para llegar a su diagnóstico

Para el diagnóstico de esta patología hay que interrogar al paciente sobre la presencia de antecedentes familiares y personales de fracturas de fragilidad, menopausia antes de los 45 años en mujeres, hábitos alimentación y de vida, antecedentes personales de enfermedades que predisponen, como el consumo prolongado de corticoides, diuréticos, patología renal, respiratoria, tiroidea, cardiaca, fármacos inmunosupresores y anticoagulantes. Incrementa el riesgo de padecerla la complexión delgada, la piel clara, vida sedentaria...

Hay algunos datos en la exploración que pueden sugerir la presencia de esta enfermedad como son la osteopenia en radiografías, la pérdida de altura del paciente de forma progresiva, aumento de cifosis en la espalda.

Diagnóstico definitivo

El diagnóstico definitivo se realiza con una prueba llamada densitometría (absorciometría dual de rayos X). Un paciente tiene osteoporosis si la densitometría tiene un resultado que es -2,5 desviaciones standards respecto al resultado que tienen las personas de igual edad y sexo. Y diremos que tiene osteopenia si tiene -1,5 desviación standards.

Tratamiento de la osteoporosis

El tratamiento se compone de medidas farmacológicas y no farmacológicas. Las medidas no farmacológicas no sustituyen al tratamiento farmacológico en la osteoporosis pero ayudan a evitar la progresión de la osteoporosis y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

No farmacológicas:

- Ingerir alimentos ricos en calcio: leche y lácteos, preferiblemente desnatados.
- Evitar dietas ricas en proteinas de origen animal.
- Evitar la ingesta de café y alcohol, evitar fumar.
- Se recomienda la exposición solar por lo menos 15 minutos al día para favorecer la síntesis de la vitamina D y el consumo de alimentos que contengan esta vitamina: leche, huevos, mantequilla, margarina, pescados grasos (sardinas, arenques, salmón).
- Se recomienda la práctica regular de ejercicio físico, ya que este incrementa la masa ósea y disminuye el riesgo de fracturas. Este debe provocar carga de peso sobre los huesos para estimular la formación ósea. Los ejercicios más beneficiosos son los aeróbicos con desplazamiento. Como norma general se aconseja como mínimo un paseo diario de 30 minutos. Se recomienda el baile, aerobic, una tabla de gimnasia adaptada para personas mayores puede ser adecuado. En caso de osteoporosis con acuñamientos vertebrales, se desaconsejan los ejercicios de flexión anterior o de torsión del tronco. La natación es en ejercicio poco eficaz en la osteoporosis ya que es una actividad física que no supone carga de peso.

Farmacológico:

En caso de considerarse necesario su médico le recomendará el tratamiento más adecuado. El tratamiento depende de la causa de la osteoporosis, de la edad, intensidad de la osteoporosis, de la posibilidad de ingesta oral, de la presencia de fracturas y siempre se acompañará de suplemento de calcio y vitamina D.

Calcio: Debe asegurarse una ingesta adecuada diaria de calcio de alrededor de 1000-1500 mg/día. En ocasiones es necesario prescribir tratamiento que suplemente el aporte que se obtiene de la dieta.

Vitamina D: el déficit de esta vitamina es muy frecuente sobre todo en pacientes seniles. Su déficit se asocia con aumento del riesgo de fracturas. Debe mantenerse una ingesta de 400-800 mg/día.

Fármacos para la osteoporosis:

Según su mecanismo de actuación se pueden clasificar en dos tipos de fármacos:

-Aquellos que inhiben la resorción ósea:

- Bifosfonatos: son los más utilizados, se pueden administrar via oral o intravenosa. Hay varios principios activos: Alendronato, Risedronato, Ibandronato, Pamidronato, ácido Zoledrónico.
- Modulares de los receptores de estrógenos: Raloxifeno
- Calcitonina.

-Fármacos que aumentan la producción ósea:

- Ranelato de Estroncio, se administra vía oral.
- Hormona paratiroidea: se administra en inyección subcutánea diarias.

El cerebro adicto

Natalia López Moratalla
Catedrática de Bioquímica y Biología Molecular. Universidad de Navarra

¿Qué efecto producen las drogas en el cerebro?

Lo que entendemos por adicción a algo, no es otra cosa que un aprendizaje con recompensa que se hace patológico y acaba arruinando el proyecto de vida de la persona afectada y generando problemas a los que les rodean.

El consumo crónico de drogas químicas, alcohol, tabaco, o los comportamientos adictivos a la comida o a la inanición, a las compras, o los juegos de azar o la suplantación de la identidad en Internet, se apropian del circuito de recompensa, y elaboran un condicionamiento. Es decir, un comportamiento automático atado a una sensación de bienestar, de premio.

No sólo afectan el funcionamiento del cerebro, sino también a la misma estructura cerebral. Al comparar el cerebro de personas sin adicción y el de una adicta por ejemplo a la cocaína se ha comprobado que disminuye la actividad de diversas áreas. Y se ha visto que el cerebro de jóvenes adictos a los juegos de rol de Internet presenta una serie de daños en las fibras que conectan diversas áreas cerebrales.

El riesgo y la aventura, la curiosidad por lo desconocido, generan un placer innato, mayor o menor según el temperamento de cada uno; de hecho existe una cierta predisposición genética a la adicción. Las situaciones que entrañan peligro, provocan un aumento de dopamina, neurotransmisor que procesa los estados de emoción positiva.

Ante una situación placentera las neuronas del núcleo accumbens reciben dopamina, mientras la amígdala evalúa la recompensa prevista. La corteza prefrontal procesa la información, sopesa, compara opciones, y decide libremente la respuesta, actuando finalmente de una manera u otra. Normalmente la dopamina no permanece en el espacio de la conexión, sinapsis, entre las dos neuronas ya que las mismas que la liberan la recapturan de nuevo al interior.

Además en esta región existen las interneuronas que descargan el neurotransmisor inhibidor GABA que controla y dosifica la liberación de dopamina. Esto permite que nuestro cerebro mantenga un equilibrio, y no estemos ni eufóricos ni apáticos sin motivo. Pues bien, todas las drogas rompen el equilibrio de la dopamina, bien aumentando su concentración en el espacio de la sinapsis, o prolongando el tiempo que permanece antes de ser capturada.

La cocaína por ejemplo, bloquea el recaptador de dopamina; la anfetamina además de impedir que la dopamina sea recapturada, aumenta la cantidad de la que se libera de nuevo. Por otro lado la nicotina estimula directamente las neuronas productoras de dopamina y en cambio los opiaceos, el cannabis, y la morfina impiden la liberación del inhibidor GABA. En el caso del consumo de éxtasis se destruyen literalmente las neuronas.

El consumo crónico de cocaína, alcohol u opiáceos disminuyen además los receptores de la dopamina, que permanecen en niveles bajos incluso después de un año de dejar el consumo. De ahí que disminuyan paulatinamente los efectos placenteros de la droga, y se cree la necesidad de una mayor cantidad para conseguir el mismo efecto. Se explica así la compulsividad asociada al síndrome de la abstinencia.

La adicción no se desarrolla tras un primer consumo, sino que es un largo proceso de consolidación de un aprendizaje. Memorizar algo es aumentar la intensidad de las conexiones entre neuronas. Cuando una neurona recibe información libera el neurotransmisor glutamato y receptores de la otra neurona expulsan los iones magnesio, permitiendo la entrada de iones calcio al interior de la neurona. Estos iones desencadenan una cascada de reacciones, que fortalecen la conexión entre ambas.

Con el consumo crónico de la droga se modifica el proceso ya que el exceso de estimulación producido por la dopamina hace que aumenten los receptores del glutamato, con lo que la internalización del calcio es muy intensa y se establezca el recuerdo a largo plazo. El hipocampo guarda entonces la memoria del estimulo gratificante. Registra el recuerdo, de forma más intensa y duradera cuanto más placentero es el estímulo, estableciendo la memoria emocional esencial en la adicción.

Al inicio del consumo, o del juego, se aprenden inconscientemente las circunstancias ambientales que rodean la situación. De esa forma la recompensa se asocia a algo, un olor, un lugar... El aprendizaje de los pasos para conseguir el objetivo placentero crea la memoria del procedimiento; una memoria del mismo tipo de la que nos permitió, por ejemplo, aprender a montar en bicicleta y recordar los movimientos tras años de no hacerlo. Al percibir de nuevo aquel olor o ver ese lugar en el que se consumió en su día la droga, la dopamina promueve el recuerdo inconsciente asociado a la recompensa, y despierta la información necesaria para conseguir el premio de nuevo.

La mayoría de conductas adictivas tienen su origen en la adolescencia ya que en esa época no están aún ajustados los sistemas de recompensa ni los de memoria emocional.

En una situación normal la corteza orbito frontal seleccionaría la respuesta después de analizar los datos. Sin embargo, cuando se ha producido la adicción el funcionamiento es diferente: se pierde el control sobre los circuitos del lóbulo frontal y se generan respuestas, automáticas y compulsivas. Por ello, quienes sufren la adición no deciden sino que se encuentran obligados a consumir. Pierden el "freno" necesario para poder decidir libremente qué hacer.

¿Es posible tener adicción a los juegos de Internet?

Jugar o comunicarse con otros es algo genuinamente humano. Parece contradictorio que pueda llegar a ser algo patológico. Sin embargo, lo está siendo y con una gran frecuencia, de manera que llega a ser un problema de salud mental.

Los adictos a los juegos de Internet pasan horas diarias ante la pantalla. Descuidan el estudio, pierden con frecuencia el trabajo y a veces rompen la paz familiar. Y parece haber un componente asociado a la adicción: trastornos depresivos, o de la personalidad.

Elegir la identidad en un mundo virtual, ficticia en general, o quedar bien ante los otros componentes de los juegos de rol tiene un efecto de recompensa como el dinero en el juego. Alteran el estado emocional del jugador y pueden acabar creando la obligación de jugar, la adicción. Los mecanismos cerebrales son idénticos a los que generan el consumo de drogas, alcohol o tabaco, o los demás comportamientos adictivos.

Las alteraciones cerebrales no se resuelven sólo con fuerza de voluntad. Sin embargo, la prevención, el auto-compromiso de limitar el propio terreno de actuación para protegerse contra las imprudencias es capaz de frenar el impulso placentero. En definitiva, el convencimiento de tener el destino de uno mismo en la propias manos, superar una crisis, y no estar sólo, suponen una buena prevención para no caer en la destructiva red de las dependencias y adicciones.

MONTURA GRATIS CON TUS CRISTALES PROGRESIVOS*
*Progresivos de última generación
óptica unyvisión
AVDA. NAVARRA
(Frente a Clínica Universidad de Navarra)
31008 PAMPLONA • T. 948 178 188
Descuento, no acumulable a otras ofertas, válido con la presentación de este anuncio
HASTA EL 1 DE AGOSTO DE 2012
AVDA. PÍO XII
CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA
AVDA. NAVARRA
ÓPTICA UNYVISIÓN

CH
CAROLINA HERRERA

¿Se puede prevenir el descenso de los órganos pélvicos?

Dra. Daime Pérez Feito
Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria
Miembro del Grupo de Trabajo Nacional de Urología de SEMERGEN.

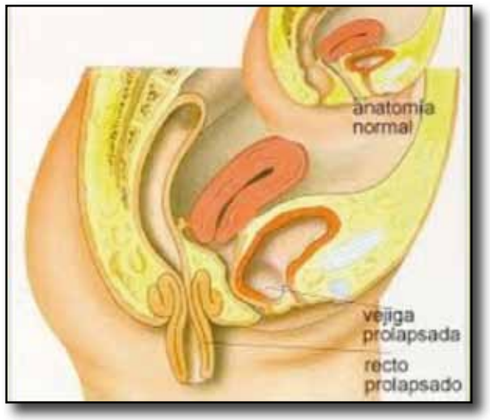
El prolapso genital es el descenso de los órganos pélvicos por el debilitamiento del soporte del suelo pélvico. Es bastante frecuente, 9 de cada 10 mujeres lo presentan.

No existe consenso clínico del concepto que define al prolapso genital como patológico, ya que cierto grado de descenso y relajación de la pared vaginal es considerado como normal en la gran mayoría de las mujeres, por la ausencia de dolor.
La frecuencia del prolapso genital severo es del 3% en la población general y es probable que alrededor del 3-6% de las mujeres lo desarrolle en algún momento de su vida. La recidiva del prolapso genital (reaparición de la enfermedad tras un período de salud completa) es del 15%, a los 2 años, semejante a la observada en las hernias en general.

¿Qué órganos pueden prolapsarse?

Prolapso de vejiga urinaria: o prolapso anterior (Colpocistocele) es la protrusión de la vejiga y de la pared vaginal hacia el exterior a través de la cara anterior de la vagina.
Prolapso rectal: o prolapso posterior (Colporectocele) es la protrusión de la vejiga y de la pared vaginal hacia el exterior a través de la cara posterior de la vagina.
Prolapso uterino: descenso o prolapso del útero (Histerocele) es el descenso del útero a través del canal vaginal exponiendo el cuello del útero hacia el exterior. Cuando el prolapso es severo el útero viene acompañado de un prolapso vesical y rectal.

Prolapso intestinal: o Enterocele, es un prolapso muy particular donde los intestinos se insinúan a través del espacio comprendido entre el útero y el recto. No es muy frecuente.



¿A qué se denomina suelo pélvico?

Es el conjunto de músculos, ligamentos, tejido conectivo y nervios que permiten el soporte del útero, vagina, vejiga urinaria, uretra y recto.

Causas

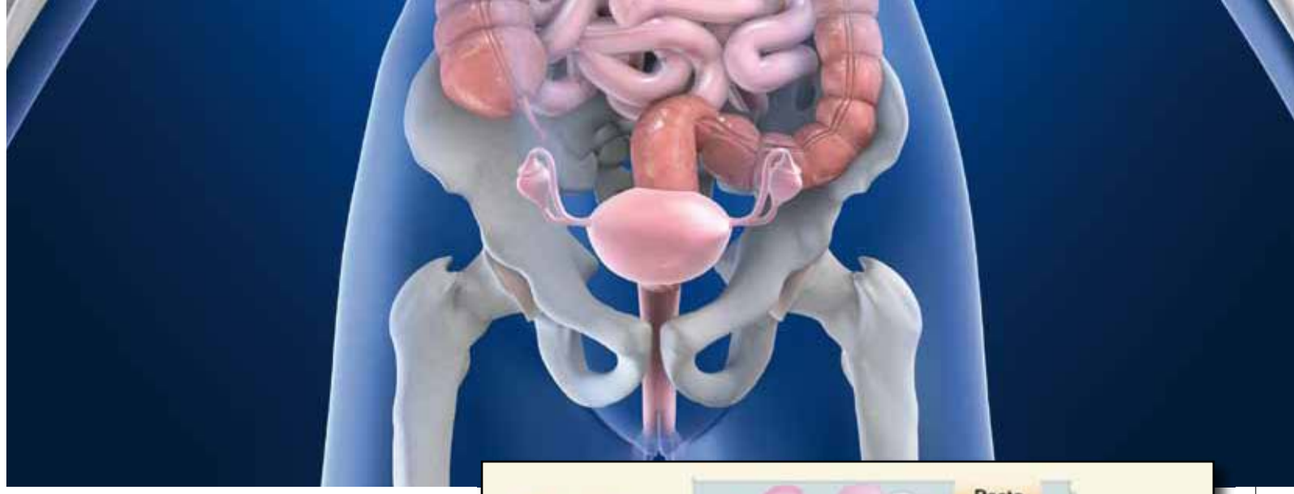
Las causas más frecuentes son:
- Traumatismos obstétricos y/o cirugías pélvicas.
- Multiparidad y/o fetos grandes.
- "Mala calidad" de los ligamentos, tejido conectivo y músculos de la pelvis. Es más frecuentes en mujeres de raza blanca y asiáticas que en las de raza negra.
- Menopausia (se reducen los niveles de estrógenos).
- Obesidad, estreñimiento (aumenta la presión intrabdominal).
- Enfermedades respiratorias crónicas (Asma, tos crónica).
- Actividades relacionadas con levantar peso.
- En mujeres jóvenes nulíparas se produce por insuficiencia gonodal o parálisis nerviosa, alteraciones medulares y con espina bífida.

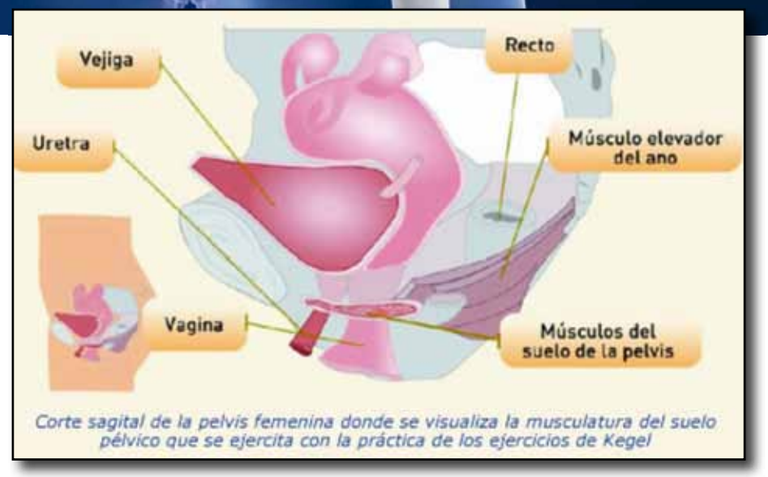
Síntomas

Van a depender del tipo de prolapso, aunque algunos de ellos son comunes:
- Dolor en bajo vientre.
- Pesadez o presión en más de un 90% de los casos.
- Bulto en los genitales, flujo vaginal, picazón.
- Dificultad, dolor y no satisfacción en las relaciones sexuales.
- Dolores en la zona sacrolumbar.
- Estreñimiento.
- Dificultad y molestias al caminar o con otros ejercicios físicos.
- Sangrado genital (por el roce de la pared vaginal con la ropa interior)
- Trastornos urinarios: incontinencia o pérdida involuntaria de la orina, alteraciones en la frecuencia miccional con aumento de la urgencia.
- Aparecen generalmente en posición de pie y se reducen al acostarse.

¿Cómo se mide el grado de severidad de los prolapsos?

Se clasifican en base a la cercanía o nivel de protrusión de la pared vaginal o del útero a través del canal vaginal:
Grado 1: pequeña debilidad de la pared o escaso descenso uterino. Demostrable por pruebas clínicas durante el examen físico. La paciente no siente nada y su presencia sólo la establece el médico.
Grado 2: la protrusión o el descenso uterino pueden notarse mediante maniobras de "pujo". El defecto se insinúa hasta la entrada de la vulva.
Grado 3: la protrusión va más allá de los límites de la vulva, haciéndose evidente a simple vista después de pujar un poco.
Grado 4 o Procidencia: Es el descenso total del útero a través del canal vaginal, acompañado por un cistocele y rectocele grado 3. Es la eversión total de la vagina como un guante volteado de adentro hacia afuera.





Corte sagital de la pelvis femenina donde se visualiza la musculatura del suelo pélvico que se ejercita con la práctica de los ejercicios de Kegel

¿El prolapso puede conducir al cáncer?

Absolutamente NO.

¿Por qué puede llegar a ser un problema social?

Al aumentar la esperanza de vida, mayor número de mujeres desarrollarán alteraciones del suelo pélvico. Esto supone síntomas desagradables, interfiere en las relaciones sociales al limitar su participación en excursiones, salidas de casa y en la actividad sexual. Pudiendo esto ser causa de aislamiento social, pérdida de autoestima y hasta depresión.

Diagnóstico

Se inicia realizando la historia clínica de la paciente, la exploración física y el examen pélvico completo para buscar signos de prolapso y esto permite valorar de que prolapso se trata (vagina, recto).
Luego se valora además el grado de descenso de dichos órganos.

Tratamiento

Dependerá del tipo y grado de prolapso genital que presente. Por lo general la solución de esta patología es la cirugía (colocación de mallas).
La cirugía se llevará a cabo si la paciente lo acepta y el tipo de esta dependerá del tipo de incontinencia, tipo de alteración del suelo pélvico, la edad y el estado general de mujer.
Hay tratamientos no quirúrgicos que el médico aplicará dependiendo el caso y sobre todo en grados leves (ejercicios rehabilitadores, uso de pesarios).

Prevención

No se sabe con exactitud si se puede prevenir, pero os ofrecemos algunas medidas preventivas:
- Fortalecer el suelo pélvico durante el embarazo y después del parto.
- Practicar ejercicios de contracciones de la" musculatura pélvica" (Ejercicio de Kegel, es como si tratara de interrumpir la micción).
- Terapia de reemplazo hormonal en mujeres con menopausia.
- En pacientes que han tenido un parto difícil (Es preferible esperar un considerable tiempo para un segundo embarazo).
- Eliminar el tabaquismo como causa de tos crónica.
- Controlar el estreñimiento.
- Evitar levantar pesos exagerados.
- Orinar con frecuencia evitando la distensión vesical prolongada, que si bien no ha demostrado sea un factor de la aparición de prolapsos al menos le evitará complicaciones urinarias.
- Tratar de mantener un peso adecuado para evitar la obesidad.
- Controles anuales con su ginecólogo para obtener un diagnostico temprano si éste fuera el caso.

La importancia del cuidado del pie diabético

Mª Cristina Pérez de Albéniz Gómez
Diplomada Universitaria en Enfermería.
Centro de Salud de Barañain II

María Lorente Cisneros
Enfermera del CAM del Complejo Hospitalario de Navarra

Las personas diabéticas tienen más posibilidades de tener problemas en sus pies que el resto, por ello es imprescindible un buen cuidado de los pies.

La circulación de la sangre en las extremidades inferiores disminuye con la edad, reduciéndose aún más por efecto de la diabetes. Dado que también se pierde sensibilidad (por la neuropatía diabética), existe una mayor propensión a las infecciones en los pies de las personas con diabetes.

Un buen cuidado de la Diabetes debería completarse cada día con unos minutos dedicados al cuidado de los pies, que serán de gran valor para evitar complicaciones. Se trataría, fundamentalmente de tener los pies siempre en buen estado, limpios, cuidar al máximo de no hacerse heridas, rozaduras o irritaciones, que los pies no estén muy secos y prevenir deformaciones, todo ello encaminado a prevenir infecciones.

Mejorar la circulación de la sangre en las piernas y la falta de sensibilidad de los nervios en los pies. Por ejemplo, el tabaco, el calor y frío excesivos, el alcohol y otras drogas pueden hacerles daño.

¿Por qué es importante el cuidado de los pies en el paciente diabético?

En la evolución de la Diabetes, las complicaciones más frecuentes son la afectación de nervios y arterias. Las alteraciones vasculares alteran la circulación sanguínea y facilitan la aparación de edemas y de zonas mal vascularizadas, que dificultan la curación de lesiones y heridas. La neuropatía diabética provoca la pérdida de sensibilidad, atrofia muscular y dolor.

Ambas alteraciones tienen especial repercusión en los pies, aumentando con frecuencia de erosiones, pinchazos, cortes, quemaduras... que si no se cuidan se convierten en úlceras, facilitan la infección y pueden llevar a la gangrena y a la necesidad de amputaciones.

¿Cómo deben cuidarse los pies en el paciente diabético?

Para evitar la aparición de úlceras, lesiones, infecciones y necrosis en los pies, es muy importante que el paciente diabético mantenga un buen control de la glucemia y evite los factores que pueden aumentar el riesgo de lesiones vasculares y nerviosas mediante:

- Control de la glucemia, manteniendo correctamente el tratamiento con insulina y/o hipoglucemiantes orales.
- Dieta alimenticia que facilite la estabilidad de los niveles de glucemia en sangre, evite la obesidad y garantice adecuado aporte de proteínas, vitaminas y minerales al organismo.
- Ejercicio físico que facilite el mantenimiento del peso adecuado, el metabolismo de la glucosa y la correcta circulación sanguínea en los pies.
- Llevar un buen control de la tensión arterial y de los niveles de lípidos en sangre.
- No fumar ni consumir alcohol u otras drogas.
- Además es esencial **cuidar diariamente los pies**, revisándolos para vigilar si aparecen heridas, rozaduras, ampollas o grietas. Para la revisión diaria se aconseja buena iluminación natural e inspeccioando bien todas las zonas de la planta y de los espacios interdigitales con la ayuda de un espejo. Se debe acudir al médico en caso de que aparezcan lesiones, cambio de color, dolor o hinchazón en los pies.

La correcta higiene de los pies y la elección adecuada del calzado es la estrategia básica para evitar la aparición de rozaduras, heridas, quemaduras y lesiones:

- Lavarse los pies diariamente con agua templada (ni muy caliente-que no supere los 37 grados- ni muy fría) y jabón neutro sin olvidar las zonas entre los dedos. Se recomienda no tenerlos a remojo más de 5 minutos. También se aconseja comprobar la temperatura del agua con un termómetro de baño o con el codo, ya que es frecuente que en los pies se pueda haber perdido la sensibilidad y no se perciba la temperatura real del agua.
- Secar bien los pies con una toalla suave y sin frotar, con especial cuidado en los espacios interdígitales. Si la piel está muy seca, se puede aplicar una crema hidratante pero con la precaución de no aplicarla en los espacios interdigitales.
- Mantener los pies secos utilizando talco no medicinal antes de calzarse por la mañana y cada vez que se cambie de calcetines o calzado.
- Las uñas de los pies deben cortarse con tijeras de punta roma, y en línea recta para evitar que se encarnen, sin apurar el corte ni erosionar los dedos. Es aconsejable utilizar una lima para mantener la longitud de las uñas y pulir los bordes.
- No se deben cortar ni quitar las durezas y callos de los dedos, ni utilizar callicidas, de ser necesario, debe consultarse al Podólogo.

No se deben utilizar pomadas, alcohol o desinfectantes para las heridas de los pies, ya que pueden irritar la piel o cambiar la coloración de la piel y de la herida, dificultando su seguimiento médico. Consulte a su enfermera que le orientará en el modo de tratarlas.

- Los pies no deben colocarse cerca del fuego, estufas o fuentes de calor.
- Se debe evitar el uso de ligas, gomas o calcetines con elásticos en el borde ya que dificultan la circulación sanguínea.
- Evitar andar descalzo.
- Utilizar crema de protección solar también en los pies si se está expuesto al sol.

Recomendaciones respecto al calzado

Los consejos con respecto al calzado son los siguientes:

- Cambio diario de calcetines o medias que deben ser de tejidos naturales (algodón, lana, lino, hilo) y sin costuras. No se deben de utilizar medias o calceines sintéticos, con elásticos o gomas. No deben de quedar ni prietos ni flojos en la pierna y el pie. Si los pies sudan mucho o se ha hecho mucho ejercicio deberán cambiarse más de una vez al dia. Si tiene lo pies fríos, utilizar calcetines de algodón o de lana.
- No utlizar sandalias, chanclas o zapatos que dejen los pies al descubierto.
- Usar los zapatos siempre con calcetines. Se debe revisar el interior del calzado antes de ponérselo, para evitar que haya algún elemento (piedra, gravilla, alguna pieza del zapato..) que pueda lesionar el pie.
- Se recomienda que los zapatos nuevos sean de piel, confortables y in costuras salientes en su interior, que se ajusten bien sin provocar lesiones o razduras en los pies, dejando espacio para los dedos, evitando las punteras estrechas, y sujetando la zona del talón adecuadamente (ni muy blando ni muy rígido). Que sean flexibles, cómodos, ligeros, transpirables, y con el suelo que no resbalen. Si los pies están muy deformados, utilizar calzado especial.
- No llevar tacón alto ni plano (de 2 a 5 cm).
- Se recomienda comprar el calzado al final del día, cuando los pies están más hinchados, así el zapato que en ese momento es cómodo, se garantiza que lo será a lo largo de todo el día. No debería notar roces ni presiones al probarlo.
- Es importante que durante los primeros días de uso, los lleve poco rato (de media hora a una hora). Más adelante, alternar el uso de zapatos nuevos con los más usados. Cuando los zapatos estén deformados por el uso, sustituirlos por otros nuevos.
- La compra de zapatos ortopédicos debe de realizarse bajo criterio y prescripción médica.
- Es aconsejable tener más de un par de zapatos para cambiarlos cada día y alternarlos, así se garantiza una buena ventilación de los zapatos y se evita la presión siempre en las mismas zona.

Conclusión

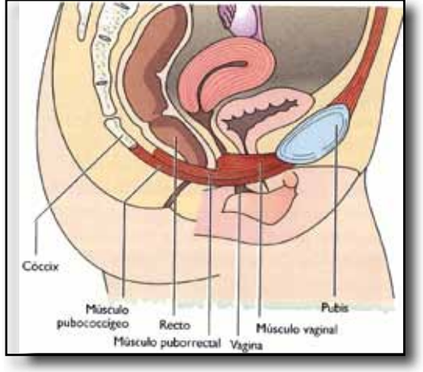
Es fundamental que el paciente diabético vaya a revisarse los pies por el equipo sanitario periódicamente, cumpliendo sus indicaciones y vigilando las heridas y lesiones de los pies.

A diferencia de otras complicaciones de la Diabetes, una proporción significativa de esta patología es susceptible de prevención mediante una exploración protocolizada de los pies de los pacientes diabéticos (inspección del pie, exploración de la sensibilidad M.F 5.07 y pulsos periféricos) y una educación sanitaria adecuada del paciente.

Una buena protocolización de la asistencia del diabético, junto a una correcta educación del paciente en autocuidados pueden disminuir hasta en un 50% las amputaciones.

ginecología

Fortalecimiento del suelo pélvico durante el embarazo



Iranzu Zudaire Fernández.
DUE Complejo Hospitalario de Navarra A

A lo largo de las distintas etapas de la vida de una mujer, se pueden producir episodios de incontinencia urinaria de esfuerzo. Al final del embarazo y en el postparto es una de las etapas donde más frecuentemente se produce. Para ello, la práctica de los ejercicios de Kegel varias veces al día, ayuda a prevenir el debilitamiento y fortalecer los músculos del suelo pélvico.

La incontinencia urinaria de esfuerzo es la perdida involuntaria de orina en circunstancias en que aumenta la presión abdominal.
Se produce sea cual sea el nivel de llenado de la vejiga, pero más frecuentemente cuando la vejiga está llena. En la mayoría de los casos se debe a una falta de fuerza muscular por parte de los músculos de sujeción como el esfínter de la uretra.
Cuando más frecuentemente ocurre es en la etapa final del embarazo y durante la semanas postparto. Este proceso suele desaparecer pronto, pero puede permanecer o bien reaparecer cuando llega la menopausia, que es cuando se pierde fuerza muscular debido al cambio hormonal.
Algunas mujeres también pueden verse afectadas por su estilo de vida: deportistas que han practicado intensamente numerosos deportes (saltos, carreras), personas afectadas de bronquitis crónica que presenten tos, multíparas, obesas y personas con estreñimiento crónico.

Objetivos de los ejercicios

1. Prevenir el debilitamiento y fortalecer los músculos del suelo pélvico.
2. Recuperación de la vagina después del parto y del tono muscular

Anatomía de la pelvis

La pelvis es la parte del cuerpo que se encuentra entre los huesos de la cadera. El límite inferior de la pelvis es la parte que se encuentra entre las piernas y está formada por varias capas de músculos elásticos que se adhieren a la parte anterior, posterior y lateral de hueso pélvico y sirven de sostén y apoyo a varios órganos.
La función de estos músculos es contener órganos como útero, vejiga o el intestino dentro de la pelvis. Se encuentra atravesado por los conductos de salida al exterior de estos órganos, como son la vagina, la uretra y el recto.

Identificación de estos músculos

Antes de comenzar a practicar los ejercicios, se deben identificar correctamente los músculos que necesitan ejercitarse.
Existe numeroso personal sanitario especializado como médicos, enfermeras y fisioterapeutas que ayudaran al paciente a asegurarse de que está realizando los ejercicios correctamente.
La manera más sencilla de reconocer el músculo perineal es deteniendo la micción a intervalos. Si se puede hacer, aunque sea parcialmente, se habrán localizado los músculos que se deberán ejercitar para los ejercicios de Kegel. Hay que sentarse con las piernas abiertas e intentar detener la orina y volver a dejarla fluir si mover las piernas. Si se consigue hacer sin esfuerzo, es que se tienen unos músculos pélvicos fuertes. Esta prueba consiste únicamente para reconocer los músculos. No debe realizarse habitualmente como un ejercicio mas, ya que podría causar una infección de orina.
Otra forma de identificación consiste en insertar un dedo limpio en la vagina e intentar apretarlo. Si se nota algún movimiento muscular es que el músculo ha sido reconocido. A medida que la musculatura esté más tonificada, se notará que se aprieta más.
Pueden realizarse en cualquier postura, sentada, de pie o tumbada. Cuando la paciente está segura de que se están contrayendo los músculos apropiados se pueden realizar los ejercicios en cualquier posición.

Técnica

Hay varias maneras de realizar los ejercicios de Kegel, pero todas se basan en contraer y relajar el músculo pubococcigeo (también conocido como músculos del suelo pélvico) repetidas ocasiones.
El ejercitar estos músculos durante tres veces al día puede suponer una gran diferencia en el control de la vejiga.
Estos ejercicios se deben practicar de forma constante y regular diariamente. El objetivo es conseguir realizarlos sin que se noten. Cuando se empiezan a realizar, pueden parecer incómodos y raros, pero pronto se pueden llevar a cabo sin que los demás se den cuenta.
Se puede empezar a notar mejoría en unas 5 o 6 semanas y con dedicación diaria, los músculos del suelo pélvico adquirirán el tono ideal en 4 o 6 meses.

Beneficios de los ejercicios

Fortalecer los músculos del suelo pélvico te ayudara a:
- Eliminar o evitar la incontinencia agravada por el peso del bebe sobre tu vejiga durante el embarazo.
- Facilitar el parto al producirse menos desgarros.

Incrementar la circulación sanguínea en la zona rectal, ayudándote a curar más rápidamente un desgarro o episiotomía y reducir la posibilidad de hemorroides.
Evitar el prolapso (salida del sitio) del útero, vejiga y otros órganos de la zona, después de tener al bebe.
Volver a las actividades normales después del parto sin temor a la incontinencia cuando se produce la risa, tos, estornudos o saltos.
Incrementar el placer sexual. Los ejercicios de Kegel son esenciales para tonificar los músculos vaginales y volver a una vida sexual normal tras el parto.

Conclusiones

1.- La información y el reconocimiento de la musculatura del suelo pélvico representan una fase esencial de esta reeducación.
2.- Para llevar a cabo una adecuada reeducación, en necesario acudir a un Centro especializado donde se enseñaran unas pautas para realizar los ejercicios de forma adecuada.
3.- La experiencia ha demostrado que los ejercicios de Kegel son útiles en diversas situaciones. De no ser así, no tendrían la importancia que actualmente se les atribuye y que son la base de la rehabilitación del suelo pélvico área en la que están interesados y desarrollan su actividad un gran número de profesionales sanitarios.
4.- Nunca es tarde para comenzar a realizar los ejercicios de Kegel. Son sencillos, inocuos y de eficacia probada. Si no se tienen perdidas de orina, ayudaran a prevenir su aparición y si ya existen, en algunos casos podrá mejorarlas.
5.- Estos ejercicios ayudan a las mujeres embarazadas a soportar mejor el aumento de peso y presión por el crecimiento del bebe. Si los músculos están en buen estado antes del parto, estos músculos tendrán menos tendencia a los desgarros, y la recuperación postparto de la musculatura será más rápida.

cardiología

Pruebas de imagen en cardiología

¿Qué es el ecocardiograma?

Dra. Virginia Álvarez Asiain
Médico Adjunto. Sección de Imagen Cardiaca.
Área Clínica del Corazón. Complejo Hospitalario de Navarra.

La ecocardiografía es una técnica básica que utiliza como método físico de exploración la emisión de ultrasonidos dirigida hacia el corazón, los cuales se reflejan en las estructuras cardíacas produciendo ecos de retorno, de cuyo análisis se obtiene la información anatómica y de los flujos cardiacos.

En los últimos 30 años ha experimentado un gran desarrollo siendo en la actualidad la prueba de imagen en cardiología más utilizada ya que aporta una información muy completa acerca de la anatomía y el funcionamiento cardiaco tanto del músculo cardiaco como de las válvulas y los vasos cardiacos.
En la actualidad existen distintas modalidades de ecocardiogramas: ecocardiograma convencional, ecocardiograma 3D, ecocardiograma transesofágico , ecocardiograma de esfuerzo y ecocardiograma con contraste.

¿Para qué se utiliza?

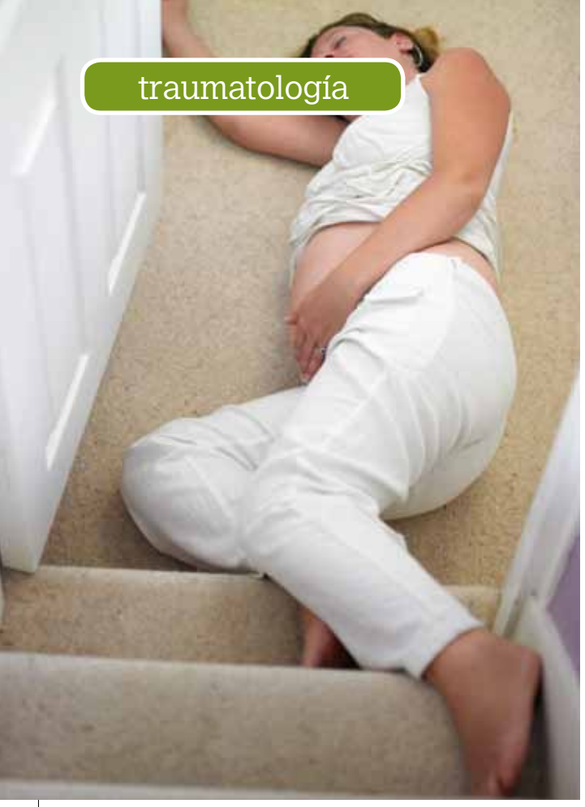
El ecocardiograma convencional es la prueba más habitual, mediante esta técnica vamos a poder obtener imágenes de todas las estructuras cardiacas (aurículas, ventrículos, aorta, válvulas…) a excepción de las arterias coronarias que no es posible visualizarlas con esta técnica y además vamos a poder valorar el funcionamiento de las mismas.
Para ello no es necesario ninguna preparación especial. Es una prueba inocua.
Para su realización el paciente debe estar tumbado en posición decúbito lateral izquierdo y con el tórax descubierto, se colocan unas pegatinas para colocar los electrodos y el cardiólogo mediante una sonda con gel transmisor va obteniendo y analizando las imágenes .
En la mayoría de los pacientes estudiados por una dolencia cardiaca se realiza esta prueba y es posible que sea necesario repetirla en varias ocasiones para el seguimiento. Dado que nos aporta información anatómica y funcional de las estructuras cardiacas, va a ser necesaria en múltiples enfermedades cardiovasculares, por ejemplo en el paciente que ha sufrido un infarto nos va a poder informar de que parte del músculo cardiaco es sano y contrae normalmente y por el contrario que parte de músculo no contrae porque ha quedado afectado, en los pacientes con valvulopatías vamos a poder cuantificar la severidad de las mismas y su repercusión sobre el resto del corazón, en pacientes con arritmias nos va a detectar si el corazón esta sano o no, en los pacientes con soplo, miocardiopatías, cardiopatías congénitas etc.. es de gran utilidad.
La ecocardiografía 3D es la misma técnica aunque algo más novedosa ya que permite obtener imágenes volumétricas, ayudando a visualizar mejor determinadas estructuras cardiacas y su relación anatómica, sobre todo en el caso de las cardiopatías congénitas y la afectación valvular mitral previo a la cirugía.

La ecocardiografía transesofágica

La ecocardiografía transesofágica consiste en visualizar el corazón por medio de una sonda colocada en el esófago.
Para realizar esta prueba es necesario una preparación especial. El paciente deber estar en ayunas 4-6h antes de la prueba, se realiza también en posición decúbito lateral y la mayoría de las ocasiones se realiza bajo sedación suave para que sea mejor tolerada, para ello es necesario canalizar una vía venosa en el antebrazo.
Este tipo de prueba se utiliza en determinadas patologías en las que se necesita una mayor resolución en la visualización de determinadas estructuras cardiacas, dado que el esófago se relaciona anatómicamente con el corazón permitiendo obtener imágenes de mayor calidad y visualizar determinadas estructuras que no es posible con el ecocardiograma convencional.
Esta técnica va a ser necesaria en determinadas patologías cardiovasculares como son: endocarditis (infección de las válvulas cardiacas), visualización de válvulas protésicas disfuncionantes, previo a realizar una cardioversión eléctrica, cardiopatía congénitas , previo a cirugía valvular conservadora, etc….
Es una prueba no exenta de riesgos pero que realizada por cardiólogos con experiencia, estos son mínimos y la mayoría muy leves: molestias faríngeas, sangrado etc..

La ecocardiografía de estrés

La ecocardiografía de estrés consiste en provocar una situación de estrés al corazón ya sea mediante ejercicio o bien mediante fármacos que por distintos mecanismos aumenten la demanda miocárdica de oxigeno, para poder valorar si existe disminución de flujo sanguíneo al músculo cardiaco durante el ejercicio y en qué zonas del miocardio y así diagnosticar de forma indirecta lesiones en las arterias coronarias.
Para su realización también se requiere una preparación especial con ayunas de 4-6h y dependiendo de qué modalidad de estrés se vaya a realizar también se deben de tener unas precauciones especiales: no tomar café, té ni excitante, medicación,etc..
También dependiendo de la modalidad es necesario canalizar vía venosa y es una prueba no exenta de riesgos, que en ocasiones pueden llegar a ser de gravedad, teniendo en cuenta que el objetivo de la misma es provocar isquemia miocárdica.
Por último comentar la opción de la realización de cualquier modalidad ecocardiográfica con contraste ecocardiográfico endovenoso o bien suero agitado, esta modalidad se utiliza cuando existe una mala visualización de las cavidades cardiacas o de determinadas estructuras que en ocasiones no se visualizan de forma adecuada como es la punta del corazón o bien la presencia de un foramen oval permeable, para ello se canaliza una vía venosa y se introduce el suero o el contraste y modificando las características del ecocardiográfo permite mejorar la visualización de determinadas estructuras.
En conclusión podemos decir que la ecocardiografía es la prueba de imagen cardiaca más utilizada por mútiples motivos,ya que es una prueba inocua, barata, accesible y que aporta información valiosísima e imprescindible tanto en el diagnóstico como en el seguimiento del paciente cardiológico.
Que en los últimos años además la mejoría de la técnica con equipos de alta gama ha permitido obtener imágenes cardiacas con muy alta resolución y el desarrollo del ecocardiograma 3D ha sido una gran aportación a la técnica, que en los próximos años va a ser imprescindible en el manejo de determinadas patologías cardiacas.



Traumatismos y embarazo

Berta Aldunate, Nekane Gavari y Mª Carmen Zaldua
Servicio Quirófano Urgencias, Complejo Hospitalario A

Los traumatismos son la principal causa no obstétrica de muerte maternal en los países industrializados. Alrededor del 8% de los embarazos resultan complicados por traumatismos físicos. Su secuela más importante es la muerte fetal.

El tratamiento de los traumatismos durante el embarazo tiene consideraciones especiales debido a la presencia del feto y a las modificaciones fisiológicas que sufre la mujer. La supervivencia fetal depende de la materna, por ello hay que tratar de estabilizar cuanto antes a la madre y proporcionarle los cuidados.
Las causas más frecuentes de traumatismos en la mujer embarazada son:

- Accidentes de tráfico
- Accidentes laborales
- Violencia doméstica
- Heridas por arma blanca y/o de fuego

Protocolo asistencial a la gestante politraumatizada

El mejor tratamiento para el feto es tratar a la madre.
Requiere intervenciones multidisciplinarias: médico de urgencias, traumatólogo, ginecólogo, cirujano pediátrico, matrona, anestesistas y otros especialistas quirúrgicos.
El shock hipovolémico es la causa más frecuente de mortalidad inmediata, seguida del traumatismo cráneoencefálico. Las pautas generales respetan el protocolo general de asistencia al politraumatizado grave (SVAT) con algunas variantes secundarias a los cambios fisiológicos derivados de la gestación.

MODIFICACIONES ANATOMOFISIOLÓGICAS			
CARDIOCIRCULATORIAS	VENTILATORIAS	DIGESTIVAS	URINARIAS
Frecuencia cardíaca	Volumen residual	Motilidad gástrica	Desplazamiento de la vejiga
PVC		Desplazamientos viscerales	Dilatación ureteral
Hipervolemia		Distensión abdominal	Flujo renal

Modificaciones cardiovasculares

- Frecuencia cardiaca materna aumentada: De 15 a 20 latidos/minuto.
- Disminución de la presión venosa central: Las presiones sistólica y diastólica caen unos 10 a 15 mm Hg durante el segundo trimestre, con aumento gradual hacia el final de la gestación.
- Síndrome de la compresión de la vena cava: En decúbito supino el útero comprime la vena cava inferior, que ocasiona una notable reducción del gasto cardíaco. Se evita colocando a la paciente en decúbito lateral izquierdo, o elevando la cadera derecha con una almohadilla o cuña.
- Cambios electrocardiográficos: Por el desplazamiento del corazón por el útero en crecimiento. Desviación del eje eléctrico QRS 15 grados hacia la izquierda y aplanamiento o inversión de las ondas T en la derivación III.
- Dilatación y relajación de la musculatura vascular: Ocasiona el estasis venoso sobre todo en miembros inferiores. Es importante a la hora de fijar la paciente en la camilla o cuando se ejerce una presión excesiva sobre los miembros por el riesgo de trombosis.

Modificaciones hemáticas

Hipervolemia fisiológica: El volumen sanguíneo circulante aumenta un 50% durante la gestación para que la mujer tolere de forma fisiológica la pérdida hemática del parto sin demostrar signos clínicos y pueda atender los cambios generados por el lecho placentario. Los signos clínicos de hemorragia aparecen tras una pérdida del 30% del volumen circulante. Los hematíes no aumentan en la misma proporción, lo que explica la existencia en condiciones normales de hematocrito bajo al final del embarazo, anemia fisiológica.
Leucocitosis: Aumentan de 10.000 a 12.000 al final del embarazo e incluso hasta 25.000 en respuesta a una situación de estrés.
Modificaciones en los factores de coagulación: Algunos factores de coagulación están aumentados, de forma que hay un estado de hipercoagulabilidad. Junto con el éstasis venoso en la última etapa, hay más riesgo de presentar una trombosis venosa.

Modificaciones pulmonares

Volumen residual disminuido: Disminuye la tolerancia a la hipoxia y a la apnea. La acidosis se desarrolla con mayor rapidez.

Modificaciones gastrointestinales

- Disminución de la motilidad gástrica: Si la cabeza de la mujer embarazada inconsciente está más baja que el estómago o si se aplica presión sobre el abdomen aumenta el riesgo de regurgitación y broncoaspiración. La posición de seguridad y la permeabilidad de la vía aérea en la gestante es fundamental.
- Desplazamiento cefálico de las vísceras abdominales y del intestino: Las lesiones intestinales se producen con menor frecuencia debido a que el útero aumentado de tamaño les sirve de escudo.
- Distensión de la pared abdominal: El útero en crecimiento distiende la pared abdominal y disminuye la sensibilidad a la irritación peritoneal secundaria a un traumatismo abdominal.

Modificaciones en el aparato urinario

- Desplazamiento de la vejiga: En el tercer trimestre la vejiga se convierte en un órgano abdominal, con lo que aumenta el riesgo de lesiones y rotura.
- Dilatación y enlentecimiento de los uréteres: Junto con el reflujo vesicouretral, muy frecuente en la gestación, aumentan las posibilidades de una infección secundaria al sondaje uretral.
- Aumento del flujo plasmático renal un 80% y del filtrado glomerular en un 50%.

Sistema músculo esquelético

La mujer precisa de gran aporte de calcio durante el embarazo y la lactancia. Sus huesos pueden sufrir la pérdida considerable de su densidad mineral ósea. La osteoporosis transitoria del embarazo puede confundirse con cuadros de lumbalgia y los dolores ser atribuidos a las sobrecargas lumbares clásicas del tercer mes de embarazo. Puede tener complicaciones graves como fracturas por estrés o insuficiencias.
El útero va creciendo conforme avanza el embarazo pasando de medir 6,5 centímetros hasta alcanzar los 35 centímetros aproximadamente al final del embarazo.

Consideraciones especiales en el "ABC"

Vía aérea: Aumenta el riesgo de broncoaspiración.
Ventilación: La madre debe recibir siempre oxígeno suplementario.
La oxigenoterapia en la madre repercute de forma muy positiva en el feto. El crecimiento uterino da lugar a una elevación del diafragma y a un ensanchamiento compensador de las costillas. Unido a la hiperventilación, aumenta el riesgo de sufrir un neumotórax a tensión.
Circulación: Prevenir el shock hipovolémico, ya que es la principal causa de muerte fetal. Ante un shock se reduce la perfusión placentaria, pudiendo comprometerse la oxigenación fetal. Aunque los signos hemodinámicos maternos son aceptables, el feto puede estar en shock. En el shock materno establecido, la mortalidad fetal alcanza el 80%. Por eso es necesario asegurar una óptima circulación y oxigenación materno-fetal , para lo cual se repondrán las pérdidas maternas de volemia anticipándonos a los estados de shock.

Conclusiones

- Los traumatismos en pacientes embarazadas requieren intervención rápida a todos los niveles. Un abordaje multidisciplinar agresivo es la forma más segura de salvar ambas vidas. Aunque el manejo de la mujer embarazada es igual a la no gestante con traumatismo, requiere conocimientos y habilidades especiales del equipo de emergencias.
- Es importante tener en cuenta las modificaciones que tienen lugar en el embarazo y sopesarlas en el momento de actuar. Todo ello debe quedar reflejado en la historia clínica de la paciente. No se debe olvidar que lo prioritario es la resucitación y estabilización de la mujer, pues el estado del feto depende de ello.
- Incluso en casos de traumatismo materno aparentemente leve y sin afectación abdominal, pueden producirse problemas materno-fetales por lo que es necesaria la hospitalización de la mujer para vigilancia y valoración del bienestar materno-fetal.
- El uso de técnicas de imagen, técnicas invasivas hemodinámicas, medicación y cirugía debe ser individualizado para cada paciente.

Agenda zh

Dr. Alfredo Resano
ENFERMEDADES ALÉRGICAS
Y ASMA BRONQUIAL
Solicite consulta:
Hospital San Juan de Dios
T. 948 290 690
Clínica San Miguel
T. 948 296 111

Gestoría Administrativa Iruña
MARTA FERRER NAVARRO
Pz. Obispo Irurita 6, 2º Izda. 31011 Pamplona
T. 948 276 039 • 650 172 752
www.gestoriairuna.com

zalba CLÍNICA DENTAL
CPS-00453C/1-11-NA
Dr. JOSÉ IGNACIO ZALBA ELIZARI
CENTRO AVANZADO EN PREVENCIÓN
www.capdental.net
C/ Gorriti 34 Bajo ■ Pamplona 31003 ■ T. 948152284

Agenda zh
Su Clínica, Consulta, Gabinete o Negocio
puede anunciarse en esta sección
948 27 64 45

Embarazada en verano

María Lorente Cisneros
Enfermera de C.A.M. (Centro de Atención a la Mujer)

Todos esperamos ansiosos esta época de vacaciones para poder descansar y disfrutar del buen tiempo. Estar embarazada no significa que debas privarte de ello.

El verano es una época en la que es importante que las mujeres embarazadas se cuiden todavía más, ya que el calor puede modificar o acentuar la sintomatología propia de la gestación.

Consejos o recomendaciones para la embarazada en verano

◆**Viaje:** Es aconsejable evitar viajes largos, no desplazarse a más de 500 km en coche o autobús. Si el viaje es en coche una buena pauta es no viajar más de cinco o seis horas seguidas en el día. Es importante parar cada dos horas y dar un pequeño paseo o hacer un descanso de diez minutos y continuar. Si el viaje es en avión, no olvides hacer gimnasia moviendo los pies y flexionando las rodillas, aun estando sentada, durante unos cinco o diez minutos por cada hora de vuelo.

◆**Destino:** El lugar donde te hospedarás deberá contar con todas las medidas higiénicas necesarias. Además entérate de las facilidades con las que cuenta; servicio médico, proximidad de centro sanitario o farmacia, donde puedas acudir en caso de necesidad. Evitar veranear en localidades aisladas.

◆**Hidratación:** Debes ingerir mucha más cantidad de líquidos para hidratar el cuerpo y evitar la retención de líquidos. Beber con frecuencia, incluso antes de sentir sed, favorece la eliminación de toxinas del organismo y previene los edemas, además de aliviar el calor. Se recomienda consumir al menos dos litros de agua diarios. Los helados, proporcionan una gran cantidad de calorías por lo que deberás procurar no excederte en su consumo. Suelen tomarse para aliviar la sed aunque hacen desaparecer esta sensación en un primer momento, luego provocan más sed todavía por su alto contenido en azúcar.

◆**Alimentación:** Para comenzar el día un desayuno completo es esencial. Debe incluir cereales, lácteos y fruta fresca. En la dieta de una embarazada no debe faltar ni la calidad ni la variedad de alimentos. Por tanto deberán estar presentes cereales, frutas, verduras, pescado (fundamentalmente azul), carnes, huevos y lácteos. Con la llegada del calor, lo ideal es optar por platos fríos, como las ensaladas de legumbres, verduras, gazpachos y frutas variadas. Evitar las comidas copiosas así la digestión será menos pesada y si se come fuera no olvidar las precauciones a la hora de elegir el menú. Disminuir ligeramente la sal en las comidas, pues ésta retine líquidos.

La fruta fresca es un gran aliado en la dieta. Además de ser refrescante e hidratante por su alto contenido en agua, las frutas aportan vitaminas y minerales esenciales. La mayoría de las frutas de estación como las cerezas, las fresas, el melocotón, el melón, la sandía, etc. quitan la sed y reponen sales minerales que el cuerpo elimina a través del sudor. El aporte de vitamina C de las frutas contribuye a una mejor absorción del hierro de los alimentos y al ser ricas en fibra ayudan a combatir el estreñimiento. Puedes consumir las piezas enteras o bien consumirlas en ensaladas, batidos, gazpachos, helados, granizados o zumos.

◆**Piel:** Durante la gestación, la piel es más sensible a los efectos de los rayos solares, debido a los cambios hormonales, vasculares y metabólicos. Por tanto, se requiere de mayor cuidado y precaución de lo habitual para prevenir la aparición de irritación, eczemas, alergias, sequedad y manchas. Pueden aparecer manchas color café oscuras en el rostro, frente, mejillas, nariz y sobre el labio superior. Estas manchas en la piel propias del embarazo se denominan cloasma gravídico o melasma y se acentúan a medida que pasan los meses, por efecto de los niveles hormonales que son más elevados. Ello produce un exceso de producción de melanina, que es la sustancia que le da el color a la piel. Generalmente estas manchas desaparecen en un plazo no mayor a los 18 meses, aunque es importante prevenirlas cuidando la piel de la embarazada y manteniendo alejado el sol.

Tomar el sol con moderación, en horarios que no sean dañinos evitando los rayos solares en horas centrales del día; entre las diez de la mañana y las cinco de la tarde y utilizando cremas solares de alta protección adecuada a tu tipo de piel incluso aunque estés a la sombra.

Se recomienda usar bloqueador solar del factor 25 FPS hacia arriba, ya que así protege de RUV A, que son los que provocan daño mutagénico a la célula, y RUV B, que son los que dañan la piel quemándola y enrojeciéndola.

Aplicar el protector solar antes de salir de casa. Si esperas a llegar a la playa o piscina para hacerlo, tu piel tardará algún tiempo en absorber la crema y sus agentes protectores por lo que durante los primeros minutos de exposición tu piel se verá afectada por el sol como si no te hubieses echado prácticamente nada.

No es aconsejable utilizar aceites, geles o cremas bronceadoras, pues suelen atraer los rayos del sol ejerciendo un efecto de "lente" sobre la piel.

◆**Ropa:** Las sombrillas, los sombreros y gorras serán tus mejores aliados durante estos días de calor. Debes usar ropa fresca, de tejidos naturales, que no se adhieran al cuerpo. Los tejidos naturales, como el algodón, la seda o el lino, permiten que traspire mejor la piel y alivian la sensación de calor. Es mejor llevar ropa holgada y de colores claros ya que absorben menos la radiación solar.

Evita aquellas prendas que te opriman y dificultan tus movimientos.

En cuanto al calzado, las sandalias son una opción ideal, ya que no comprimen el pie. El calzado deberá ser ni demasiado bajo ni demasiado alto para evitar dolor de espalda y en las piernas.

◆**Ejercicio:** Los ejercicios suaves son muy beneficiosos durante el embarazo para mantenerse en forma y cargarse de energía. Las caminatas, el yoga y la natación son prácticas ideales en esta época del año.

La natación en verano es un deporte muy saludable ya que fortalece la musculatura, proporciona elasticidad a las articulaciones, no se realizan movimientos bruscos y además, refresca. Aprovecha el agua fría de la piscina para aliviar las piernas cansadas y para hacer ejercicios en el agua. Sólo hay que evitar los baños en el último mes.

Los paseos también son muy recomendables, intentar aprovechar la primera hora de la mañana o la última de la tarde, evitando las horas de más calor.

La gimnasia suave y el yoga te permitirán aprender pequeñas técnicas de relajación y respiración que te serán muy útiles más adelante. Además, es una disciplina que puede resultar muy valiosa para controlar tu ansiedad y ayudarte a conocer tu propio cuerpo.

◆**Descanso:** Las vacaciones deben vivirse como un momento de relajación. El descanso debe ser una prioridad en la vida de la embarazada. El calor acentúa la sensación de fatiga, así que es momento de relajarse, mimarse y cuidarse. Duerme mientras puedas, pon las piernas en alto y disfruta de esta bella experiencia con tu pareja y familia.

25 años
EN COMUNICACIÓN CONSTANTE Y POSITIVA ASESOREN COMUNICACIÓN EFICIENTE

¡GRACIAS!
Es la palabra que más nos gusta oir de nuestros clientes

PubliSic ESTUDIO DE COMUNICACIÓN
Benjamín de Tudela, 35 bajo / 31008 pamplona
T 948 276 445 / F 948 273 108
aerroz@publisic.com / www.publisic.com

Educación sanitaria en los pacientes anticoagulados vía oral

Naiara Donamaría Oroz. *Diplomada en Enfermería. Centro de Salud de Mendillorri.*
Cristina Pérez de Albéniz. *Diplomada en Enfermería. Centro de Salud de Barañáin II.*

Los anticoagulantes orales son antagonistas de la vitamina k: provocan una inhibición a nivel hepático de la transformación de la vitamina k en su forma activa la cual es esencial para la síntesis de varios factores de coagulación así como de proteínas anticoagulantes. En España el fármaco mas utilizado es el acenocumarol pero en países anglosajones utilizan la warfarina sódica. Es un medicamento de estrecho margen terapéutico, es decir, la diferencia entre la dosis eficaz y la dosis tóxica es pequeña, por ello, debe ser monitorizado mediante controles por personal sanitario. El parámetro utilizado para ello es una medida homogénea estandarizada: el INR (Cociente Normalizado Internacional).

Está indicado en patologías, las cuales, ó bien están causadas por la formación de trombos ó bien entrañan por sí mismas el riesgo de formación de coágulos. La duración del tratamiento varía de unas a otras pudiendo ser desde unos meses hasta tratamiento de por vida.
Las principales complicaciones son las hemorragias en los casos de excesiva dosificación. Otras complicaciones (muy raras) son el síndrome del dedo púrpura (decoloración dolorosa de las caras laterales y plantares de los dedos de los pies) y la necrosis cutánea (muerte del tejido cutáneo que se suele dar en los déficit congénito o adquirido de proteínas anticoagulantes). En estos dos casos hay que suspender el tratamiento. Otros efectos secundarios son la caída del pelo, anomalías en el desarrollo dentario, picor generalizado y dolores de cabeza.

Eduacación sanitaria. El medicamento

Tomar el medicamento aproximadamente a la misma hora todos los días, preferentemente en las horas posteriores en que se suela realizar el control por si hay que modificar dosis.
En caso de olvido, se puede tomar si no han transcurrido más de 3 horas. Pasado este tiempo o si se duda haberla tomado, ese día no se toma.
Si se toma una dosis inferior a la que corresponde se puede corregir en las 3 horas siguientes tomando la cantidad que falta.
Si se toma una cantidad superior a la que corresponde se puede compensar al día siguiente disminuyendo la dosis en la misma medida del exceso que se tomó hoy.
Si tocaba descansar y no se hizo se descansa al día siguiente.
Si se altera el orden de la secuencia que se venía tomando se corrige al día siguiente.
Hay que avisar de todos los errores cometidos en la toma ya que el resultado puede salir alterado y el médico puede hacer cambios de dosis que en realidad no se precisan.
Llevar consigo la hoja de tratamiento. Comentar este tratamiento siempre que precise atención sanitaria.
La coloración anaranjada de la orina es normal durante el tratamiento.
Si se necesita un analgésico de forma ocasional se puede tomar paracetamol. Debe comunicar siempre los cambios en sus tratamientos, tanto al inicio como al interrumpirlos.
Se puede comer normal el día del control, tomar las medicaciones habituales, hacerse otros análisis. Se puede cambiar el día de control pero siempre hablando antes con el sanitario de referencia para no correr riesgos. Los controles serán muy frecuentes al principio o en determinadas situaciones en que no se esté estable o precisen un seguimiento especial. Si se está bien controlado habitualmente serán cada 4-6 semanas.

Régimen de vida

Se debe comer de todo de forma variada y equilibrada. No abusar de los alimentos ricos en vitamina K (vegetales de hoja verde, castañas, hígado) pues podría interferir con la medicación. Tampoco se puede dejar de tomarlos por completo ya que la dieta sería deficitaria en vitamina K y podrían aparecer hemorragias. No abusar de bebidas alcohólicas en especial de licores.
Se desaconsejan los productos de herboristería, suplementos vitamínicos y laxantes oleosos.
Se aconseja no realizar ejercicios violentos.
Se puede viajar normalmente siempre llevando la cartilla de dosificación, medicación suficiente y averiguando antes del viaje dónde está el centro sanitario más cercano por si pudiera necesitarlo.
Se aconseja llevar algún distintivo que haga saber que se está anticoagulado ante eventos inesperados: un accidente de tráfico, una operación de urgencia...

Anticonceptivos, embarazo y lactancia

Se pueden usar anticonceptivos de barrera como preservativos y diafragmas.
Los dispositivos intrauterinos (DIU) no están contraindicados pero en algunos casos pueden provocar hemorragias y habrá que retirarlos.
Las píldoras anticonceptivas aunque interaccionan mucho pueden tomarse. Se debe consultar porque en algunos casos están contraindicadas por la enfermedad que se tiene y que es la causa de la anticoagulación.
Durante el embarazo, especialmente en el primer trimestre y el último mes, no se puede mantener este tratamiento debido a la posibilidad de malformaciones fetales y hemorragias en el recién nacido. Si el tratamiento anticoagulante es temporal lo razonable es que posponga el embarazo hasta haberlo terminado.
Si el tratamiento es indefinido y se tiene intención de quedarse embarazada consultar para establecer un plan de tratamiento alternativo para ese período.
No se han descrito trastornos en lactantes de madres que toman medicación anticoagulante.

Enfermedades, procedimientos, diagnósticos y tratamientoss

Si se vomita inmediatamente después de la toma habrá que repetir. En casos de diarrea habrá que hacer dieta astringente y consultar al medico de cabecera. Si la situación persiste además habrá que realizar un control pues es posible que haya que ajustar el tratamiento.
Toda afección incluso ligera puede modificar el rango terapéutico sobretodo en caso de tratamientos con antibióticos.
Excepto los análisis, se debe avisar de todas aquellas pruebas invasivas o cruentas como las endoscopias. No es preciso avisar de pruebas no cruentas como radiografías (incluso con contrastes), ecografías, mamografías, TAC...
Se debe avisar de cualquier intervención quirúrgica por pequeña que sea al menos una semana antes pues hay preparar al paciente para disminuir el riesgo de sangrado.
Se pueden poner inyecciones subcutáneas (incluidas las vacunas) aunque recientemente se ha publicado la interacción de la vacuna antigripal con el acenocumarol. Como norma general, las inyecciones intramusculares deben evitarse pero si son imprescindibles se hará bajo control estricto.
En extracciones dentales, debe hacerse el control el día anterior: si el nivel es el adecuado no se precisan cambios; si está fuera de rango modificar la dosis sólo para ese día. Después de la extracción se aplica en la zona una ampolla de ácido tranexámico 500 mg, se comprime con una gasa empapada en el mismo producto y durante los dos días siguientes se realizan enjuagues con estas ampollas. En limpiezas de boca, empastes... es suficiente con los enjuagues mientras persista el sangrado en caso de aparecer.

Heridas, traumatismos y hemorragias espontáneas

Ante una herida pequeña comprimir de forma constante. En golpes de poca importancia pero en los cuales después aparece gran hinchazón se precisa atención sanitaria pues puede ser un hematoma interno.
En golpes importantes, luxaciones y fracturas avisar de que se esta anticoagulado y si ese día aun no se ha tomado la dosis prescindir de ella para evitar un sangrado mayor.
Si se presenta un sangrado escaso por la nariz, encías, una menstruación más abundante de lo habitual ó pequeños moratones en la piel comunicarlo en el próximo control.
Si se presenta hemorragia en la parte blanca del ojo comunicarlo también en el siguiente control. Vigilar la tensión arterial ya que en ocasiones es la causa.
Si aparece un pequeño sangrado por la orina o esputos con sangre solicitar adelanto del control y comunicarlo. Pequeñas cantidades de sangre roja con las heces suelen deberse a hemorroides.
En cualquier sangrado de cantidad importante espontáneo o después de un traumatismo hay que acudir a urgencias. Se debe saber que si la sangre procede del estómago o de la parte alta del intestino puede manifestarse como una coloración negra de las heces muy maloliente y de consistencia pastosa (no confundir esto con la coloración negra de las heces en tratamientos con hierro).

La salud mental ante la crisis

APOCARSE ES VIRTUD, PODER Y HUMILDAD, DEJARSE APOCAR ES VILEZA Y DELITO (F. QUEVEDO)

Dra. Belén del Amo Martín
Médico psiquiatra. Clínica Psiquiátrica Padre Menni

Todos los expertos en psiquiatría nos dicen que ante la crisis debemos crear "estrategias" de afrontamiento ¿Pero qué es eso, y cómo y cuándo ponerlas en marcha?

Según la Real Academia de la Lengua, crisis se define "como un cambio brusco, ya sea en enfermedad, en el orden físico, histórico o espiritual, un momento decisivo con consecuencias importantes, una situación complicada". La situación de crisis actual la estamos padeciendo todos, nos está invadiendo una sensación de miedo y desánimo (miedo a perder el empleo, desesperanza en las oficinas del INEM). Desde los medios de comunicación nos viene una ola de pesimismo. Vecinos, familiares, nosotros mismos, nadie escapa a lo que ocurre ni al tsunami de emociones que genera.

La clave de todo ello está en determinar si esta situación repercute en nuestra salud psíquica y física. Mi respuesta como psiquiatra y como persona era de antemano: "Sí, repercute, pero....". Realmente no se puede generalizar porque ante la situaciones adversas el ser humano tiene capacidad de desarrollar mecanismos de superación y afrontamiento.

En este momento tendría que dividir mi discurso en dos caminos. El primero, sobre las personas que ya padecen una enfermedad mental diagnosticada, las cuáles casi siempre han estado limitadas, no sólo en lo económico sino en lo afectivo. No hay datos objetivos de estudios que avalen que se produzca un aumento de enfermedades mentales en las crisis económicas mundiales. Lo que sí puede producirse es un menoscabo de los soportes socioeconómicos que tienen estas personas, previamente ya precarios.

Pero, en segundo lugar, quiero hablar del no enfermo mental; de la persona de la calle, de nosotros, que no podemos olvidar la fuente de frustración que nos genera esta situación de crisis. Sin embargo no hay que tener miedo al sufrimiento, es solo una reacción. Nos indica que algo no funciona, es un sentimiento de alarma y debemos cambiar modelos de comportamiento y actitudes, buscar una salida, cada uno con su personalidad, en la que una parte de ella se puede reeducar con el fin de evitar el estrés. Hay que saber que los mecanismos defensivos ante el miedo pueden cambiar en los diferentes acontecimientos vitales de la vida de un individuo.

DEJEMOS DE TEMER AQUELLO QUE SE HA APRENDIDO A ENTENDER (Marie Curie)

Definimos el estrés, según la Real Academia de la Lengua, como tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas (nuestro cerebro se manifiesta a través de dolor en nuestro cuerpo) o psíquicas incluso graves. Quizá para entender bien lo que es esta palabra, en boca de todos, nos vamos a ir a su origen "el ambiente interno del cuerpo" (según el fisiólogo francés Claude-Bernard). Según los autores, el medio interno físico y psíquico de nuestro cuerpo tiene que estar en equilibrio, cuestión indispensable para nuestra supervivencia. Cuando viene un factor estresante, llamémosle crisis, si hemos entendido lo que nos sucede, se produce una reacción: la huida o el afrontamiento. Nuestro cuerpo se prepara inicialmente con una reacción de alarma generalizada (todo nuestro organismo esta preparado para actuar), seguida de una fase de resistencia donde la fase inicial se reduce y el organismo empieza a afrontar, o no, la nueva situación.

Dado que en la actualidad el factor estresante persiste durante tiempo, los mecanismos de nuestro cuerpo de respuesta de resistencia acaban sufriendo un desplome, pasando a una fase de agotamiento, de tristeza, de ansiedad, de angustia, de insomnio, de pensamientos pesimistas, es decir miedo.

Y ¿Qué hacemos entonces? **Afrontar**

El miedo no se manifiesta igual en todas las personas. Lo mismo que la belleza depende de los ojos con que miramos. En cualquier caso, el modo de afrontar al miedo va a depender del individuo. Si somos positivos nos enfrentamos con nuestros recursos, veremos que ni perdemos ni ganamos. Jaque mate o envido y veremos la situación con menos carga de estrés, sencillamente porque hemos visto la posibilidad de jugar. Pero si la vemos como amenazante, superior a nosotros, la valoración nos estresará y a partir de aquí llegará el caos, no nos atrevemos a ver la realidad y nos quedamos bloqueados, utilizaremos la huida, o lo que es peor, la duda en nosotros mismos. Es decir, la interrupción de nuestros propios pensamientos, de indecisión a la hora de tomar decisiones, la rumiación de estos mismos pensamiento de contenido negativo, el aislamiento y la irritabilidad.

Salgamos, no escondamos el problema, busquemos ayuda interpersonal, que no nos avergüence la situación (si no tenemos dinero, si nos han despedido, los niños, el que dirán) porque realmente, ¿El qué dirán soluciona el problema? ¿nos da de comer? Bajemos de nuestras fantasías o, mejor dicho, desterremos a los fantasmas y pisemos la realidad: aceptemos lo negativo, no actuemos de forma hostil, pero tampoco abordemos todos los problemas a la vez.

Pensemos que dentro del drama, no es hora de formalismos ni de cumplimientos ("cumplo y miento").

Distingamos entre nuestro malestar y el fracaso (son totalmente contrarios). El pensamiento nos puede vencer, nuestras ideas se volverán en contra nuestra pero no es esto un fracaso. El ser humano se puede sentir fracasado pero no por ello ser un fracaso y menos en las circunstancias actuales.

Actuemos, centrémonos en la comunicación, escuchemos también, impidamos que toda nuestra atención se centre en nuestra crisis, procuremos fomentar nuestra buena salud, no estemos cansados todo el día, no pensemos impulsivamente y planifiquemos con toda la serenidad posible (En época de tormenta esperar la calma, I. de Loyola). Sintamos que nos quieren y, si no, pidámoslo. Los demás no pueden adivinar que tú quieres oír un "te quiero", relájate a tu estilo no al estilo de los demás. Algunas recomendaciones para relajarse son fáciles: respirar profundamente por la nariz y expulsar el aire lentamente por la boca, una ducha alternando agua caliente con la fría, que los músculos agradecen. Pasea, levántate y haz algo sano conscientemente. Tu vida es hoy, y lo que pase mañana nadie lo sabe, y si alguien te dice lo contrario, te miente. Quiérete pero también déjate querer; transmite lo que sientes y siempre es mejor una sonrisa ante la adversidad que la angustia callada. Decía uno de los padres de la Psiquiatría que "si los ojos no lloran, llorarán los órganos", por lo tanto deja aflorar la angustia, que no te oprima.

Respetémonos a nosotros mismos con responsabilidad, eso es dignidad.

EL VALIENTE TIENE MIEDO DEL CONTRARIO, EL COBARDE DE SU PROPIO TEMOR (F. QUEVEDO)

Si a pesar de todo lo anterior padece insomnio, alteraciones del apetito con pérdida o aumento del mismo, si está ansioso, siente un nudo en la garganta con dificultad para respirar, miedo al futuro, tristeza, apatía, ganas de estar en la cama, se muestra irritable, tiene alteraciones de la concentración y de la memoria y constantemente da vueltas en la cabeza a su problema, entonces acuda a su médico de familia y, si es necesario, él le derivará al psiquiatra. Primeramente le indicaremos que intente poner en práctica las medidas ya comentadas y le escucharemos. No podremos solucionar su problema derivado de la crisis, pero pondremos bastones farmacológicos para sus síntomas y, como decía mi catedrático y mi profesor Dr. Cervera, siempre tendremos tiritas para el alma.

UNA SOLA PIEDRA PUEDE DESMORONAR UN EDIFICIO (F. QUEVEDO)

Prevención de la salud mental: si no nos cuidamos, se resentirá el cuerpo y luego la mente, o viceversa.

Por último, intentemos prevenir mediante el autoconocimiento, identifiquemos nuestros puntos débiles y fuertes, aceptemos y aprendamos de los propios defectos, aceptemos nuestros limites, aprendamos a tolerar más la frustración, es decir aprender a vivir en estos momentos y a soportar las contrariedades. Admitir que siempre las cosas no salen bien es un elemento básico para la estabilidad psíquica. Seamos autónomos con una visión optimista aún en la adversidad, juzguemos las situaciones en un marco realista pero no catastrofista, relativizando los hechos desagradables. Huir de la sobrevaloración de las situaciones. Que reine la sencillez y lo simple y plantearnos situaciones lineales fáciles de manejar, así como llevar a la práctica lo que queremos de verdad, sin entresijos ni recámaras.

Dicho lo anterior, sigo pensando que la crisis no está directamente asociada con la enfermedad mental aunque vuelvo al inicio. "No se puede generalizar"; no puedo decirles ni un Sí ni un No.

Hermanas Hospitalarias
"Curar y Cuidar"

Pamplona
CLÍNICA PADRE MENNI
Servicios
Unidad de Hospitalización
Residencia Asistida | Unidad de Psicogeriatría
Centro de Día | Servicio de consultas externas e interconsultas
Pisos tutelados

Elizondo
CENTRO HOSPITALARIO BENITO MENNI
Servicios
Residencia Asistida | Unidad de Psicogeriatría | Centros de Rehabilitación | Psicosocial
Discapacidad Intelectual (con enfermedad mental asociada)

En colaboración con
Gobierno de Navarra

CLÍNICA PADRE MENNI
C. JOAQUÍN BEUNZA 45
31014 **PAMPLONA**. NAVARRA
T CONSULTAS EXTERNAS 948 13 67 37
T 948 14 06 11 F 948 12 02 38
www.hospitalariasnavarra.org

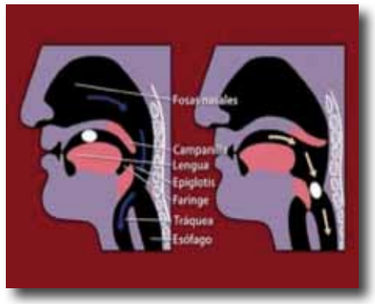
CENTRO HOSPITALARIO BENITO MENNI
C. MENDINUETA S/N
31700 **ELIZONDO**. NAVARRA
T 948 45 21 62 F 948 45 24 78
www.hospitalariasnavarra.org

Partes del aparato respiratorio humano. Funciones y cuidados especiales

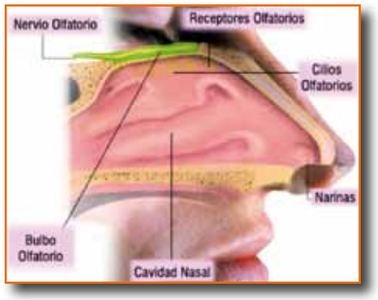
Dra. Teresa Puras Artajo
Medicina Familiar y Comunitaria. SEMERGEN Navarra

Se conoce con el nombre de aparato respiratorio al conjunto de órganos que intervienen en la respiración, cuya función principal es la captación de Oxígeno (O2) y la eliminación de Dióxido de carbono (CO2) procedente del metabolismo celular.

La respiración es un acto inconsciente e involuntario pero que, sin embargo puede verse afectada por factores como la postura corporal, la actividad física o el estado emocional.
El "ciclo respiratorio" consta de 4 fases: Inspiración, Pausa post-inspiratoria, Espiración y Pausa post-espiratoria.

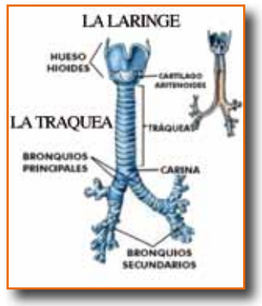


INSPIRACIÓN	ESPIRACIÓN
Proceso **ACTIVO**	Proceso **PASIVO**
AUMENTO del volumen de la caja torácica	**DISMINUCIÓN** del volumen de la caja torácica
EXPANSIÓN pulmonar	**RETRACCIÓN** pulmonar
Presión torácica < Presión atmosférica	Presión torácica > Presión atmosférica
ENTRADA de aire en los pulmones	**SALIDA** de aire de los pulmones

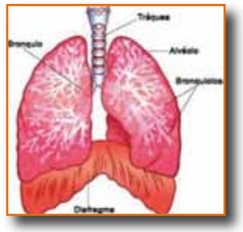


Partes del aparato respiratorio

Nariz. El aire del exterior entra en el aparato respiratorio a través de las fosas nasales donde es: *Filtrado* por las fimbrias, unos pelos que limpian el aire de partículas grandes.
Calentado por el gran número de vasos sanguíneos situados superficialmente que irradian calor, permitiendo así al aire inhalado alcanzar una temperatura de unos 25 º C, independientemente de la temperatura exterior. Evitamos así que el aire llegue excesivamente frío a los pulmones.
Humidificado por las secreciones glandulares.
Faringe. Es un órgano común del aparato digestivo y el aparato respiratorio.
Laringe. Es el órgano donde se encuentran las cuerdas vocales, responsables de la voz. La laringe se encuentra parcialmente cubierta por la epiglotis, una especie de tapón que se cierra cuando tragamos para que los alimentos no pasen a las vías respiratorias.



Tráquea. Bajando por la laringe, el aire llega a la tráquea, un tubo de unos 12cm de longitud, situado por delante del esófago. La tráquea se encuentra revestida por numerosos cilios (pequeñas prolongaciones de estructura tubular) que ayudan a expulsar hacia la faringe el polvo que haya podido pasar. Además esta compuesta por unos anillos cartilaginosos que permiten que permanezca siempre abierta. En su porción final, la tráquea, da lugar a 2 ramificaciones llamadas bronquios, compuestos por anillos cartilaginosos de las mismas características.
Bronquios, Bronquiolos y Alvéolos. Los bronquios penetran en los pulmones dónde se vuelven a dividir en ramas más finas llamadas bronquiolos. Cada bronquiolo termina en docenas de saquitos llamados alvéolos pulmonares que están recubiertos de pequeños vasos sanguíneos a través de los cuales se produce el intercambio gaseoso (el O2 pasa de los alvéolos a la sangre y el CO2 pasa de la sangre a los alvéolos para ser expulsado durante la espiración).



Pulmones. Por último, los pulmones son dos órganos esponjosos de color rojizo, situados en el tórax, a ambos lados del corazón y protegidos por las costillas. El pulmón derecho consta de 3 fragmentos, mientras que el izquierdo, ligeramente menor, lo hace sólo de dos, ya que tiene que compartir el espacio del hemitórax izquierdo con el corazón.
Por último el diafragma, es un músculo grande y delgado, situado debajo de los pulmones y cuya función principal es contraerse y desplazarse hacia abajo durante la inspiración y relajarse durante la espiración.

Funciones

Fonación (emisión de sonidos inteligibles)
Regulación del ph (medida de la acidez o alcalinidad de un medio) de nuestro organismo
Realizar el intercambio de gases entre el aire alveolar y la sangre, captando el oxígeno y expulsando las sustancias de desecho en forma de anhídrido carbónico

Cuidados especiales

Respirar correctamente es sencillo y nos ayudará a sentirnos mejor, ya que una respiración superficial o incorrecta nos ocasiona cansancio y nerviosismo. Para ello, es importante respirar por la nariz en vez de por la boca, con inspiraciones profundas y mantenerse lo más erguido posible, para facilitar así la entrada de aire en los pulmones.
Algunas medidas cómo realizar ejercicio de forma habitual, realizar una alimentación sana y equilibrada, protegernos del frío y evitar agentes irritantes (tabaco, alcohol) son medidas sencillas y muy útiles para cuidar nuestro aparato respiratorio.
Algunos consejos útiles son: ◆Ventilar frecuentemente los lugares dónde te encuentres. ◆Evitar gases o humos en aquellas habitaciones donde vayas a permanecer.◆Protegerse del frío.◆Sonarnos diariamente la nariz para limpiar las fosas nasales y permitir que entre el aire correctamente.

Comercial
Médica y de Laboratorio

MATERIAL PARA LABORATORIOS
CLÍNICOS, QUÍMICOS E INDUSTRIALES
PRODUCTOS PARA ANÁLISIS
QUÍMICOS Y CLÍNICOS

Nuestro servicio hacia el cliente
nos hace diferentes

Ronda Landaben, 3 • 31012 Pamplona
Apartado de Correos 125 • 31080 Pamplona
T. 948 22 05 85 / 948 14 23 96 • F. 948 22 05 85
info@comercialmedica.es • www.comercialmedica.es

Todas las ayudas para tu baño para tu comodidad y seguridad.

En junio y julio financiación hasta 12 meses sin intereses

En cerámicas, duchas, sanitarios, grifería, mobiliario, mamparas, accesorios...
Las mejores marcas a los mejores precios

OL

OCHOA·LACAR

EXPOSICIÓN Y TIENDA
Navas de Tolosa, 5 • 31002 PAMPLONA
T. 948 227 244 • F. 948 225 426

ALGECOSA

EXPOSICIÓN DE BAÑOS
Capuchinos, 9 • 31500 TUDELA - NAVARRA
T. 948 848 131 • F. 948 848 958